

**Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung:
Prozess- und Ergebnisqualität aus Sicht der Teilnehmer/innen**

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades

der Philosophie des Fachbereichs Psychologie und Sportwissenschaft
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von

Kathrin Schön

aus Lage/ Lippe

November 2001

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG.....	1
1 HISTORISCHE EINORDNUNG.....	5
1.1 Entwicklung und Probleme der Lehranalyse.....	5
1.2 Persönliche Therapie in der klientenzentrierten Ausbildung	8
1.3 Selbsterfahrung in der systemischen Therapie und der Verhaltenstherapie	9
2 KONZEPTE UND ZIELE VERHALTENSTHERAPEUTISCHER SELBSTERFAHRUNG.....	11
2.1 Das Selbst als Verhaltensregulativ	11
2.2 Merkmale therapeutischer Kompetenz.....	14
2.2.1 Theoretisches Wissen und analytisch-planerische Fähigkeiten.....	15
2.2.2 Fähigkeit zur Selbstregulation	15
2.3 Vermittlung und Erwerb therapeutischer Kompetenzen	18
2.3.1 Entwicklungsmodelle.....	19
2.3.2 Modelle der sozialen Beeinflussung	20
2.3.3 Alltagspsychologische Modelle der Entstehung beruflicher Expertise	21
2.4 Ergebnismerkmale verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung.....	22
2.5 Prozessmerkmale verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung.....	28
2.6 Kritik.....	29
2.7 Fazit	31
3 PRAKTISCHE UMSETZUNG: METHODEN UND INHALTE VERHALTENSTHERAPEUTISCHER SELBSTERFAHRUNG.....	33
3.1 Rahmenbedingungen	33
3.1.1 Selbsterfahrung und Supervision	33
3.1.2 Selbsterfahrung und Eigentherapie	34
3.1.3 Einzel- und Gruppenselbsterfahrung	36
3.1.4 Integration von Selbsterfahrung in die Gesamtausbildung.....	37
3.2 Methodisches Vorgehen und inhaltliche Schwerpunkte	38
3.2.1 Allgemeiner Aufbau.....	38
3.2.2 Eingangsphase.....	41
3.2.3 Kennenlernen verhaltenstherapeutischer Methoden am eigenen Leib	42
3.2.4 Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie	44
3.2.5 Auseinandersetzung mit der professionellen Rolle und der therapeutischen Tätigkeit	45
3.2.6 Identifizieren von persönlichen Entwicklungszielen	47
3.3 Fazit	48

4	DAS GIEßENER SELBSTERFAHRUNGSPROGRAMM	51
4.1	Rahmenbedingungen	51
4.2	Inhalte der Selbsterfahrungskurse	52
4.2.1	Therapeutische Beziehung	53
4.2.2	Berufsethik	54
4.2.3	Verhaltenstherapeutische Methoden	55
4.2.4	Personbezogene Selbsterfahrung	56
4.3	Zusammenfassung	58
5	ÜBERBLICK ÜBER DIE EMPIRISCHE FORSCHUNG	59
5.1	Eigentherapie	59
5.2	Gruppenselbsterfahrung	65
5.2.1	Selbsterfahrung im Vergleich mit anderen Ausbildungsbausteinen	65
5.2.2	Positive Effekte	68
5.2.3	Negative Effekte	71
5.2.4	Differentielle Effekte und Wirkprinzipien	72
5.3	Fazit	74
6	FRAGESTELLUNG UND KONZEPTION DER STUDIE	75
6.1	Qualitätsmerkmale aus Teilnehmersicht	75
6.1.1	Prozessqualität	77
6.1.2	Ergebnisqualität	79
6.2	Inhaltliche Differenzierung und Verlauf	80
6.3	Zusammenfassung	82
7	UMSETZUNG DER FRAGESTELLUNG	83
7.1	Vorbemerkung	83
7.2	Stichprobe	83
7.3	Untersuchungsplan und Erhebungsinstrumente	85
7.4	Auswertung	87
7.4.1	Statistische Auswertung	87
7.4.2	Inhaltsanalytische Auswertung	88
8	ERGEBNISSE	91
8.1	Merkmale der Prozessqualität	91
8.1.1	Lernbereitschaft	91
8.1.2	Emotionale Beteiligung	93
8.1.3	Bewertung der Selbsterfahrungsübungen	94
8.1.4	Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Selbsterfahrung	96
8.2	Merkmale der Ergebnisqualität	104
8.2.1	Erinnerte Anregungen	104

8.2.2 Umgesetzte Anregungen.....	108
8.3 Vorhersage von Merkmalen der Prozessqualität auf Merkmale der Ergebnisqualität.....	112
8.3.1 Vorerfahrungen mit Selbsterfahrung	112
8.3.2 Umfang der praktisch-therapeutischen Tätigkeit.....	114
8.3.3 Lernbereitschaft	116
8.3.4 Emotionale Beteiligung.....	117
8.3.5 Modellwirkung und Vertrauenswürdigkeit der Kursleiter/innen.....	118
8.3.6 Gruppenbedingungen	121
8.4 Wichtige, arbeitserleichternde und störende Aspekte der Selbsterfahrung.....	122
8.4.1 Inhalte und Ergebnisse der Selbsterfahrung.....	124
8.4.2 Vorgehen in der Selbsterfahrung	128
8.4.3 Interaktion mit anderen	132
 9 DISKUSSION	 135
9.1 Methodische Grenzen der durchgeführten Untersuchung.....	135
9.2 Ziele und Ergebnisse der Selbsterfahrung.....	136
9.2.1 Thematische Schwerpunkte: Berufliche und persönliche Relevanz.....	136
9.2.2 Individuelle Entwicklungsimpulse: Bearbeitung persönlicher Probleme und Förderung eines eigenständigen Arbeitsstils	139
9.2.3 Transfer in den therapeutischen Alltag	141
9.3 Didaktik und Wirkprinzipien der Selbsterfahrung	142
9.3.1 Bedürfnisgerechte und zielorientierte Gestaltung der Selbsterfahrung	142
9.3.2 Selbstgesteuertes Lernen.....	144
9.3.3 Emotionale Beteiligung.....	147
9.3.4 Interaktion: Vertrauensbasis und Modellwirkung	148
9.4 Ausblick.....	151
 10 ZUSAMMENFASSUNG.....	 153
 11 LITERATUR.....	 155
 ANHANG	 169

Einleitung

Selbsterfahrung ist neben der praxisbegleitenden Supervision und der theoretischen Ausbildung ein wesentlicher und inzwischen auch gesetzlich verankerter Bestandteil der Ausbildung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten. In der Verhaltenstherapie war der Stellenwert dieses Ausbildungselements jedoch lange Zeit umstritten. Selbsterfahrung wurde mit purer Emotionalisierung, konzeptloser Selbstbespiegelung und für die Ausübung des therapeutischen Berufs irrelevanten Wünschen nach persönlichem Wachstum assoziiert (vgl. Fengler, 1984; Schmelzer, 1994). Erst seit die Therapieforschung gezeigt hat, dass eine gute Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut/in und Patient/in die Voraussetzung für eine fruchtbare inhaltliche Arbeit an den Problemen darstellt, wird der Person der Therapeutin/ des Therapeuten auch in der Verhaltenstherapie-Ausbildung mehr Beachtung geschenkt.

Praktizierende Therapeutinnen und Therapeuten haben Selbsterfahrung jedoch schon immer als bereichernd für ihre therapeutische Arbeit erlebt und betrachten sie als unverzichtbar für ihre Ausbildung (Laireiter, 2000b). In der Interaktion mit Patientinnen/ Patienten ist es immer wieder notwendig, sich mit den Möglichkeiten und Grenzen der eigenen therapeutischen Fähigkeiten auseinanderzusetzen. Die systematische Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung soll es den angehenden Therapeutinnen und Therapeuten ermöglichen, sich gezielt mit den Stärken und Schwächen ihres persönlichen Arbeitsstils zu befassen. Sie soll dazu beitragen, die therapeutischen Kompetenzen zu verbessern (edukative Funktion) und das Risiko gravierender Behandlungsfehler zu vermindern (präventive Funktion). Allerdings gehen die Vorstellungen darüber, welche Ziele im einzelnen Vorrang haben, und welche Inhalte und Methoden am besten geeignet sind, Lernen durch Selbsterfahrung anzuregen, auseinander. Inzwischen gibt es eine Vielzahl von verhaltenstherapeutischen Selbsterfahrungskonzepten (z. B. Laireiter & Elke, 1994; Lieb, 1998b; Döring-Seipel, Schüler und Seipel, 1994; Schmelzer, 1994b; Ubben, 1995), doch deren empirische Evaluation hat gerade erst begonnen. Ob Selbsterfahrung tatsächlich einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung therapeutischer Kompetenzen leistet und die Effektivität der durchgeführten Behandlungen verbessert, ist deshalb noch offen (vgl. Lange, 1994). Ebenso ungeklärt ist, welche spezifischen Bedingungen Lernprozesse in der Selbsterfahrung begünstigen. Eine entwicklungsförderliche Gestaltung der Selbsterfahrung setzt jedoch voraus, dass Lernbedingungen und Vermittlungsstrategien identifiziert werden, die von den Auszubildenden als hilfreich erlebt werden.

Die vorliegende Studie ist Teil des kontinuierlichen Qualitätsmanagements der postgradualen Verhaltenstherapie-Ausbildung, die von der Abteilung für Klinische und Physiologische Psychologie unter der Leitung von Prof. Dr. Dieter Vaitl und Dr. Renate Frank bereits seit 1985 an der Universität Gießen durchgeführt wird. Im Mittelpunkt des Interesses stehen Merkmale der Prozess- und Ergebnisqualität der Selbsterfahrung aus Sicht der Auszubildenden. Auf der Basis verhaltenstheoretischer

Konzepte des Selbst (Epstein, 1990; Grawe, 1998) und empirisch fundierter Modelle des Erwerbs therapeutischer Kompetenzen werden wesentliche Lernziele verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung dargestellt (Kapitel 2). Diese Lernziele erlauben sowohl die Integration als auch die Differenzierung der verschiedenen Selbsterfahrungskonzepte. Einen Überblick über die Praxis verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung gibt Kapitel 3, inhaltliche und methodische Schwerpunkte des Gießener Selbsterfahrungsprogramms sind in Kapitel 4 beschrieben. Auf der Grundlage des bisherigen Forschungsstandes (Kapitel 5) und unter Berücksichtigung methodischer Grenzen werden in Kapitel 6 die zentralen Fragestellungen der Studie entwickelt. Vorrangiges Ziel ist eine praxisnahe Evaluation der kurz- und mittelfristigen Effekte des Gießener Selbsterfahrungsprogramms. Darüber hinaus sollen mögliche Wirkprinzipien verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung untersucht werden. Die Ergebnisse werden in Kapitel 8 beschrieben und in Kapitel 9 hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Konzeption und praktische Durchführung von Selbsterfahrungskursen diskutiert.

Die Arbeit entstand parallel zu meiner eigenen verhaltenstherapeutischen Ausbildung. Die Tatsache, als Teilnehmerin einer Ausbildung an deren Evaluation beteiligt zu sein, habe ich selbstverständlich nicht nur, aber überwiegend als vorteilhaft erlebt. Ich konnte eigene Erfahrungen mit Ausbildungsstrukturen, -inhalten und -methoden sammeln und in informellen Gesprächen mit den Erfahrungen anderer Auszubildender vergleichen. Persönliches Erleben kann ebenso wie theoretische Vorannahmen und Hypothesen den Blick auf wesentliche Aspekte eines Forschungsgegenstandes lenken, wenn die Bereitschaft da ist, eigene Positionen zu überdenken, zu modifizieren und zu revidieren. Mit anderen Worten: Es ist notwendig, das subjektive Vorverständnis und seinen Einfluss auf die interpretative Erschließung des Forschungsgegenstandes zu reflektieren und schrittweise weiterzuentwickeln (Mayring, 1990). Ich hoffe, dass mir dies im Austausch mit anderen gelungen ist.

Allen, die mich bei der Konzeption und Durchführung der Studie sowie bei der Überarbeitung des Manuskripts unterstützt haben, möchte ich an dieser Stelle herzlich danken:

Herr Prof. Dr. Dieter Vaitl hat meine wissenschaftliche Weiterbildung großzügig gefördert und mich mit hilfreichen Anmerkungen zur Fertigstellung dieser Arbeit motiviert.

Frau Dr. Renate Frank danke ich für die umfassende Betreuung meiner Arbeit. Von ihren Anregungen habe ich sowohl beruflich als auch persönlich sehr profitiert.

Die Kolleginnen und Kollegen der Abteilung für Klinische und Physiologische Psychologie haben immer hilfsbereit auf meine Anliegen reagiert und meinen Arbeitsalltag durch viele anregende Diskussionen bereichert.

Den Kursleiterinnen und Kursleitern danke ich ebenso wie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Gießener Verhaltenstherapie-Ausbildung für ihre Bereitschaft, an der Studie mitzuwirken.

Mein besonderer Dank gilt außerdem Frau Dr. Eva Koch-Klenske und den „Ladies“ vom *Jour fix* für ermutigende und klärende Gespräche sowie meinen Freundinnen und Freunden, die das Manuskript (oder Teile davon) gelesen und mit mir diskutiert haben, und die mich durch die Höhen und Tiefen der letzten vier Jahre begleitet haben: Bettina Bernhardi, Dr. Bernhard Borgetto, Anja Fehr, Uta George, Stephanie Göttling, Tatjana Kassner, Peter Kieferdorf, René Klöpfer, Karen Schnieders und Dr. Andrea Weber.

Kathrin Schön

Gießen, November 2001

1 Historische Einordnung

Obwohl praktizierende Verhaltenstherapeutinnen und –therapeuten schon immer großes Interesse an Selbsterfahrung hatten (einschließlich der Möglichkeit, selbst in Therapie zu gehen) (vgl. Lieb, Weyrauch, Langlotz-Weis & Koppenhöfer, 1998), wurde die Forderung, Selbsterfahrung zu einem festen Bestandteil der Ausbildung zu machen und die Auseinandersetzung mit der eigenen Person systematisch zu fördern, erstmals zu Beginn der 80er Jahre erhoben (Lutz, 1981; Ringler, 1980; Schwarz, 1986; Teegen, 1977). Seit Mitte der 90er Jahre wird die Diskussion im Zuge der Veränderung der gesetzlichen Ausbildungsrichtlinien intensiver geführt. Es wurden verschiedene Konzepte verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung publiziert und – wenn auch erst vereinzelt – empirisch evaluiert (vgl. Abschnitte 3.2 und 5.2). Umstritten war und ist vor allem, ob kompetentes verhaltenstherapeutisches Arbeiten auch ohne Selbsterfahrung erlernbar ist und welche theoretischen Grundlagen die Verhaltenstherapie für eine Verpflichtung zur Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung bietet.

Viele Argumente, die in der gegenwärtigen Diskussion vorgebracht werden, stehen in engem Zusammenhang mit der Bedeutung der Selbsterfahrung für die Psychoanalyse und die humanistischen Therapieverfahren, deren Entwicklung und Probleme in den folgenden Abschnitten im Überblick dargestellt werden.

1.1 Entwicklung und Probleme der Lehranalyse

Die Forderung, dass angehende Therapeutinnen und Therapeuten sich systematisch mit der eigenen Person und Biographie auseinandersetzen, geht auf die Psychoanalyse, vor allem auf Freud, Nunberg und Ferenczi zurück (vgl. Knickenberg, 1994; Ringler, 1994). Die Lehranalyse wurde 1912 von Freud eingeführt und 1918 von Nunberg zur unabdingbare Voraussetzung für die Berufsausübung erklärt. In ihrer ursprünglichen Form dauerte die Lehranalyse nur einige Wochen oder Monate. Sie diente in erster Linie der Unterweisung in Methoden und Techniken der Psychoanalyse und beinhaltete eine Supervision der durchgeführten Therapien. Zugleich sollte die Lehranalyse den Auszubildenden die Kraft des Unbewussten an Phänomenen wie Widerstand und Übertragung sowie die Wirkung gelungener Deutungen am eigenen Leib demonstrieren. Diese Intention knüpfte an die damaligen Vorstellungen vom medizinischen Selbstversuch an. Ringler (1994) hebt hervor, dass die Lehranalyse damit bereits zu diesem frühen Zeitpunkt nicht allein auf eine Vertiefung theoretischer Kenntnisse abzielte. Sie sollte die Bereitschaft und Fähigkeit der angehenden Psychoanalytiker/innen zur kontinuierlichen Reflexion des eigenen therapeutischen Handelns fördern und ein erlebnismäßiges Begreifen psychoanalytischer Termini ermöglichen.

Die überwiegend didaktische Zielsetzung der Lehranalyse wurde von Ferenczi (1928/1982, zitiert nach Pieringer & Laireiter, 1996) erheblich ausgeweitet. Ferenczi kritisierte vor allem, dass aufgrund der kurzen Dauer der Lehranalysen viele Patientinnen/ Patienten nach Beendigung ihrer Analyse besser analysiert seien als ihre Thera-

peutin/ ihr Therapeut. Ausgehend von der Überlegung, dass ein Psychoanalytiker in der Behandlung seiner Patienten nicht weiter kommen kann, als seine eigenen Widerstände und „blinden Flecken“ es zulassen, forderte Ferenczi von einer Lehranalyse größere Vollständigkeit als von einer therapeutischen Analyse. Er vertrat die Auffassung, ein Psychoanalytiker müsse seine verstecktesten Schwächen kennen und beherrschen, da von ihm das Schicksal anderer Menschen abhängt. Die Lehranalyse sollte die persönlichen Voraussetzungen für effektives therapeutisches Arbeiten schaffen, indem die Neurosen des Psychoanalytikers behandelt und seine Charakterstrukturen aufgedeckt werden. Die Auszubildenden sollen eigene Verdrängungen kennenlernen, um bei ihren Patientinnen und Patienten nichts zu übersehen oder falsch zu deuten, und um die Fähigkeit zu erwerben, sich den Affekten ihrer Patienten auszusetzen, ohne mit bewussten oder unbewussten Gegenaffekten zu reagieren (Frischenschlager, 1996).

Diese Vorstellung setzte sich durch, so dass die mehrjährige Lehranalyse heute der wichtigste Baustein der psychoanalytischen Ausbildung ist. Lehranalysen im Umfang von mehr als 1.000 Stunden sind keine Seltenheit.

Mit zunehmender Erfahrung wurden jedoch auch kritische Stimmen laut. Grundsätzlich sind die Probleme, die auftraten und für die man Abhilfe suchte, nicht spezifisch für die psychoanalytische Ausbildung, sondern in ähnlicher Form auch für die Verhaltenstherapie-Ausbildung relevant. Folgende Fragen standen und stehen im Zentrum der Diskussion (vgl. Ringler, 1994):

1. Vollständigkeit und Dauer der Lehranalyse

Zwischen Lehranalyse und Heilanalyse bestehen hinsichtlich ihrer therapeutischen Funktion keine grundlegenden Unterschiede (Ringler, 1994). Der angehende Psychoanalytiker soll seine gesamte Persönlichkeit der psychoanalytischen Reflexion unterziehen. Er soll sich selbst als Patient erleben und dabei auch die Schwierigkeit von Änderungsprozessen erfahren.

Dem liegt eine dimensionale Vorstellung von Gesundheit und Krankheit zugrunde, die zwangsläufig die Frage aufwirft, wie „gesund“ ein Therapeut sein muss, um qualifiziert seinen Beruf ausüben zu können, bzw. wie „krank“ ein Therapeut sein darf, ohne dass (seitens der Ausbildungsinstitution) befürchtet werden muss, dass er seiner professionellen Rolle nicht gerecht wird. Anhand welcher Kriterien kann vorhergesagt werden, ob eine Ausbildungskandidatin/ ein Ausbildungskandidat in der Lehranalyse so weit fortgeschritten ist, dass sie/ er eigenverantwortlich therapeutisch tätig sein kann? So lange Reliabilität, Validität und prognostischer Wert möglicher Kriterien nicht untersucht sind, bleibt nach Ringler (1994) die Frage nach der Zielsetzung und Beendigung der Lehranalyse ein „persönliches Abkommen“ (S. 131) zwischen Lehranalytiker/in und Lehranalysand/in.

2. *Auswirkungen institutioneller Abhängigkeiten auf den therapeutischen Prozess*

Dieses „persönliche Abkommen“ zwischen Analytiker/in und Analysand/in wird in einem Kontext geschlossen, der nicht nur von formalen Ausbildungsanforderungen sondern auch von zahlreichen interpersonellen Verflechtungen formeller und informeller Art geprägt ist. In der Lehranalyse muss sich der angehende Psychoanalytiker zugleich als reifer Lernender und als bedürftiger Patient definieren und präsentieren (Ringler, 1994). Cremerius (1992) kritisiert, dass der therapeutische Prozess in der Lehranalyse durch die reale Abhängigkeit des Lehranalysanden vom Lehranalytiker empfindlich gestört wird. Er sieht die Gefahr, dass es sich um eine Scheinanalyse handelt, da der Lehranalysand nur erwünschte Phantasien einbringt und eine negative Übertragung vermeidet, weil er sonst befürchten muss, seine Ausbildung nicht abschließen zu können.

Für den Lehranalytiker gehen besondere Schwierigkeiten damit einher, dass er Verantwortung für den Patienten im angehenden Therapeuten übernehmen muss, die unter Umständen mit den Ausbildungsanforderungen kollidiert (Ringler, 1994). Kutter (1996) verlangt deshalb vom Lehranalytiker, die Rolle des Therapeuten und die Rolle des Lehrers klar voneinander zu trennen. Loyalitätskonflikte, die sich aus der multiplen Zielsetzung der Lehranalyse (therapeutische und didaktische Funktion, evtl. Kontrollfunktion) auf seiten des Lehranalysanden oder des Lehranalytikers ergeben, sollten benannt und bearbeitet werden. Gefordert wird in diesem Zusammenhang auch, die Ausbildung transparenter zu gestalten und die Auszubildenden stärker an der Beurteilung des jeweiligen Ausbildungsstands zu beteiligen (vgl. Knickenberg, 1994).

3. *Identifikation mit dem Lehranalytiker*

Die mehrjährige Lehranalyse wird für die angehenden Psychoanalytiker/innen zum wichtigsten Modell psychoanalytischer Behandlung. Die mit der Übernahme der Patientenrolle einhergehende hohe emotionale Bindung an den Lehranalytiker fördert die Identifikation mit seinen theoretischen Positionen und die Übernahme seiner therapeutischen Vorgehensweisen. Die institutionellen Abhängigkeitsverhältnisse erschweren es den Auszubildenden zusätzlich, dem Lehranalytiker gegenüber eine kritische Haltung einzunehmen.

Die (vorübergehende) Identifikation mit dem Lehranalytiker ist ein wichtiger Teil des Lernprozesses und der therapeutischen Entwicklung der Auszubildenden. Eine allzu enge Orientierung am Modell des Lehranalytikers kann jedoch verhindern, dass die Potenziale der eigenen Person sensibel wahrgenommen und ausgeschöpft werden. Die Anpassung und Optimierung therapeutischer Interventionen und Strategien im Hinblick auf persönliche Stärken und Schwächen wird dadurch behindert.

4. *Lehranalyse als adäquates Behandlungsmodell*

Abschließend soll auf ein Problem hingewiesen werden, das in engem Zusammenhang mit den bereits erörterten Fragen steht. Bereits Anna Freud (1966, zit. nach

Knickenberg, 1994) wies Unterschiede zwischen therapeutischen Analysen und Lehranalysen in der bewussten Motivation zur Mitarbeit, im Widerstand und in der Übertragungsbereitschaft nach. Diese Unterschiede können sowohl im Hinblick auf die unterschiedliche Behandlungsbedürftigkeit von Patientinnen/ Patienten und angehenden Therapeutinnen/ Therapeuten als auch im Hinblick auf den unterschiedlichen sozialen Kontext von Heilanalyse und Lehranalyse (institutionelle Abhängigkeiten, multiple Zielsetzung) diskutiert und verstanden werden. Zugleich wird jedoch die Frage aufgeworfen, ob die Lehranalyse tatsächlich ein adäquates Behandlungsmodell darstellt, oder ob sie eine unangemessene Verallgemeinerung persönlicher Erfahrungen begünstigt.

1.2 Persönliche Therapie in der klientenzentrierten Ausbildung

Die Vorstellung, angehende Therapeutinnen/ Therapeuten sollten persönliche Erfahrungen mit dem von ihnen gewählten Therapieverfahren sammeln, wurde von nahezu allen Therapieschulen aufgegriffen und im Hinblick auf das spezifische Therapiekonzept modifiziert. Vor allem in den humanistischen Therapieschulen (klientenzentrierte Therapie, Gestalttherapie, Psychodrama, etc.) hat die Selbsterfahrung einen hohen Stellenwert in der Ausbildung der Therapeutinnen/ Therapeuten.

Nach Korbei (1996) ist die Persönlichkeitsentwicklung des Therapeuten das Kernstück der klientenzentrierten Ausbildung. Rogers war institutionalisierten Therapieausbildungen (einschließlich einer obligatorischen Lehrtherapie) gegenüber skeptisch, da er bezweifelte, dass die Fähigkeiten, die zur Gestaltung einer sehr persönlichen und intuitiven Beziehung, wie sie der klientenzentrierten Therapie zugrundeliegt, benötigt werden, einüben oder lehren lassen. Er sprach sich grundsätzlich gegen alle Unterrichtsformen aus, die auf bloßes Training oder pure Wissensvermittlung abzielen und damit selbstentfremdetes Lernen fördern (Rogers, 1974). Statt dessen vertrat er einen radikal subjektiven Ansatz, nach dem Lernprozesse, die zu einer nachhaltigen Erweiterung von Verhaltensspielräumen führen, nur dadurch initiiert werden können, dass die persönliche Relevanz des Gelernten spürbar ist (selbstbestimmtes, signifikantes Lernen). Eine „persönliche Therapie“ zur Ausbildung von klientenzentrierten Therapeutinnen/ Therapeuten befürwortete er unter der Maßgabe, dass sie es ermöglicht, eine bestimmte Seinsweise („a way of being with persons“) zu entwickeln.

Primäres Ziel einer klientenzentrierten Lehrtherapie ist damit weder die Vermittlung von Techniken noch die Bearbeitung persönlicher Probleme, sondern die Ausbildung von professioneller Kongruenz, Empathie und unbedingter Wertschätzung (Keil, 1994). Das Erleben von Kongruenz und Inkongruenz im Rahmen einer empathischen und wertschätzenden Beziehung zur Lehrtherapeutin/ zum Lehrtherapeuten soll es den Auszubildenden ermöglichen, sich in der Interaktion mit Patientinnen/ Patienten persönlich authentisch zu verhalten und dabei auch eigene Unsicherheiten auszuhalten. Die schrittweise Übernahme der zentralen Grundhaltungen der klientenzentrierten Therapie sich selbst gegenüber gilt als wesentliche Voraussetzung dafür, dass es den

angehenden Therapeutinnen gelingt, sensibel und einfühlsam auf ihre Patientinnen einzugehen. Die Lehrtherapie soll zudem die Identifikation mit der klientenzentrierten Therapie fördern, indem die Auszubildenden eigene Motive und Bedürfnisse erleben, die durch die Aktualisierungstendenz ausgelöst werden (Korbei, 1996).

Ähnlich wie die Lehranalyse soll die klientenzentrierte Lehrtherapie bei den angehenden Therapeutinnen/ Therapeuten die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die eigene Person in der therapeutischen Interaktion als wirksames „Werkzeug“ im Sinne der jeweiligen Behandlungstheorie eingesetzt werden kann. Ebenso wie Freud vertritt Rogers die Auffassung, dass ein Therapeut in seiner Arbeit mit Patienten durch seine persönliche Entwicklung begrenzt ist: „Oder anders ausgedrückt: der Grad, in dem ich Beziehungen eingehen kann, die die Entfaltung anderer als eigenständige Menschen fördern, entspricht dem Maß der Entfaltung, die ich in mir selbst erreicht habe.“ (Rogers, 1973, S. 70; zit. nach Keil, 1994, S. 30). Zudem soll die Lehrtherapie in beiden Ansätzen die Identifikation mit der Therapieschule im Sinne einer festen Überzeugung von der zentralen Hypothese des jeweiligen Menschenbildes (Wirkung des Unbewussten bzw. der Aktualisierungstendenz) durch Selbsterfahrung fördern.

1.3 Selbsterfahrung in der systemischen Therapie und der Verhaltenstherapie

In den stärker naturwissenschaftlich orientierten Ansätzen wie der Verhaltenstherapie oder der systemischen Therapie, in denen Einflüssen aus der Person des Therapeuten auf den therapeutischen Prozess zunächst weniger Beachtung geschenkt wurde als der Wirksamkeit einzelner Interventionen, hat die Selbsterfahrung als Ausbildungselement eine weit geringere Bedeutung.

In der systemischen Therapie haben vor allem Konstruktivismus und Feminismus dazu beigetragen, die Diskussion um die Notwendigkeit von Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung zu beleben (Rücker-Emden-Jonasch, 1993). Beide Paradigmen lenken die Aufmerksamkeit darauf, dass die Rekonstruktion vergangener und gegenwärtiger Ereignisse in der therapeutischen Beziehung auch von den subjektiven Bedeutungsgebungen, Bewertungen und Normvorstellungen der Therapeutin/ des Therapeuten abhängt (Krüll, 1992). Ein wesentliches Ziel systemischer Selbsterfahrung ist es, dass die Auszubildenden ihr Selbst im Sinnes eines intrapsychischen und interpersonellen Konstrukts erfahren und eine erhöhte Flexibilität im Umgang mit festgefahrenen Ideen oder Interaktionsmustern erwerben (vgl. Ahlers, 1996).

Je nach Schulrichtung wird der Selbsterfahrung in der systemischen Therapie mehr oder weniger Wert beigemessen. Nach Rücker-Emden-Jonasch (1993), die ihre persönlichen Ausbildungserfahrungen schildert, wurde z. B. von Bowen die Auffassung vertreten, dass nur Therapeutinnen/ Therapeuten, die sich selbst genügend von ihrer Herkunftsfamilie differenziert haben und sich persönliches Wachstum und Entwicklung erlauben können, fähig sind, Patientinnen/ Patienten – mit Hilfe noch zu erlernender therapeutischer Techniken – zum gleichen persönlichen Wachstum zu

verhelfen. Bowen hielt es deshalb für erforderlich, im Rahmen der Ausbildung auch die persönliche Entwicklung der Therapeutinnen/ Therapeuten zu fördern, während Minuchin und Haley sich darauf konzentrierten, das „therapeutische Handwerk“ zu lehren.

Auch in den Anfängen der Verhaltenstherapie galt vor allem die korrekte Anwendung verhaltenstherapeutischer Methoden und Techniken als maßgeblich für den Therapieerfolg, so dass der Person des Therapeuten kaum Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Erst als die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für die Wirksamkeit von Therapien erkannt wurde, rückten das Interaktionsverhalten des Therapeuten und andere personenspezifische Merkmale auch im Hinblick auf die Ausbildung von Therapeutinnen stärker in das Zentrum des Interesses (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991; Schindler, 1991; Zimmer, 1983).

Die Persönlichkeitsentwicklung der angehenden Therapeutinnen/ Therapeuten hat in der Verhaltenstherapie jedoch eine weit geringere Bedeutung als in der Psychoanalyse oder der klientenzentrierten Therapie, da sie im Sinne der Therapietheorie keine wesentliche Voraussetzung für die Wirksamkeit therapeutischer Arbeit darstellt. Im Vordergrund verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung steht vielmehr die Verbesserung der Fähigkeiten zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung und der Erwerb selbstreflexiver Fähigkeiten (einschließlich des Erkennens eigener Grenzen und der Begrenztheit therapeutischen Handelns). Darüber hinaus wird Selbsterfahrung auch als didaktische Methode eingesetzt, um – ähnlich wie von Rogers gefordert – persönlich relevante Lernprozesse zu initiieren.

2 Konzepte und Ziele verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung

Psychotherapie ist eine der wenigen Professionen, bei der die Auszubildenden dazu verpflichtet werden, sich intensiv mit der eigenen Person auseinanderzusetzen. In den folgenden Abschnitten werden wesentliche Argumentationslinien der Diskussion um den Stellenwert von Selbsterfahrung in der Ausbildung von Verhaltenstherapeutinnen und -therapeuten dargestellt.

Zunächst geht es dabei um die Verortung des Selbst in der Verhaltenstheorie, aus der sich die Relevanz und Notwendigkeit ableiten läßt, als Therapeut/in das eigene Selbst einer systematischen Reflexion zu unterziehen. Die ethische Legitimation der *Verpflichtung* zur Selbsterfahrung ergibt sich aus deren Zielen: Selbsterfahrung soll die therapeutische Kompetenz der angehenden Therapeutinnen/ Therapeuten verbessern und damit letztlich den behandelten Patientinnen/ Patienten zugute kommen. Es werden wesentliche Merkmale (verhaltens-)therapeutischer Kompetenz dargestellt sowie theoretische Konzepte und empirische Befunde zur Vermittlungspraxis zusammengefasst. Anschließend werden Implikationen für die Zielsetzung und Didaktik verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung erörtert.

2.1 Das Selbst als Verhaltensregulativ

Die Begriffe *Selbst* und *Erfahrung* haben zwar ihren festen Platz in der Alltagssprache, erweisen sich aber auf den zweiten Blick als äußerst vieldeutig und werden in der Psychologie und den angrenzenden Wissenschaften uneinheitlich verwendet. Schnell wird die faszinierende und frustrierende Komplexität des Themas „Selbst-Erfahrung“ deutlich: *Selbst* und *Erfahrung* sind für das menschliche Erleben zentrale Konzepte, die sich einer exakten Definition und empirischen Untersuchung entziehen.

Häufig wird deshalb auf eine eindeutige konzeptuelle Festlegung des Begriffs Selbsterfahrung verzichtet. Zum Beispiel verwendet Caspar (1994, S. 110) den Begriff Selbsterfahrung sehr pragmatisch als „Sammelbegriff für verschiedene Formen der expliziten Auseinandersetzung mit der eigenen Person“. Er versteht Selbsterfahrung ebenso wie andere Autoren (Laireiter & Elke, 1994a) als fundamentale selbstbezogene Aktivität, die auch außerhalb der Therapieausbildung maßgeblich zur persönlichen Entwicklung beiträgt.

In der Selbsterfahrung taucht das Selbst in einer doppelten Funktion auf: als Selbst, das erfährt, und als Selbst, das erfahren wird. Subjekt- und Objektaspekt des Selbst werden seit der Einführung des Konzepts durch William James (1890; zit. nach Dorsch, Häcker & Stapf, 1992) unterschieden. Der Subjekt-Aspekt bezeichnet das Selbst als Wissendes (zugehörig das *Ego/ Ich*), der Objekt-Aspekt meint das Selbst als Gewusstes (zugehörig das *me/ mich*). Das Selbst ist zugleich verhaltenssteuernde Instanz und Produkt der Wahrnehmung des eigenen Verhaltens.

In der Philosophie wurde – ebenso wie in der Psychologie – beiden Aspekten des Selbst Beachtung geschenkt. Auf der einen Seite wird das Selbst als stabil, überdauernd, abgegrenzt, autonom und einzigartig beschrieben. Als universelle menschliche Erfahrung wird es mit allgemeinen biologischen oder psychologischen Prozessen in Verbindung gebracht (*transcendent self*; Murray, 1993). Dem entspricht das von Jung vertretene Verständnis des Selbst als personinhärentes Entwicklungsprinzip. Ziel der menschlichen Entwicklung ist nach dieser Vorstellung die Verwirklichung des „eigentlichen Selbst“. Auf der anderen Seite wird das Selbst als inkonsistent, fragmentarisch, relational und dialogisch beschrieben. Es wird nicht als natürlich gegeben, sondern gesellschaftlich determiniert verstanden (*contingent self*; Murray, 1993). Nach dieser Auffassung entsteht das Selbst erst in und durch die Interaktion mit der Umwelt.

Im Sinne verhaltenstheoretischer Modelle (S-O-R-C-K-Modell; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996) ist das Selbst Bindeglied zwischen Umwelteinwirkung und individueller Reaktion. Dabei wird das Selbst nicht als autonome psychische Instanz verstanden, die das Verhalten steuert (das Selbst ist kein Akteur), sondern als Resultat des Zusammenwirkens verschiedener verhaltensregulierender Prozesse, die ganzheitlich erlebt werden (vgl. Grawe, 1998).

Das Selbstkonzept von Epstein (1990) verknüpft Subjekt- und Objektaspekt des Selbst und bietet damit einen guten Ausgangspunkt für eine systematische Betrachtung der Ziele und Funktionen von Selbsterfahrung im Rahmen der Verhaltenstherapie-Ausbildung:

Als *personal theory of reality* umfasst das Selbst nach Epstein (1990) alle deskriptiven und motivationalen Schemata eines Individuums. Als Schemata bezeichnet Epstein (1983) auf der Basis emotional bedeutsamer Erfahrungen entstandene generelle Annahmen (a) über die eigene Person und die Umwelt (deskriptive Schemata) sowie (b) über Relationen zwischen eigenem Verhalten und Bedürfnisbefriedigung (motivationale Schemata). Epstein unterscheidet drei Selbst-Systeme, die sich wechselseitig beeinflussen: das *rational system* (Inhalte überwiegend bewusst, kontrollierte Informationsverarbeitung), das *experiential system* (Inhalte überwiegend vorbewusst, automatische Informationsverarbeitung) und das *associationistic system* (Inhalte überwiegend unbewusst, primär-prozesshaftes Denken). Im Zentrum der seiner Theorie des Selbst stehen das *experiential system* und das *rational system*, die für die willentliche Selbststeuerung entscheidend sind und von Grawe (1998) als *implizites* und *explizites Selbst* bezeichnet werden. In Tabelle 2.1 werden die Eigenschaften beider Systeme genauer beschrieben.

Tabelle 2.1: Eigenschaften des *rational system* und des *experiential system* nach Epstein (1990, S. 168)

Experiential system	Rational system
1. Holistic	1. Analytic
2. Emotional: Pleasure- vs. pain-oriented (what feels good)	2. Logical: Reason-oriented (what is sensible)
3. Behavior mediated by „vibes“ from past experiences	3. Behavior is mediated by conscious appraisal of events
4. Encodes reality in concrete images and metaphors	4. Encodes reality in abstract symbols: Word and numbers
5. Rapid processing: Oriented toward immediate action	5. Slower processing: Oriented towards delayed action
6. Slow to change: Changes with repetitive experience, direct or vicarious	6. Changes rapidly: Changes with speed of thought
7. Learns directly from experience	7. Learns from symbolic representation of experience
8. Crudely differentiated and integrated: Associationistic, categorical, and organized into emotional complexes	8. More highly differentiated and integrated
9. Experienced passively and preconsciously: We are seized by our emotions	9. Experienced actively and consciously: We are in control of our thoughts
10. Self-evidently valid: „Experiencing is believing“	10. Requires justification via logic and evidence

Für die verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung sind vor allem folgende Aspekte der *Cognitive-Experiential Self-Theory* relevant:

- Gefühle und Stimmungen sind maßgeblich an der Verhaltenssteuerung beteiligt. Sie sind mit charakteristischen Handlungstendenzen verbunden (Annäherung – Vermeidung) und haben einen Einfluss auf kognitive Prozesse. Zielgerichtetes Handeln in der Therapie setzt voraus, dass die Therapeutin/ der Therapeut die Wechselwirkung zwischen Emotionen und Verhalten wahrnimmt, reflektiert und bei der Handlungsplanung mit berücksichtigt.
- Implizites Selbst und Selbstkonzept stimmen nicht immer überein. Die dem impliziten Selbst zugehörigen deskriptiven und motivationalen Schemata sind vorbewusst, dem Bewusstsein aber prinzipiell zugänglich. Durch gezielte Aufmerksamkeitslenkung kann ihr Einfluss auf das Verhalten registriert und – in Ansätzen – modifiziert werden. Die zunehmende Bewusstheit und Differenziertheit im therapeutischen Handeln ist ein wesentliches Ziel verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung.
- Vorbewusste Schemata können aus individuellen Verhaltensmustern und Gefühlen erschlossen werden. Je intensiver die Gefühle sind, die in einer bestimmten Situation erlebt werden, desto wahrscheinlicher ist, dass ein zentrales Schema aktiviert wurde. Das implizite Selbst lernt durch Erfahrung, das explizite Selbst lernt aus der Verknüpfung symbolischer Repräsentationen (analytisch-logisches Denken). Für die verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung bedeutet dies, dass Lernprozesse, die

das implizite Selbst erreichen sollen, die emotionale Beteiligung der angehenden Therapeutinnen und Therapeuten erfordern und über eine rein kognitive Auseinandersetzung hinausgehen müssen.

Aus systemtheoretischer Perspektive beinhaltet Selbsterfahrung, dass „ein sprachlich begabtes und bewußtseinsfähiges System seine Aufmerksamkeit und sein Erkenntnisinteresse auf sich selbst und das eigene Prozessieren richtet“ (Lieb, 1994; S. 88). Selbsterfahrung ist damit eine wichtige Voraussetzung für Selbstregulation und Selbstkontrolle und als solche niemals abgeschlossen: Nicht nur, weil der Alltag jedem Menschen immer wieder Anlass bietet, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen, sondern auch, weil es nicht möglich ist, das Selbst vollständig zu erfassen und Gewissheit über die eigene Person zu erlangen. Vor allem Krisensituationen, d. h. Situationen, in denen subjektiv bedeutsame Diskrepanzen zwischen Ist- und Soll-Zustand, zwischen Erwartetem und Unerwartetem, zwischen Selbstbild und Fremdbild, etc. offenbar werden, regen dazu an, sich dem eigenen Fühlen, Denken und Handeln zuzuwenden, es bewusst wahrzunehmen und zu reflektieren.

Diese spontan ablaufenden Selbsterfahrungsprozesse können im Sinne zunehmender Lebenserfahrung und Selbstkenntnis zu einer Verbesserung therapeutischer Fähigkeiten beitragen. Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung soll die Kompetenzentwicklung der angehenden Therapeutinnen/ Therapeuten jedoch *gezielt* und *systematisch* unterstützen.

2.2 Merkmale therapeutischer Kompetenz

Sicher ist es nicht möglich, allgemeingültige Kriterien (verhaltens-)therapeutischer Kompetenz festzulegen. Ebenso wenig wie es *die* Therapiemethode gibt, die bei jedem Patienten und jeder Störung wirksam ist, gibt es nicht *den* Therapeuten, der mit jedem Patienten mit jeder Therapiemethode in jedem Setting erfolgreich arbeiten kann. Merkmale der zu behandelnden Patientinnen/ Patienten, aber auch des institutionellen Kontextes haben einen entscheidenden Einfluss darauf, welche therapeutischen Fähigkeiten von primärer Bedeutung für den Therapieerfolg sind. In Abhängigkeit von den situativen Bedingungen kann therapeutische Kompetenz sich in sehr unterschiedlichen Verhaltensweisen zeigen, d. h. einzelne Interventionen können nicht grundsätzlich positiv oder negativ bewertet werden.

Als ein in der empirischen Psychologie verankertes Therapieverfahren hat die Verhaltenstherapie den Anspruch, dass Grundannahmen und theoretische Konzepte mit den Ergebnissen der Grundlagenforschung in Einklang stehen und die Wirksamkeit der daraus abgeleiteten therapeutischen Maßnahmen empirisch belegt ist. Auch die Ausbildung von Therapeutinnen/ Therapeuten muss sich deshalb an empirischen Befunden orientieren, die Anhaltspunkte dafür liefern, welche Kompetenzen für die Durchführung von Therapien und die Ausübung des Therapeutenberufs zentral sind und gefördert werden sollten.

2.2.1 Theoretisches Wissen und analytisch-planerische Fähigkeiten

Angehende Verhaltenstherapeutinnen und –therapeuten müssen die Fähigkeit erwerben, eine große Bandbreite störungsspezifischer Methoden und Strategien patientengerecht umzusetzen, allgemeine psychotherapeutische Wirkprinzipien (Grawe, Donati & Bernauer, 1994) zu realisieren und die therapeutische Beziehung veränderungsförderlich zu gestalten. Es liegt auf der Hand, dass dies ein umfangreiches Wissen über die theoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie und ihre Anwendung im therapeutischen Kontext voraussetzt. Dazu gehören insbesondere Kenntnisse über psychische Störungen und Behandlungskonzepte, über Probleme und Problemlösungen im Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen und über die motivationale Dynamik des psychischen Geschehens (Grawe, 1998). Das allein stellt jedoch nicht sicher, dass die Umsetzung geplanter Interventionen im therapeutischen Kontext gelingt. Das theoretische Wissen stellt lediglich die Basis dar, die kompetentes, therapeutisches Handeln ermöglicht.

Zur Indikationsstellung und Therapieplanung sind, ebenso wie zur Strukturierung der therapeutischen Situation, die durch Handlungsdruck, Komplexität, Mehrdeutigkeit und ständige Veränderung gekennzeichnet ist, in hohem Maße analytisch-planerische Fähigkeiten erforderlich. Angehende Verhaltenstherapeutinnen/ Verhaltenstherapeuten müssen lernen, eine Fallkonzeption zu entwickeln, die eine relativ rationale Begründung (Westmeyer, 1979) ihres therapeutischen Handelns erlaubt. Sie müssen die Fähigkeit erwerben, therapeutische Situationen sensibel wahrzunehmen, präzise zu analysieren und auf der Basis dieser Analyse angemessene Entscheidungen über das weitere Vorgehen zu treffen.

Reinecker und Schindler (1996) formulieren als übergeordnetes Ziel verhaltenstherapeutischer Ausbildung, dass der angehende Therapeut lernt, von seinen alltagspsychologischen Erklärungsmodellen zu abstrahieren, und Entscheidungen stattdessen auf der Basis des verinnerlichten empirisch fundierten Bedingungs- und Veränderungswissen zu treffen. Die Ausbildung soll den Therapeutinnen/ Therapeuten Hilfen an die Hand geben, eine automatisierte Informationsverarbeitung zu unterbrechen und (vorübergehend) eine kontrollierte Informationsverarbeitung einzuleiten. Anschließend soll die Stabilisierung und Generalisierung der neuerworbenen Entscheidungsmuster unterstützt werden.

2.2.2 Fähigkeit zur Selbstregulation

Die Entwicklung therapeutischer Kompetenz erfordert neben dem Erwerb fundierter theoretischer Kenntnisse und der Erweiterung und Verfeinerung analytisch-planerischer Fähigkeiten in hohem Maße auch die Verbesserung selbstregulatorischer Fähigkeiten. Die angehende Therapeutin/ der angehende Therapeut muss lernen, das eigene Verhalten im Hinblick auf (therapeutisch sinnvolle) selbstgesetzte Ziele präzise zu steuern. Theoretisches Wissen und analytisch-planerische Fähigkeiten sind erforderlich, um geeignete Ziele auszuwählen. Die Umsetzung der geplanten Interventionen

gelingt jedoch nur, wenn die Therapeutin/ der Therapeut in der Lage ist, das eigene Verhalten differenziert wahrzunehmen und zu regulieren. *Selbstkontrolle* ist dann erforderlich, wenn zwei Verhaltenstendenzen konflikthaft miteinander konkurrieren (vgl. Kanfer, Reinecker und Schmelzer, 1996), z. B. wenn persönliche automatisierte Reaktionsmuster zugunsten professioneller für den Patienten hilfreicher Verhaltensweisen aufgegeben werden müssen.

Die Bedeutung der Fähigkeit zur Selbstregulation ist insbesondere mit Blick auf die Gestaltung der therapeutischen Interaktion bedeutsam. Die Qualität der therapeutischen Beziehung ist einer der wichtigsten und am besten untersuchten Prädiktoren für den Therapieerfolg. Eine gute Therapiebeziehung gilt als notwendige Bedingung für die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen (Grawe, 1998; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996; Margraf & Brengelmann, 1991) und ist das Ergebnis spezifischer Interventionen seitens der Therapeutin/ des Therapeuten. Eine Fülle von Studien belegt unter anderem die Bedeutung eines engagierten, glaubwürdigen und sicheren Auftretens des Therapeuten, von Empathie und Verständnis für die Anliegen des Patienten, sowie einer warmen und wertschätzenden Haltung (Beutler, Crago & Arzimendi, 1986; Beutler, Machado & Allstetter-Neufeldt, 1994; Horvarth & Symonds, 1991; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky & Howard, 1986). Patientinnen/ Patienten, die motiviert und aktiv mit dem Therapeuten zusammenarbeiten, die offen ihre Gefühle ausdrücken und Sympathie für den Therapeuten empfinden, erzielen meist bessere Therapieergebnisse als Patientinnen/ Patienten, die sich defensiv verhalten, ein hohes Maß an Widerstand zeigen und denen es nicht gelingt, sich dem Therapeuten gegenüber zu öffnen (Orlinsky et al. 1994). Aufgabe des Therapeuten ist es, kooperatives Verhalten gezielt zu unterstützen und zu fördern und dem Patienten neue Beziehungserfahrungen zu ermöglichen.

Dabei sind zwei Aspekte besonders relevant:

- (1) Die Therapeutin/ der Therapeut muss ein angenehmes, emotional zugewandtes Klima schaffen, in dem der Patient sich angenommen und verstanden fühlt. Akzeptanz und Wertschätzung werden vor allem paraverbal und nonverbal vermittelt, z. B. durch die Stimmlage, zustimmendes Nicken, Blickkontakt, mimischen Ausdruck und Körperhaltung.
- (2) Die Therapeutin/ der Therapeut muss die Interaktion mit dem Patienten strukturieren und das Gespräch zielführend steuern. In der Verhaltenstherapie bedeutet das z. B., zu Beginn der Therapie gegenseitige Erwartungen zu klären, gemeinsam mit dem Patienten die wichtigsten Probleme und Therapieziele zu definieren, Erklärungskonzepte für Störung und Intervention glaubwürdig zu vermitteln und durch Verhaltensbeobachtungen und Übungen neue Handlungsperspektiven aufzuzeigen.

Zimmer, Zimmer und Wagner (1994) leiten wesentliche Merkmale therapeutischer Kompetenz aus den Anforderungen ab, die sich in unterschiedlichen Therapiephasen für die Therapeutin/ den Therapeuten ergeben: In der Anfangsphase der Therapie, in

der Beziehungsaufbau und Selbstverpflichtung des Patienten im Vordergrund stehen, kommt es darauf an, Hoffnung zu induzieren, empathisch auf den Patienten einzugehen und eigene Pläne einhalten zu können, ohne dabei rigide zu sein. Eine differenzierte Wahrnehmungsfähigkeit ist erforderlich, um eigene Reaktionen als Diagnostikum hinzuziehen zu können. Um in späteren Therapiephasen mit Widerständen und Krisen umgehen zu können, benötigen die Therapeutinnen/ Therapeuten neben der Bereitschaft und Fähigkeit zur Kooperation mit dem Patienten eine ausreichende Kritikfähigkeit. Methodisch transparentes Handeln erfordert es, dass eigene Standpunkte geklärt sind, sowohl im Hinblick auf einzelne therapeutische Methoden als auch im Hinblick auf die Krankheits- und Behandlungstheorie. Gegen Ende der Therapie, wenn der Therapeut sich in seiner Wichtigkeit für den Patienten zurückzunehmen muss, ist es notwendig, dass er ein klares Verständnis von der eigenen Helferrolle hat und fähig ist, Trennungen und Abschied – aber auch die Begrenztheit von Erfolgen – zu akzeptieren.

In ähnlicher Weise können besondere Anforderungen an die therapeutische Kompetenz bei der Behandlung verschiedener Störungsbilder oder bei der Anwendung bestimmter verhaltenstherapeutischer Methoden erarbeitet werden (vgl. z. B. Lindenmeyer (1997) für die Behandlung von Suchtkranken).

Bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung müssen jedoch nicht nur Therapiephase und Störungsbild, sondern auch individuelle Eigenarten der Patientin/ des Patienten gezielt berücksichtigt werden (*komplementäre Beziehungsgestaltung*; Grawe, 1992). In der Regel ist es notwendig, gegenläufige Behandlungsprinzipien zu beachten und so in Balance zu bringen, dass es den Bedürfnissen der Patientin/ des Patienten am besten entspricht (z. B. Unterstützung gewähren vs. Autonomie fördern, konfrontieren vs. Schonraum bieten; vgl. Zimmer, 1983). Entscheidend ist dabei die Frage der richtigen Indikation: Wann hilft welcher Patientin/ welchem Patienten mit welchem Störungsbild welches Interaktionsangebot?

Gute Selbstregulationsfähigkeiten sind nicht nur mit Blick auf ein differenziertes Interaktionsverhalten in der Therapie entscheidend, sondern auch erforderlich, damit es Therapeutinnen und Therapeuten gelingt, mit den Belastungen, die der therapeutische Beruf mit sich bringt, angemessen umzugehen. Belastungen bei der psychotherapeutischen Arbeit ergeben sich nach Reimer (1996, 1997) vor allem auch aus den Besonderheiten der Therapeut-Patient-Beziehung (z. B. Bedrohung der Grenzen und Integrität des Therapeuten durch grenzgestörte Patienten; Verpflichtung, eine kooperative Arbeitsbeziehung gegen Widerstände aufrechtzuerhalten; begrenzte Erfolgserlebnisse). Er weist darauf hin, dass die körperlichen und psychischen Folgen dieser Dauerbelastung (Burnout-Syndrom, vgl. Fengler, 1994) zu deutlichen Arbeitsstörungen führen können. Diese basieren vor allem auf einer Verletzung des Abstinenzgebots durch die Therapeutin/ den Therapeuten als Ausdruck einer gestörten Empathie und können vom narzisstischen bis zum sexuellen Missbrauch der Abhängigkeit von Patientinnen und Patienten reichen. Auch empirisch ist belegt, dass wenig belastete,

psychisch gesunde Therapeutinnen und Therapeuten bessere Behandlungsergebnisse erzielen (Beutler, Crago, Arizmendi, 1986; Beutler, Machado & Allstetter-Neufeldt, 1994; Parloff, Waskow & Wolfe, 1978).

Ethisch verantwortungsvolles therapeutisches Handeln erfordert es, dass Therapeutinnen und Therapeuten die Grenzen der eigenen Belastbarkeit wahrnehmen und beachten. Sie müssen in der Lage sein, eigene Bewältigungsressourcen zu erkennen und angemessen einzuschätzen und sich bei Bedarf professionelle Unterstützung (fachlicher Austausch mit Kolleginnen und Kollegen, Supervision, Eigentherapie) und/oder soziale Unterstützung außerhalb des beruflichen Kontextes zu verschaffen.

2.3 Vermittlung und Erwerb therapeutischer Kompetenzen

„Even those who view psychotherapy as more of an art than a skill can acknowledge that most artists have benefited from being taught.“ (Halgin & Murphy, 1995; S. 441)

In den folgenden Abschnitten geht es um die Frage, wie therapeutische Kompetenzen, d. h. die Fähigkeiten, die notwendig sind, um psychische Störungen erfolgreich zu behandeln, möglichst effektiv vermittelt werden können. Empirisch hinreichend belegt ist, dass therapeutisches Basisverhalten (offene Fragen formulieren, Gefühlsäußerungen aufgreifen, Empathie zeigen, Probleme genau explorieren, etc.) trainierbar ist (vgl. Bootzin & Ruggill, 1988). Während theorievermittelnde Seminare lediglich den Wissensstand der Auszubildenden verbessern, sind Trainingsprogramme, die didaktische Elemente wie Anleitung, Modellvorgabe und Feedback kombinieren, geeignet, auch komplexere therapeutische Verhaltensweisen (z. B. Problemdefinition, Zielformulierung, Interpretation psychometrischer Tests) zu vermitteln (vgl. Alberts & Edelstein, 1990).

Der Vergleich verschiedener Trainingsmethoden zeigt, dass das Modelllernen eine der effektivsten Formen der Vermittlung sozialer und therapeutischer Fertigkeiten ist (Halgin & Murphy, 1995; Matarazzo & Garner, 1992; Matarazzo & Patterson, 1986). Besonders wirksam ist es zudem, wenn den angehenden Therapeutinnen/ Therapeuten ausreichend Gelegenheit gegeben wird, neue Verhaltensweisen z. B. in Rollenspielen einzuüben. Binder (1993) fasst die Literatur dahingehend zusammen, dass sich strukturierte didaktische Ansätze in Kombination mit erfahrungsbezogenen Trainingselementen als überlegen erwiesen haben, vor allem wenn sie von der Vermittlung einfacher Fertigkeiten zu immer komplexeren Handlungen fortschreiten.

Bisher zu wenig untersucht wurde, in welchem Umfang und mit welchem Erfolg die erlernten Fertigkeiten in der therapeutischen Praxis umgesetzt werden. Allerdings belegt eine Meta-Analyse von Stein und Lambert (1995) einen mäßigen, aber konsistenten Zusammenhang zwischen der Dauer der therapeutischen Ausbildung und der Wirksamkeit der durchgeführten Therapien. Therapeutinnen/ Therapeuten, die länger in Ausbildung waren, erzielten niedrigere Drop-out-Raten und hielten die Patientinnen/ Patienten etwas länger in der Therapie. Ihre Patienten waren zufriedener

(mittlere Effektstärke: .27) und erreichten eine deutlichere Besserung ihrer Symptomatik (mittlere Effektstärke: .30).

Ausgearbeitete theoretische Konzepte zur Förderung therapeutischer Kompetenz liegen vor allem für die Supervision vor. Auch die empirische Forschung ist – trotz immer wieder geäußerter Kritik am methodischen Vorgehen (zusammenfassend Ellis et al., 1996) – in diesem Bereich vergleichsweise weit fortgeschritten. Untersucht wurden unter anderem die Bedeutung der Interaktion zwischen Supervisor/in und Supervidierten und persönliche Merkmale der Supervidierten (vgl. Rzepka-Meyer, 1997; Frank, 1999b).

Antworten auf die Frage, *wie* Lernen in der Therapieausbildung grundsätzlich ange-regt und unterstützt werden kann, lassen sich gut aus Modellen der Entwicklung therapeu-tischer Kompetenz und Modellen der sozialen Beeinflussung in der Supervision ableiten. Wichtige Anhaltspunkte bieten darüber hinaus allgemeinspsychologische Konzepte und Befunde zur Entstehung beruflicher Expertise.

2.3.1 Entwicklungsmodelle

Der Erwerb therapeutischer Kompetenz wird häufig aus entwicklungspsychologi-scher Perspektive beschrieben. Entwicklungsmodelle beschreiben, welche Entwick-lungsstufen oder –phasen Therapeutinnen/ Therapeuten während der Ausbildung durchlaufen, und wie sich ihr Bedürfnis nach Anregungen mit zunehmender therapeu-tischer Kompetenz verändert (z. B. Hogan, 1964; Loganbill, Hardy & Delworth, 1982; Skovholt & Rønnestad, 1992; Stoltenberg & Delworth, 1987; Überblick bei Rzepka-Meyer, 1997). Aufgabe der Supervisorin/ des Supervisors ist es, den Entwicklungs-stand der Supervidierten zu erkennen und das Supervisionsangebot auf deren wechselnde Bedürfnisse abzustimmen. Die entwicklungspsychologische Perspektive impliziert, dass Anregungen nur dann gewinnbringend aufgegriffen und umgesetzt werden, wenn sie dem individuellen Entwicklungsstand der Supervidierten entspre-chen (Konzept der Passung).

Übereinstimmend gehen die verschiedenen Entwicklungsmodelle davon aus, dass gerade unerfahrene Therapeutinnen/ Therapeuten in besonderem Maße von einer direkten Anleitung ihrer therapeutischen Arbeit und von den Möglichkeiten des Modelllernens profitieren. Empirische Belege stützen diese Auffassung (Binder, 1993; Holloway, 1992; Stoltenberg & Delworth, 1987; Rzepka-Meyer, 1997). Den Modell-annahmen entsprechend benötigen Anfänger/innen darüber hinaus ein hohes Maß an emotionaler Unterstützung, da sie sich in der Therapeutenrolle noch nicht sicher fühlen und ihre therapeutische Kompetenz nicht angemessen einzuschätzen wissen. Zentral für die weitere Entwicklung der Therapeutinnen/ Therapeuten ist die Ausbildung eines persönlichen Arbeitsstils und einer klaren professionellen Identität. Für die Superviso-rin/ den Supervisor heißt das, die Supervidierten immer wieder auf ihre therapeuti-schen Stärken aufmerksam zu machen, sie aber auch in nicht überfordernder Weise

mit ihren therapeutischen Schwächen zu konfrontieren. Aus entwicklungspsychologischer Sicht ist es für den Kompetenzerwerb ganz entscheidend, für ein ausgewogenes Verhältnis zwischen ressourcenorientierter Validierung (Förderung der therapeutischen Sicherheit) und problemorientierten Herausforderungen (Konfrontation mit noch bestehenden Defiziten) zu sorgen, da auf diese Weise der Übergang zur nächsten Entwicklungsstufe angeregt wird.

Befunde der Gießener Arbeitsgruppe (Rzepka-Meyer, 1997; Rzepka-Meyer, Frank & Vaitl, 1998) bestätigen entwicklungspsychologische Modellannahmen, machen aber auch auf die besondere Bedeutung der Mitarbeiters- und Reflexionsbereitschaft der Supervidierten aufmerksam. Erwartungsgemäß ist der Gewinn durch die Supervision für diejenigen Therapeutinnen und Therapeuten größer, die sich bereitwillig der dialogischen Zusammenarbeit stellen, eine hohe Lernbereitschaft mitbringen und nach aktivierenden Denkanstößen suchen. Die Studie von Rzepka-Meyer (1997) zeigt auch, dass mit zunehmender therapeutischer Sicherheit die Lern- und Kritikbereitschaft ebenso wie das Bedürfnis nach Denkanstößen und Kompetenzerweiterung im Verlauf einer dreijährigen Ausbildung etwas nachlassen. Dies kann als Ausdruck einer zunehmend selbständigen Arbeitsweise und einer wachsenden Autonomie als Therapeut/in verstanden werden.

2.3.2 Modelle der sozialen Beeinflussung

Versteht man Selbsterfahrung (bzw. Supervision) als Prozess, in dem die Beteiligten ihre Erfahrungen, Sichtweisen und Kenntnisse miteinander austauschen, wird deutlich, dass der Reflexions- und Kommunikationsbereitschaft der Teilnehmer/innen eine zentrale Bedeutung zukommt (vgl. dazu Altstetter Neufeld, Karno & Nelson, 1996; Caroll, 1997). Auch in den Modellen der sozialen Beeinflussung wird dieser Aspekt betont (Dixon & Claiborn, 1987; Dorn, 1985). Kompetenzerwerb wird hier als eine durch dialogische Arbeit herbeigeführte Einstellungs- und Verhaltensänderung konzipiert. Dabei kommt der Ausübung sozialer Macht (*social power*) seitens der Supervisorin/ des Supervisors maßgebliche Bedeutung zu. Modellgemäß werden Anregungen und Vorschläge von den Supervidierten dann aufgegriffen, wenn sie der Supervisorin/ dem Supervisor in hohem Maße Expertise (*expert power*) zuschreiben und sie/ ihn zugleich als sympathisch-attraktiv (*referent power*) und vertrauenswürdig erleben. Aufgabe des Supervisors ist es, dies bei der Gestaltung der Supervisionsbeziehung zu beachten und interaktiv umzusetzen. Das bedeutet einerseits, dass durch Strukturierungshilfen, Feedback und Anleitung eigenes Wissen und fachliche Kompetenzen demonstriert werden müssen. Andererseits sollte die Supervisorin/ der Supervisor den Supervidierten ein therapeutisches und persönliches Modell bieten, mit dem sie sich identifizieren können. Sozialpsychologische Untersuchungen lassen darüber hinaus den Schluss zu, dass eine Einstellungs- und Verhaltensänderung durch soziale Beeinflussung mit größerer Wahrscheinlichkeit dann erfolgt, wenn die Supervisorin/ der Supervisor den Supervidierten

- die Notwendigkeit von Verhaltensänderungen angemessen aufzeigt,
- die durch Verhaltensänderungen zu erzielenden Gewinne verdeutlicht,
- positive Erwartungen bezüglich vorhandener Veränderungsfähigkeit weckt und
- dazu anregt, sich selbst genügend Zeit für die Entwicklung therapeutischer Kompetenzen einzuräumen (Dixon & Claiborn, 1987).

Die den Modellen der sozialen Beeinflussung zugrundeliegende Annahme, dass eine gute Supervisionsbeziehung die Basis einer lernförderlichen Supervision darstellt, wurde durch eine Reihe empirischer Studien bestätigt (Allen, Szollos & Williams, 1986; Dodenhoff, 1981; Heppner & Handley, 1981; Heppner & Roehlke, 1984; Worthen & McNeill, 1996).

2.3.3 Allgemeinpsychologische Modelle der Entstehung beruflicher Expertise

Im Vergleich zu Novizinnen/ Novizen zeichnen Expertinnen/ Experten sich durch Merkmale wie eine umfangreiche und engmaschig vernetzte Wissensbasis, einen reichen Erfahrungsschatz mit domänenspezifischen Anforderungen, herausragenden Erfolg beim Bearbeiten von Problemen, Effizienz der Handlungen, Fehlerfreiheit, metakognitive Kontrolle über die Tätigkeiten innerhalb der jeweiligen Domäne, usw. aus (vgl. Gruber & Mandl, 1996). Die Expertiseforschung, die sich vor allem mit gut definierten Domänen (Schachspielen, Programmieren, etc.) beschäftigt, ging lange Zeit stillschweigend von einer engen Verknüpfung zwischen der Verfügbarkeit detaillierter domänenspezifischer Kenntnisse (deklaratives Wissen) und Expertise aus. Gerade für schlecht definierte Domänen steht jedoch außer Frage, dass die Förderung des Kompetenzerwerbs sich nicht auf eine systematische Wissensvermittlung beschränken darf. Hinzukommen müssen Lernerfahrungen, die es erlauben, das erworbene Wissen in kompetentes Handeln umzusetzen.

a) Reflektierte Erfahrung

Anderson (1982, 1987; zitiert nach Gruber & Mandl, 1996) konzipiert die Entstehung beruflicher Expertise als dreistufigen Prozess: Zunächst wird *deklaratives Wissen* erworben, z. B. durch Unterricht oder Textstudium, dieses wird durch Problemlösen im Feld in *prozedurales Wissen* überführt (Ableitung von handlungsleitenden Regeln). Erst dann kann durch Wiederholung *Handlungsroutine* entstehen.

Auch Gruber (1999) weist ausdrücklich auf die Bedeutung praktischer Erfahrung für die Entstehung beruflicher Expertise hin. Dabei versteht er Erfahrung nicht rein quantitativ als Dauer der Beschäftigung mit einem Gegenstandsbereich sondern als „Teilnahme an episodischen Erlebnissen, die eine hohe subjektive Bedeutsamkeit aufweisen und zu aktiven Prozessen der Wissenskonstruktion beitragen“ (S. 255). Berufliche Expertise ist ein Ergebnis der reflexiven Anwendung von Wissen. Eine Studie von Rzepka-Meyer, Frank und Vaitl (1999) bestätigt, dass die Entwicklung therapeutischer Kompetenzen vor allem durch solche Erfahrungen gefördert wird, die zu einer

vertiefenden kognitiv-emotionalen Auseinandersetzung mit therapeutischen Problemen veranlassen.

Als zentrale Lernmechanismen nennt Gruber (1999) Lernen durch Generalisierung und Lernen durch die Analyse von Fehlern. In Instruktionsmodellen wie dem des fallbasierten oder situierten Lernens werden diese Lernmechanismen gezielt genutzt (vgl. Gruber & Mandl, 1996).

b) Selbstgesteuertes Lernen

Unbestritten ist in der Expertiseforschung zudem die immense Bedeutung gezielten Übens für die Entstehung von Expertise (*deliberate practice*; Ericsson, Krampe & Tesch-Römer, 1993). Ericsson und Charness (1994) fassen die bisherigen Befunde dahingehend zusammen, dass Menschen, die in der Lage sind, außergewöhnliche Leistungen zu erbringen, ihre Fähigkeiten in der Regel seit mindestens zehn Jahren intensiv trainieren. Die Autoren weisen zudem darauf hin, dass Training und Arbeit sich hinsichtlich ihrer Zielsetzung deutlich unterscheiden. Arbeit kann zwar Lernprozesse anregen, ist als Lernumgebung jedoch alles andere als optimal, da meist nicht nur ein präzises Feedback fehlt, sondern auch ein korrigierendes Wiederholen nicht möglich ist.

Glaser (1996) unterscheidet drei Phasen der Entstehung von Expertise. Zu Beginn sind externe Unterstützung und Förderung seitens der Eltern, der Lehrer/innen oder Trainer/innen ausschlaggebend (*external support*). In der anschließenden Übergangsphase (*transition*) ist das Schüler-Lehrer-Verhältnis im Sinne des Modelllernens zwar immer noch von großer Bedeutung, hinzu kommt jedoch der Erwerb selbstregulatorischer Fertigkeiten und die Identifikation bzw. Entwicklung eigener Leistungskriterien. In der letzten Phase (*self-regulation*) steht die Lernumgebung ganz unter der Kontrolle des lernenden Individuums als werdender Experte. In dieser Phase sind vor allem eine effektive Selbstbeobachtung und Selbstinstruktion als Lernmechanismen relevant. Selbstgesteuertes Lernen erfordert sowohl klare Schemata für die Planung, Evaluation und Anpassung von Handlungen als auch die Bereitschaft und Fähigkeit, gezielt Situationen aufzusuchen und zu nutzen, in denen das eigene Handeln durch andere bewertet wird.

Bereiter und Scardamalia (1986) bezeichnen deshalb eine Person, der es gelingt, in Kürze Expertise zu erwerben, als „relative expert“ („being an expert at becoming an expert“). Sie erachten es für notwendig, nicht nur domänenspezifisches Wissen und Fertigkeiten zu vermitteln, sondern auch die Fähigkeit zu fördern, selbstgesteuert zu lernen („learning how to learn“).

2.4 Ergebnismerkmale verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung

Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung soll einen spezifischen Beitrag zur Ausbildung therapeutischer Fertigkeit- und Fähigkeiten leisten, der den theoretischen

Wissenserwerb und die Praxisanleitung durch Supervision sinnvoll ergänzt. Im Detail wird die Zielsetzung verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung jedoch kontrovers diskutiert. Dabei geht es zum einen um das Gleichgewicht zwischen Kennenlernen und Verändern des eigenen Erlebens und Verhaltens, zum anderen um das Verhältnis von beruflicher und persönlicher Weiterentwicklung.

Manteufel und Schiepek (1994) formulieren als übergeordnetes Ziel verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung, eigenes und fremdes Handeln besser zu verstehen sowie den eigenen Möglichkeitsraum zu erfahren und zu erweitern. Aus ihrer Sicht bedeutet Selbsterfahrung, zunächst auf jede Veränderungsabsicht zu verzichten. Vorrangig sei die Akzeptanz des eigenen Gewordenseins, aus dem die persönlichen Ressourcen und der persönliche Stil der Therapeutin/ des Therapeuten erwachsen. Diese Auffassung vertritt auch Caspar (1994), wenn er betont, Selbsterfahrung solle es den Auszubildenden in erster Linie ermöglichen, eigene Potenziale und Grenzen kennenzulernen. Erst, wenn daraus Einschränkungen der therapeutischen Fähigkeiten erwachsen, solle Selbsterfahrung nicht nur auf die Klärung persönlicher Eigenarten sondern auch auf deren Veränderung abzielen. Die Grenzen zwischen Analyse und Modifikation individueller Erlebens- und Verhaltensmuster vor dem Hintergrund der eigenen Biographie sind jedoch fließend, insbesondere wenn berücksichtigt wird, dass eine Verbesserung des therapeutischen Handelns angestrebt wird.

Noch ist umstritten, ob verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung sich auf die Förderung beruflicher Kompetenzen beschränken oder auch die persönliche Entwicklung der angehenden Therapeutinnen/ Therapeuten unterstützen sollte.

Schmelzer (1998) fordert, dass verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung deutliche Bezüge zur klinischen Tätigkeit aufweisen müsse, und lehnt eine Selbsterfahrung ab, die in erster Linie das persönliche Wachstum der angehenden Therapeutinnen fördert. Die persönliche Entwicklung sollte seiner Auffassung nach nur in dem Maße unterstützt werden, wie es für eine verantwortungsvolle Ausübung des Berufs des Therapeuten erforderlich ist. Das Wohlbefinden der Therapeutinnen/ Therapeuten sollte „allenfalls sekundäres Ziel oder ein günstiger Begleiteffekt“ (S. 60) verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung sein. Als Hauptziele der Selbsterfahrung nennt Schmelzer (1994a) (1) das Begrenzen von Risiken, die durch die Person des Therapeuten in den Therapieprozess einfließen (z. B. mangelhafte diagnostisch-therapeutische Kompetenzen, ineffektive interpersonale Kommunikation, dysfunktionale persönliche Motive, akute und chronische persönliche Probleme, Verletzung ethisch-berufsständischer Normen) und (2) das Registrieren, Weiterentwickeln und gezielte Nutzen eigener Stärken und Ressourcen.

Ähnlich wie Schmelzer (1998), der das „beruflich relevante Selbst“ von anderen Aspekten des Selbst unterscheidet, trennt auch Hippler (1994) zwischen der Person des Therapeuten und der Therapeutenrolle. Er zieht jedoch gegenteilige Schlussfolgerungen. Aus seiner Sicht schränkt ein zielorientiertes – auf die Rolle des Therapeuten

beschränktes – Vorgehen das entwicklungsförderliche Potential der Selbsterfahrung ein. Er vertritt den Standpunkt, dass die angehenden Therapeutinnen/ Therapeuten in der Selbsterfahrung primär die Möglichkeit erhalten sollten, sich als unverwechselbare Person zu erleben, um dann zu reflektieren, wie dadurch ihre individuelle Ausgestaltung der Therapeutenrolle beeinflusst wird. Auch Zimmer, Zimmer und Wagner (1994) halten eine ausschließlich zielorientierte Selbstreflexion nicht für ausreichend. Mit der Annahme, ein Therapeut komme mit seinen Patientinnen/ Patienten nicht weiter als er selbst gekommen sei, gehen sie sogar davon aus, dass die persönliche Entwicklung des Therapeuten eine *notwendige* Voraussetzung wirksamer therapeutischer Tätigkeit ist. Damit ungelöste Lebensthemen den therapeutischen Prozess nicht unkontrolliert beeinflussen, sollten im Rahmen der Selbsterfahrung auch persönliche Belastungen und Probleme bearbeitet werden, die sich aus der Biographie der Therapeutinnen/ Therapeuten ergeben. Nur so könnten diese später auch als Ressource gezielt genutzt werden. Als wesentliches Ziel verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung benennen Zimmer, Zimmer und Wagner (1994) die Förderung von emotionaler Stabilität, kognitiver Differenzierung und einem flexiblen Verhaltensrepertoire. Sie übertragen die von Kanfer (1961) formulierten Grundziele jeder Therapie auf die Selbsterfahrung. Erreicht werden soll sowohl eine kognitiv-emotionale Änderung im Erleben der eigenen Person und der Umwelt als auch die Entwicklung eines neuen reiferen Verhaltens in der Auseinandersetzung mit der Umwelt.

Andere Autoren, z. B. Lieb et al. (1998) und Scobel (1996), lehnen eine Trennung von „beruflichem Selbst“ und „privatem Selbst“ als künstlich und wenig hilfreich ab. Um die Einflüsse aus der Person des Therapeuten auf den therapeutischen Prozess zu verstehen, sei es notwendig, beide Perspektiven miteinander zu verbinden. Caspar (1998) weist darauf hin, dass therapeutisches Handeln und die Gestaltung der Therapiebeziehung eng mit der vor-professionellen Lerngeschichte zusammenhängen, d. h. mit biographisch erworbenen kognitiv-emotionalen Schemata und Verhaltensmustern. Auch aus seiner Sicht ist es deshalb weder sinnvoll noch möglich, zwischen beruflichem und privatem Selbst zu unterscheiden. Er empfiehlt, die konkreten Erfahrungen der Auszubildenden bei der Durchführung von Therapien als Ausgangsmaterial der Selbsterfahrung zu nutzen. Ebenso wie für Schmelzer (1998) sind für Caspar (1998) private Erfahrungen und Erinnerungen nur in sofern relevant, als sie Bezüge zur therapeutischen Tätigkeit aufweisen. Gleichzeitig gibt er zu bedenken, dass eine Selbsterfahrung, die mit der therapeutischen Tätigkeit nichts zu tun hat, aber der Therapeutin/ dem Therapeuten zu einem befriedigendem Leben verhilft, eine hochspezifische Wirkung auf die therapeutische Kompetenz haben kann, indem sie dazu beiträgt, dass die Therapeutin/ der Therapeut die Therapien nicht dazu benutzt, persönliche Bedürfnisse zu befriedigen. Empirische Befunde, die person- oder praxisbezogenen Selbsterfahrungsprogrammen den Vorzug geben, liegen bisher nicht vor (vgl. Abschnitt 6.2).

Mit den in der Literatur diskutierten Zielen und Funktionen verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung hat sich insbesondere Laireiter (1994a) intensiv befasst (vgl. Tabelle 2.2). Der von ihm zusammengestellte Zielkatalog ist so umfassend, dass sicher nicht alle genannten Ziele in vollem Umfang im Rahmen einer zeitlich begrenzten Selbsterfahrung erreicht werden können.

Tabelle 2.2: Ziele und Funktionen von Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie (Laireiter, 1994a, S. 262 ff.)

1. *Didaktische Funktionen:*

- Kennenlernen des verhaltenstherapeutischen Prozesses und Settings
- Kennenlernen verhaltenstherapeutischer Methoden
- Kennenlernen der Klientenrolle und ihrer Erfahrungswelt
- Kennenlernen der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie
- Erwerb von Empathie und Verständnis für menschliche Probleme i.a. und bei Klienten im besonderen
- Kennenlernen von Widerständen gegenüber Veränderung

2. *Therapeutische Funktionen:*

- Kennenlernen eigener Problem- und Belastungsbereiche und deren Veränderung
- Bearbeitung ungelöster Lebensprobleme
- Abbau negativen Umgangs mit sich und anderen Menschen
- Erlernen von Selbstakzeptanz und Unabhängigkeit von der Verstärkung anderer
- Aufbau kompetenten Beziehungs- und Interaktionsverhaltens
- Abbau von Ängsten und Unsicherheiten in sozialen Situationen
- Befriedigung von Therapiebedürfnissen und Eigentherapie (bei Bedarf)

3. *Selbstreferentielle und selbstreflexive Funktionen:*

- Kennenlernen und Reflexion der eigenen Person, ihres Selbstbildes und ihrer Lebensgeschichte, die zur Herausbildung bestimmter Einstellungen und Verhaltensmuster geführt hat
 - Kennenlernen und Reflexion der Wirkung der eigenen Person und des eigenen Verhaltens auf andere Menschen (im allgemeinen wie auch in der therapeutischen Situation)
 - Kennenlernen und Analysieren der eigenen Position in sozialen Beziehungen und Gruppen sowie in der eigenen Familie
 - Kennenlernen und Reflexion eigenen Verhaltens und dessen Grenzen in komplexen sozialen Systemen
 - Analyse und Reflexion eigener Problem- und Belastungsbereiche (sensible Lebensbereiche)
 - Kennenlernen und Reflexion eigener zentraler Verhaltensmuster, interaktioneller Pläne und kognitiv-emotionaler Schemata (im Allgemeinen und für das therapeutische Arbeiten im Besonderen)
 - Kennenlernen und Reflexion eigener Schwächen und Stärken, eigener Ressourcen und Potenzen (i. A. und für die therapeutische Arbeit im Besonderen)
 - Analyse und Reflexion der Motivation zum Therapeutenberuf und der Helfer-Rolle
 - Erwerb einer differenzierten Selbstbeobachtungsfähigkeit und Selbst- und Fremdbeobachtung
 - Erwerb von Sensibilität für eigene Gefühle, Gedanken, Verhaltensweisen und Verhaltensmuster
 - Reflexion und Analyse persönlicher Anteile am therapeutischen Geschehen, insbesondere bei schwierigen Therapiesituationen und Problemen in der Therapie
 - Erkennen und Reflexion von Einstellungen und Erwartungen in bezug auf die therapeutische Arbeit mit bestimmten Patienten(gruppen)
 - Kennenlernen von Präferenzen für und Widerstände gegenüber bestimmten Klienten(typen), Methoden und Themen in der Therapie
 - Reflexion der Therapeut-Patient-Beziehung
-

Fortsetzung

4. Präventive Funktionen:

- Abbau von Ängsten, Widerständen und Unsicherheiten in der therapeutischen Situation i.a. und bei bestimmten Themen im besonderen
- Kennenlernen und Reflexion unausgelebter dysfunktionaler Motive und Bedürfnisse in der Therapie und deren Abbau
- Erlernen von Kontrolle über das eigenen Verhalten im therapeutischen Prozeß
- Abbau von negativen und destruktiven Interaktions- und Verhaltensmustern i.a. und in der Therapie im besonderen
- Abbau von therapeutischem Überengagement und von Überforderung der eigenen Person und von Klienten in der Therapie
- Prävention von Burn-out

5. Edukative Funktionen:

- Aufbau der Fähigkeit, mit eigenen Problemanteilen konstruktiv, vor allem in der Therapie, umzugehen
- Erlernen der Fähigkeit, in der Therapie ohne die unmittelbare Verstärkung durch Klienten zu agieren
- Erwerb von Sensibilität für eigene Gefühle, Gedanken, Verhaltensweisen und Verhaltensmuster in der Therapie
- Erwerb der Fähigkeit, eigene Gefühle und Gedanken als Hinweisreize und Signale in therapeutischen Prozeß einzusetzen
- Erwerb von Sensibilität für emotionale und Interaktionsphänomene
- Erwerb der Fähigkeit, Interaktionsangebote von Klienten zu durchschauen
- Aufbau und Erweiterung interaktiver therapeutischer Fertigkeiten
- Erwerb eines offenen und problemfreien Umgangs mit den eigenen und den Emotionen von Klienten
- Erlernen von Selbstöffnung
- Erwerb von Systemkompetenz
- Erlernen von Selbstreflexion und einer selbstreflexiven Grundhaltung im therapeutischen Handeln

Die Frage, welche Prioritäten zu setzen sind und an welchen Zielen vorrangig gearbeitet werden sollte, wird derzeit sehr unterschiedlich beantwortet. Dies spiegelt sich in einer heterogenen Praxis verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung wider (vgl. Abschnitt 3.2). Viele der für die verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung genannten Ziele und Funktionen lassen sich jedoch unter dem Stichwort „Verbesserung der Selbstregulationsfähigkeit“ zusammenfassen: Angehende Therapeutinnen/ Therapeuten sollen lernen, ihr Verhalten im Hinblick auf (therapeutisch sinnvolle) selbstgesetzte Ziele zu steuern.

- Die *Auswahl geeigneter Ziele* erfordert ein umfangreiches theoretisches Wissen, das in der Ausbildung auch in Form von handlungsleitenden Regeln vermittelt werden sollte. Im Rahmen der Selbsterfahrung soll die Bereitschaft und die Fähigkeit gefördert werden, in der therapeutischen Situation persönliche Bedürfnisse zurückzustellen und persönliche automatisierte Reaktionsmuster zugunsten professioneller, für den Patienten hilfreicher Verhaltensweisen aufzugeben.
- Eine differenzierte Selbstregulation setzt ausgeprägte *Wahrnehmungsfertigkeiten* voraus, sowohl im Hinblick auf das Verhalten des Patienten (nonverbales und

verbales Verhalten, Interaktionsangebote) als auch im Hinblick auf die eigene Person (Registrieren der eigenen Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen, um diese als Signale im therapeutischen Prozess zu nutzen). Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung soll die Sensibilität und das Verständnis der angehenden Therapeutinnen/ Therapeuten für die Reaktionen ihrer Patientinnen/ Patienten und ihre eigenen Reaktionen schulen. Sie sollen lernen, persönliche Anteile am therapeutischen Geschehen wahrzunehmen, insbesondere in schwierigen Therapiesituationen und bei Problemen in der Therapie. Das erfordert eine genaue Kenntnis der eigenen zentralen kognitiv-emotionalen und interaktionellen Schemata und Verhaltensmuster sowie der persönlichen Stärken und Schwächen (vor allem mit Blick auf die therapeutische Tätigkeit). Eigene Erfahrungen mit der Patientenrolle und mit Änderungsprozessen (z. B. im Rahmen einer Eigentherapie oder Selbstmodifikation) sollen es den Auszubildenden erleichtern, sich in ihre Patientinnen/ Patienten und deren Schwierigkeiten (Selbstöffnung, Ambivalenz, Widerstand, etc.) einzufühlen (Förderung der Empathiefähigkeit).

- Notwendig ist zudem ein flexibles *Verhaltensrepertoire* (non- und paraverbale Interventionen zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung, patientengerechte Umsetzung therapeutischer Methoden), das im Rahmen der Selbsterfahrung systematisch trainiert und erweitert werden soll. Langfristiges Ziel ist die Entwicklung eines eigenen therapeutischen Stils, bei dem persönliche Ressourcen gezielt genutzt werden.
- Die Selbstregulation steht unter dem *Einfluss von Motiven, Emotionen und individuellen Normen* (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996). Diese Einflussfaktoren sollen in der Selbsterfahrung dem Bewusstsein zugänglich gemacht und reflektiert werden. Die angehenden Therapeutinnen/ Therapeuten sollen z. B. dysfunktionale Motive und Bedürfnisse im Hinblick auf die Therapie hinterfragen und abbauen. Gefördert werden soll auch ihre Fähigkeit, die Emotionen ihrer Patientinnen/ Patienten und eigene Emotionen auszuhalten und offen mit ihnen umzugehen. Zudem sollen sie sich im Rahmen der Selbsterfahrung mit ethischen Normen aber auch mit individuellen Wertungen (Ansprüche an die eigene Leistungsfähigkeit, Ansprüche an Patientinnen/ Patienten, persönliche Werthaltungen bezüglich des Verhaltens von Patientinnen/ Patienten, etc.) und mit persönlichen Grenzen auseinandersetzen.
- Die Fähigkeit zur Selbstregulation ist nicht nur im Hinblick auf die therapeutische Tätigkeit selbst relevant, sondern auch im Hinblick auf die *professionelle und persönliche Entwicklung* nach Abschluss der Ausbildung. Nach Scobel (1996, S. 69) zielt Selbsterfahrung darauf ab, einen „langfristigen Prozess der Selbstbeobachtung, Introspektion, der Selbstöffnung, der Selbstreflexion sowie der Selbstoffenbarung in Gang zu setzen“. Die Bereitschaft und Fähigkeit der angehenden Therapeutinnen/ Therapeuten ihr therapeutisches Handeln kontinuierlich selbstkritisch zu reflektieren soll ebenso gefördert werden die Bereitschaft und Fähigkeit zu

selbstgesteuertem Lernen. Die Fähigkeit zur Selbstregulation ist zudem zur Aufrechterhaltung des eigenen Wohlbefindens und zur Verhinderung von Burnout-Phänomenen erforderlich (therapeutische Funktion von Selbsterfahrung). Lieb et al. (1998) betonen darüber hinaus, dass die Auszubildenden nicht nur einen eigenen therapeutischen Stil entwickeln und damit in ihrer beruflichen Tätigkeit freier und autonomer werden sollen, sondern im Rahmen der Selbsterfahrung ein grundlegendes verantwortungsvoll-kritisches Bewusstsein entwickeln sollen, das es ihnen ermöglicht, bei der Gestaltung ihrer Ausbildung aktiv mitzuwirken und zur Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie beizutragen.

2.5 Prozessmerkmale verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung

Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung wird vielfach als eine Form des Lernens verstanden, die nicht auf der kognitiven Ebene, sondern auf der Verhaltensebene ansetzt (Döring-Seipel, Schüler & Seipel, 1994, 1995). Laireiter und Elke (1994b, S. 2) definieren Selbsterfahrung als „direkt erlebte und kognitiv reflektierte Erfahrung mit sich selbst und entsprechende kognitive Strukturen und Wissen über sich selbst als Bestandteil des Selbstkonzepts“. Sie machen mit dieser Definition auf zwei Aspekte von Selbsterfahrung aufmerksam, die auch von anderen Autoren (z. B. Schmelzer, 1998) als wesentlich erachtet werden:

- (1) Selbsterfahrung setzt unmittelbares Erleben im Sinne einer Aktivierung aller Verhaltensebenen voraus.
- (2) Selbsterfahrung beinhaltet zudem die Reflexion und kognitive Verarbeitung des Erlebten.

Nach Zimmer, Zimmer und Wagner (1994) bedeutet Selbsterfahrung, die eigenen *zentralen* deskriptiven und motivationalen Schemata kennenzulernen und – falls erforderlich – zu modifizieren. Die emotionale Beteiligung ist ein Indikator für die subjektive Relevanz der bearbeiteten Themen und damit aus ihrer Sicht eine notwendige – nicht schon hinreichende – Bedingung für Selbsterfahrung. Hinzu kommt, dass wesentliche Erkenntnis- und Veränderungsprozesse mit spürbaren Gefühlen einhergehen (Problemaktualisierung und Ressourcenaktivierung).

Intensive Gefühle können Lernprozesse begünstigen, z. B. wenn sie unerwartet auftreten und festgefügte Überzeugungen in Frage stellen oder indem sie nachhaltig in Erinnerung bleiben. Caspar (1998) weist jedoch zurecht darauf hin, dass heftige Emotionen auch zu einer persönlichen Verunsicherung führen können, die eine konstruktive Verarbeitung des Erlebten erschwert. Empirisch kann die Frage, welche Gefühlsintensität bei welcher Person unter welchen Bedingungen Lernprozesse in optimaler Weise stimuliert, derzeit nicht beantwortet werden.

Die Einbeziehung aller Verhaltensebenen soll neue Erfahrungen (Wahrnehmungen, Empfindungen) ermöglichen und die Integration der daraus resultierenden Erkenntnisse in die bestehende kognitive Struktur unterstützen (Schmelzer, 1998). Verhal-

tenstherapeutische Selbsterfahrung beschränkt sich damit nicht darauf, bei den Auszubildenden intensive Emotionen hervorzurufen. Stattdessen sollen die angehenden Therapeutinnen/ Therapeuten im Rahmen der Selbsterfahrung lernen, eigene emotionale und kognitive Prozesse sensibler wahrzunehmen und zu steuern. Die Reflexion der Bedeutung der gemachten Erfahrungen für die eigene Person und für die therapeutische Tätigkeit hat im Rahmen verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung einen hohen Stellenwert.

Ein weiterer Aspekt, der im Zusammenhang mit verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung viel Beachtung findet, ist die Interaktion zwischen Selbsterfahrungsleiter/in und Auszubildenden. Die Beobachtung einer erfahrenen Therapeutin/ eines erfahrenen Therapeuten bei der Arbeit im Einzel- oder Gruppensetting, soll durch Modelllernen den Erwerb minimaler oder undefinierter Verhaltensmerkmale unterstützen. Auf seiten der Auszubildenden steht zunächst die Identifikation mit der Selbsterfahrungsleiterin/ dem Selbsterfahrungsleiter und die Nachahmung dieser Verhaltensmerkmale, später deren Modifikation und die Anpassung an den eigenen therapeutischen Stil im Vordergrund.

Scobel (1996) betont zudem, dass angehende Therapeutinnen/ Therapeuten auf ein qualifiziertes Feedback von Fachleuten oder Kolleginnen/ Kollegen angewiesen sind und lernen müssen, sich dieser Konfrontation zu stellen. Damit die Auszubildenden das erhaltene Feedback konstruktiv verarbeiten, muss (a) eine kooperative Arbeitsbeziehung geschaffen werden und (b) auf seiten der Auszubildenden eine ausreichende Motivation, neue Anregungen anzunehmen und umzusetzen gegeben sein. Dies gilt umso mehr, als gezieltes Üben und eine fehlerkritische, korrigierende Reflexion des eigenen beruflichen Handelns als eine notwendige Voraussetzung für die Aneignung und Verbesserung therapeutischer Fähigkeiten darstellen. Jeder Änderungsprozess erfordert viel Engagement und Eigeninitiative. Auch insofern kommt der Mitarbeitsbereitschaft der Auszubildenden eine zentrale Bedeutung zu (Caspar, 1998; Lieb, 1998a).

2.6 Kritik

Grundlegende Kritik an dem sich trotz aller Divergenzen abzeichnenden Konzept verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung wird vor allem von Ringler (1980, 1994, 1996) geübt. Sie hebt hervor, dass der Begriff Selbsterfahrung ebenso wie die diskutierten Ziele und Funktionen von Selbsterfahrung im Rahmen der Verhaltenstherapie-Ausbildung die Therapiebedürftigkeit angehender Therapeutinnen/ Therapeuten leugnet. Damit werde das Machtgefälle zwischen „krankem“ Patient und „gesundem“ Therapeut zementiert. Persönliche Lernprozesse würden in der Selbsterfahrung, so wie sie derzeit in der Verhaltenstherapie-Ausbildung verstanden und praktiziert wird, funktionalisiert, d. h. dem Kompetenzerwerb untergeordnet. Sie macht darauf aufmerksam, dass den meisten Selbsterfahrungskonzepten einseitige Vorstellungen von einer wünschenswerten Therapeutenpersönlichkeit zugrundeliegen. Zudem kritisiert

sie eine mangelnde Ressourcenorientierung verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung, bei der persönliche Probleme übersehen und nicht fruchtbar gemacht werden.

Aber auch andere Autoren bringen Argumente gegen eine generelle Verpflichtung zur Selbsterfahrung im Rahmen der Verhaltenstherapie-Ausbildung in die Diskussion ein (Laireiter, 1998b; Lange, 1994; Schmelzer, 1996).

Insbesondere Lange (1994) weist darauf hin, dass Veränderungen nicht erzwungen werden können. Selbsterfahrung sei nur möglich, wenn die Auszubildenden die Bereitschaft zur Selbstreflexion und Selbstveränderung mitbrächten. Gerade bei gravierenden Problemen (z. B. Verletzung von ethischen Normen) könne eine ausreichende Bereitschaft, das eigene Verhalten kritisch zu reflektieren, nicht vorausgesetzt werden. Es sei nicht davon auszugehen, dass der betroffene Therapeut ein solches Problem im Rahmen der Selbsterfahrung anspreche. Lange (1994) bezweifelt zudem, dass die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Methoden demonstriert werden kann, solange kein echter Leidensdruck besteht. Gleichzeitig äußert er die Befürchtung, die angehenden Therapeutinnen/ Therapeuten könnten ihre persönlichen Erfahrungen übergeneralisieren.

Eine weitere Gefahr, die im Zusammenhang mit Selbsterfahrung immer wieder thematisiert wird, ist, dass die intensive Beschäftigung mit sich selbst die Aufmerksamkeit der angehenden Therapeutinnen/ Therapeuten von ihren Patientinnen/ Patienten ablenken kann. Insbesondere Schmelzer (1994) verweist darauf, dass Selbsterfahrung unter Umständen unkritisch „konsumiert“ wird, d. h. als Selbstzweck oder im Sinne einer beruflich irrelevanten Wachstumsideologie ad infinitum verstanden wird.

Ein zentrales Argument, das vor allem gegen die Durchführung von Eigentherapien angeführt wird, ist, dass deren Wirksamkeit mit Blick auf die therapeutische Kompetenz der Auszubildenden und die Effektivität der durchgeführten Therapien empirisch nicht belegt ist (Lange, 1994; vgl. auch Abschnitt 5.1). Gleiches gilt für die verhaltenstherapeutische Gruppenselbsterfahrung. Caspar (1994, 1998) weist darauf hin, dass die Psychotherapieforschung gezeigt habe, dass gute Therapieergebnisse auch ohne systematische Selbsterfahrung während der Therapieausbildung erbracht werden konnten.

Legt man die von Fengler (1984) diskutierten Qualitätsmerkmale für Selbsterfahrung in der Erwachsenenbildung zugrunde, zeichnet sich jedoch ein deutlich positiveres Bild verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung ab:

Trotz noch bestehender Defizite gibt es ein deutliches Bemühen, Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung in theoretischer wie in praktischer Hinsicht wissenschaftlich zu begründen. Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung beschränkt sich nicht darauf, in kurzer Zeit eine starke Emotionalisierung zu evozieren. Stattdessen sollen durch die systematische Reflexion emotional bedeutsamer Erfahrungen Lernprozesse initiiert werden, die es den Auszubildenden erlauben, vertraute Handlungsabläufe (im beruflichen und/ oder privaten Umfeld) neu und angemessener zu

gestalten. Kritisch anzumerken ist, dass für die Selbsterfahrung bislang vor allem Richt- und Grobziele formuliert wurden, eine Ausarbeitung der Zielsetzung auf der Ebene von operationalisierbaren und damit überprüfbareren Feinzielen jedoch weitgehend fehlt. Diese Feinziele können teilweise aus dem praktischen Vorgehen in der Selbsterfahrung erschlossen werden, d. h. aus den bearbeiteten Inhalten und den Methoden die in der Selbsterfahrung zum Einsatz kommen. Dabei wird jedoch deutlich, dass sie sich im Vergleich zu Richt- und Grobzielen eher bescheiden ausnehmen.

2.7 Fazit

Die kompetente Durchführung von Therapien erfordert mehr als ein umfangreiches theoretisches Wissen. Entscheidend ist, wie dieses Wissen handelnd umgesetzt wird. Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung, die – wie alle Autorinnen und Autoren betonen – während der gesamten beruflichen Entwicklung kontinuierlich relevant bleibt, soll den Erwerb von prozeduralem Wissen fördern und die Fähigkeit zur Selbstregulation verbessern. Ziel ist es, das therapeutische Handeln durch die systematische Reflexion individueller Erlebens- und Verhaltensweisen zu optimieren. Im Zentrum der Aufmerksamkeit steht dabei die Person der Therapeutin/ des Therapeuten. Insbesondere mit Blick auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung soll die verhaltenssteuernde Wirkung der eigenen zentralen Schemata dem Bewusstsein zugänglich und damit kontrollierbar gemacht werden.

Theoretische Modelle und empirische Befunde machen auf die besondere Bedeutung des Modelllernens, des gezielten Übens und der Reflexion subjektiv bedeutsamer Erfahrungen für den Erwerb therapeutischer Kompetenzen aufmerksam. Die gewinnbringende Verarbeitung von Rückmeldungen wird durch eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zwischen Lernenden und Lehrenden und die Anpassung der Vermittlungspraxis an die Bedürfnisse und den Kompetenzstand der Auszubildenden begünstigt. Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung zielt darauf ab, diese Aspekte didaktisch umzusetzen.

Es liegt auf der Hand, dass angehende Therapeutinnen und Therapeuten während ihrer Ausbildung nicht *alle* Fertigkeiten erwerben können, um *jedes* therapeutische Problem erfolgreich zu lösen. Ein weiteres Anliegen verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung ist es deshalb, die Bereitschaft und Fähigkeit zu Selbstreflexion und lebenslangem Lernen zu fördern.

3 Praktische Umsetzung: Methoden und Inhalte verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung

Selbsterfahrung ist neben der praktisch-therapeutischen Tätigkeit unter Supervision und theorievermittelnden Seminaren ein eigenständiges Element der Verhaltenstherapie-Ausbildung, das bereits vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) in allen deutschsprachigen Curricula für Verhaltenstherapie fest verankert war (vgl. Laireiter, 1994). Derzeit beträgt der gesetzlich geforderte zeitliche Umfang 120 Stunden. Inhaltliche Vorgaben werden vom Gesetz nicht gemacht, so dass in den verschiedenen Ausbildungsinstituten unterschiedliche Formen verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung realisiert werden. Diese Vielfalt ist angesichts der Tatsache, dass die Diskussion und Evaluation verschiedener Selbsterfahrungskonzepte gerade erst begonnen hat, als vorteilhaft zu bewerten.

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über wesentliche Charakteristika der Methoden und Inhalte bislang publizierter verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrungskonzepte. Zur Klärung der strukturellen Rahmenbedingungen werden zunächst Grenzen und Überschneidungen zwischen Selbsterfahrung und anderen Ausbildungselementen, insbesondere Supervision und Eigentherapie, erörtert. Anschließend werden typische Settings, allgemeiner Aufbau und inhaltliche Schwerpunkte verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung dargestellt. Ausführlichere Angaben zur Gestaltung der Selbsterfahrung und Beschreibungen einzelner Übungen finden sich in den Herausgeberwerken von Laireiter und Elke (1994) und Lieb (1998b), sowie bei Döring-Seipel, Schüler und Seipel (1994), Mackinger (1995), Schmelzer (1994b) und Ubben (1995).

3.1 Rahmenbedingungen

3.1.1 Selbsterfahrung und Supervision

Die Grenzen zwischen Selbsterfahrung und Supervision sind fließend (vgl. Manteufel & Schiepek, 1994; Seipel & Döring-Seipel, 1998). Beide Ausbildungselemente zielen darauf ab, durch Anleitung zur Reflexion eigener beruflicher Erfahrungen die Entwicklung therapeutischer Kompetenzen zu fördern.

Viele Selbsterfahrungsprogramme beinhalten Übungen und Rollenspiele mit supervisionsähnlichem Charakter, die die angehenden Therapeutinnen/Therapeuten zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Erleben und Handeln in schwierigen Therapiesituationen anregen. Dabei gilt die Aufmerksamkeit in erster Linie der Person des Therapeuten, d. h. seinen Gefühlen, Gedanken und Verhaltensmustern. Die Wirkung auf den Patienten und dessen Reaktionen sind nur sekundär bedeutsam.

Anders als in der Selbsterfahrung steht die Fallarbeit im Mittelpunkt der verhaltenstherapeutischen Ausbildungssupervision. Die (wiederholte) Erarbeitung von

Lösungen für Probleme bei der Durchführung von Therapien dient Anfängerinnen und Anfängern in erster Linie als Praxisanleitung und soll Fortgeschrittene dabei unterstützen, einen eigenen therapeutischen Stil zu auszubilden. Nach Rappe-Gieseke (1990) umfasst Supervision neben der Fallarbeit die Bereiche Institutionsanalyse (Analyse des Arbeitsumfelds) und Selbstthematisierung. Lieb (1994) entwickelte ein verhaltenstherapeutisches Supervisionsmodell, das eine systematische Integration dieser Bereiche in die Fallarbeit vorsieht. Dabei orientiert sich das „Hauptprogramm“ der Supervision an den Problemlöseschritten nach D’Zurilla und Goldfried (1971) und Konzepten der Selbstmanagement-Therapie nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1991). Ausgehend von der spezifischen Fragestellung der Supervidierten werden fallbezogene Lösungen erarbeitet, die schrittweise in die Praxis umgesetzt werden (Transfer). In jeder Phase des „Hauptprogramms“ kann auf eines von fünf „Unterprogrammen“ umgeschaltet werden, wenn die Bewältigung anstehender Probleme nicht erwartungsgemäß gelingt. Als „Unterprogramme“ nennt Lieb (1994) die *Therapieanweisung* (wenn der Supervidierte seiner Verantwortung für den Patienten nicht gerecht wird, z. B. ethische Normen verletzt), das *Verhaltenstherapie-Teaching* (wenn das Problem auf Wissenslücken des Supervidierten zurückzuführen ist), die *Interaktionsanalyse* (wenn das Problem auf einer Beziehungsproblematik zwischen Supervidiertem und Patient beruht), die *Kontextanalyse* (wenn das Problem im Arbeits- oder Ausbildungskontext angesiedelt ist) und die *Selbstreferenz*. Gegenstand der Selbstreferenz kann sowohl die Person des Supervidierten als auch die Zusammenarbeit mit der Supervisorin/ dem Supervisor sein, z. B. Bewertungsängste und Erwartungen des Therapeuten an sich selbst, emotionale Reaktionen auf Patientinnen/ Patienten oder persönliche Belastungen durch die therapeutische Tätigkeit bzw. solche, die sie beeinträchtigen. Das Umschalten zwischen „Hauptprogramm“ und „Unterprogramm“ sollte möglichst transparent gehandhabt werden, da es von Supervisor/in und Supervidierten einen vorübergehenden Rollenwechsel erfordert. Der Supervisor tauscht die Rolle des erfahrenen kollegialen Beraters bei einem Verhaltenstherapie-Teaching oder bei einer Therapieanweisung gegen die Rolle des verantwortlichen Lehrers ein und übernimmt in der Selbstreferenz eine therapeutenähnliche Rolle. Von den Supervidierten wird erwartet, dass sie – auf der Basis einer kooperativen Arbeitsbeziehung – komplementäres Rollenverhalten zeigen.

Während die supervisionsintegrierte Selbsterfahrung in erster Linie zur Lösung spezifischer fallbezogener Probleme beitragen soll und durch diese Zielvorgabe begrenzt wird, zielt die Auseinandersetzung mit schwierigen Therapiesituationen im Rahmen des Ausbildungselements Selbsterfahrung auf eine fallübergreifende Klärung und Modifikation der persönlichen Besonderheiten therapeutischen Handelns ab.

3.1.2 Selbsterfahrung und Eigentherapie

Die Meinungen darüber, in welchem Umfang Selbsterfahrung im Rahmen der Verhaltenstherapie-Ausbildung therapeutische Funktionen erfüllen sollte, gehen

auseinander. Im Mittelpunkt der Diskussion steht zum einen die Frage, ob eine Eigentherapie eine notwendige Voraussetzung für verantwortungsvolles therapeutisches Handeln und die Ausübung des Therapeutenberufs darstellt, und zum anderen die Frage nach der Therapiebedürftigkeit der angehenden Therapeutinnen/ Therapeuten.

Obwohl psychisch gesunde Therapeutinnen/ Therapeuten nachweislich bessere Behandlungsergebnisse erzielen (Beutler, Crago, Arizmendi, 1986; Beutler, Machado & Allstetter-Neufeldt, 1994), kann die Frage, in welchem Umfang psychische Belastungen bei Therapeutinnen/ Therapeuten tolerierbar sind, bislang nicht auf der Basis empirischer Befunde beantwortet werden (vgl. Abschnitt 5.1). In der Regel wird deshalb eine *Verpflichtung* zur Eigentherapie abgelehnt, eine Eigentherapie auf freiwilliger Basis oder bei entsprechender Indikation, d. h. bei Vorliegen gravierender und damit behandlungsbedürftiger persönlicher Probleme, jedoch befürwortet (z. B. Lieb et al., 1998; Schmelzer, 1996, 1998).

Selbsterfahrung und Eigentherapie haben ebenso wie Selbsterfahrung und Supervision unterschiedliche Funktionen im Rahmen der Gesamtausbildung. Die Selbsterfahrung zielt darauf ab, dass die Auszubildenden charakteristische Merkmale ihres therapeutischen Handelns erleben, reflektieren und gegebenenfalls modifizieren. In der Eigentherapie werden überwiegend persönliche Probleme und Schwierigkeiten bearbeitet, denen auch außerhalb des beruflichen Kontextes Bedeutung beigemessen wird. Damit dient die Eigentherapie nur *mittelbar* der therapeutischen Kompetenzentwicklung.

Nach Lehr (1994) sollte eine Eigentherapie vor allem die psychische Stabilität und damit die berufliche Belastbarkeit der angehenden Therapeutinnen fördern. Zimmer, Zimmer und Wagner (1994) befürworten eine die Selbsterfahrung ergänzende Eigentherapie zur umfassenden Bearbeitung von Themen und Problemen, die während der Ausbildung und in der therapeutischen Arbeit auftreten, und als systematische Hilfe bei persönlichen Änderungsprozessen. Andere Autoren gehen in ihren Forderungen deutlich darüber hinaus und treten für eine Eigentherapie ein, die auf eine intensive Reflexion der Persönlichkeit des Therapeuten abzielt und damit zu grundlegenden Veränderungen veranlasst als dies im Rahmen einer Gruppenselbsterfahrung möglich ist (Hippler, 1994a; Laireiter, 1994a, 1998; Laireiter & Fiedler, 1996).

Die Frage, ob eine Eigentherapie in erster Linie der Klärung oder der Modifikation persönlicher Verhaltensmuster dienen sollte, wird jedoch kontrovers diskutiert. Abgelehnt wird insbesondere eine Pathologisierung der angehenden Therapeutinnen/ Therapeuten (Manteufel und Schiepek, 1994). Caspar (1994) hebt hervor, dass die Bearbeitung persönlicher Probleme für die Entwicklung therapeutischer Kompetenz irrelevant ist, wenn es sich um Pseudo-Probleme handelt, die von den Auszubildenden aus „Verlegenheit“ (d. h. ohne echten Leidensdruck) in die Eigentherapie eingebracht werden. Aus seiner Sicht sollte die Analyse individueller Beziehungsmuster und die

Auseinandersetzung mit der persönlichen Beziehungsgestaltung im Mittelpunkt von Eigentherapien stehen, um die Auszubildenden nicht in die Rolle des „problembehafteten Patienten“ zu drängen.

Auch Lieb et al. (1998) betonen die Unterschiede zwischen Eigentherapien und Therapien zur Behandlung psychischer Störungen. Sie weisen darauf hin, dass die angehenden Therapeutinnen/ Therapeuten nicht nur weniger therapiebedürftig sind, sondern auch die Erwartungen an ihre Mitarbeitsbereitschaft und Kooperationsfähigkeit über die Erwartungen an Patientinnen/ Patienten hinausgehen (auch hinsichtlich Introspektionsfähigkeit, Empathiefähigkeit, etc.).

Je nach Konzeption können Selbsterfahrung und Eigentherapie mehr oder weniger klar voneinander abgegrenzt werden. In der Selbsterfahrung werden überwiegend berufsbezogene Themen bearbeitet bzw. Bezüge zwischen persönlicher Problematik und therapeutischer Tätigkeit explizit thematisiert. In Eigentherapien wird in stärkerem Maße das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit der angehenden Therapeutinnen fokussiert, die als wesentlicher Bestandteil bzw. Voraussetzung für die Entwicklung therapeutischer Kompetenz betrachtet wird.

3.1.3 Einzel- und Gruppenselbsterfahrung

Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung wird bevorzugt im Gruppensetting durchgeführt. Die Gruppen bestehen in der Regel aus 10 bis 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die gleichzeitig mit der Ausbildung begonnen haben. Bezüglich der Durchführungsmodalitäten überwiegen Blockveranstaltungen an mehreren Wochenenden. Fortlaufende Selbsterfahrungsgruppen und Blockveranstaltungen, die mehr als zwei Tage dauern, stellen eine Ausnahme dar.

Die Gruppe wird genutzt, um die Auszubildenden mit einer Vielfalt anderer Perspektiven zu konfrontieren, Fremd- und Selbstwahrnehmung zu vergleichen und die konstruktive Verarbeitung von Rückmeldungen zu fördern (Schmelzer 1998; Zimmer, Zimmer und Wagner, 1994). Besondere Lernanreize bietet eine Gruppe auch bei der Durchführung von Rollenspielen (verschiedene Modelle, Möglichkeit, die Beobachterrolle einzunehmen, etc.). Zudem kann die Gruppe als Spiegel individueller Beziehungsmuster und als Experimentierfeld für neues Interaktionsverhalten dienen.

Bei der Durchführung der Selbsterfahrung im Gruppenkontext müssen jedoch auch einige Nachteile in Kauf genommen werden (Lehr, 1994): Für den Einzelnen steht weniger Zeit zur Verfügung und Teilnehmer/innen, denen es schwerfällt, sich vor ihren Kolleginnen und Kollegen zu öffnen, können sich auf die Beobachterrolle zurückziehen und sich so der Selbsterfahrung entziehen. Von einigen Autoren wird deshalb eine ergänzende Einzelselbsterfahrung befürwortet. Zum Beispiel verlangt Hippler (1994a) als Voraussetzung für die Teilnahme an der ihm angebotenen Gruppenselbsterfahrung eine eigentherapeutische Einzelselbsterfahrung im Umfang von 30 Sitzungen. Ubben (1995, 1998) sieht eine Einzelselbsterfahrung im Umfang

von 20 Stunden im Anschluss an ein Selbstmodifikationsprogramm vor, das im Gruppensetting durchgeführt wird. Hier zielt die Einzelselbsterfahrung darauf ab, die Bedeutung der Ergebnisse der Selbstmodifikation und der Gruppenarbeit für die eigene therapeutische Tätigkeit zu erarbeiten. Anhand von Videoaufnahmen einzelner Therapiesitzungen werden Eigenarten der persönlichen Arbeitsweise analysiert und Strategien erarbeitet, wie die in der Gruppenselbsterfahrung identifizierten Stärken gezielt in der verhaltenstherapeutischen Arbeit genutzt und Schwächen ausgeglichen werden können.

Empirische Befunde, die einem bestimmten Setting eindeutig den Vorzug geben liegen bisher nicht vor (vgl. Abschnitt 5.2).

3.1.4 Integration von Selbsterfahrung in die Gesamtausbildung

Die Frage, in welchem Ausmaß Selbsterfahrung in die Gesamtausbildung integriert werden sollte, hat vor allem Lieb (1994; vgl. auch Lieb et al., 1998) ausführlich erörtert.

Da Selbsterfahrung auf seiten der Auszubildenden die Bereitschaft erfordert, wichtige emotionale Erfahrungen offenzulegen, wird in den meisten Ausbildungsinstituten viel Wert darauf gelegt, dass die Selbsterfahrung in geschütztem Rahmen durchgeführt wird, d. h. die Leiterin/ der Leiter der Selbsterfahrung ist vom Ausbildungsinstitut weitgehend unabhängig und hat keine konkurrierenden Rollen inne (z. B. als Supervisor/in oder Prüfer/in). Dies gilt in besonderem Maße für personorientierte Selbsterfahrungsprogramme. Gleichzeitig birgt eine strikte Trennung zwischen Selbsterfahrung und anderen Ausbildungselementen die Gefahr, dass ein Ausbildungsinstitut seiner Verantwortung im Umgang mit schwierigen oder ungeeigneten Ausbildungsteilnehmerinnen und –teilnehmern nicht gerecht wird.

Eine engere thematische und strukturelle Anbindung der Selbsterfahrung an die Gesamtausbildung bietet den Vorteil, dass die Selbsterfahrung an professioneller Relevanz gewinnt (z. B. indem Probleme einzelner Teilnehmerinnen/ Teilnehmer, die in der Supervision deutlich werden, in der Selbsterfahrung aufgegriffen werden können). Sie erlaubt zudem eine systematische Integration von Erkenntnissen, die im Rahmen von Selbsterfahrung, Supervision und theorievermittelnden Seminaren gewonnen wurden, und fördert so die ganzheitliche professionelle Entwicklung der Auszubildenden. Hinzu kommt, dass Selbsterfahrung, wenn sie eine Reflexion der eigenen Lernprozesse und der gegebenen Lernbedingungen (am Arbeitsplatz und in der Ausbildung) einschließt, zu einer Optimierung der Ausbildung beitragen kann.

3.2 Methodisches Vorgehen und inhaltliche Schwerpunkte

3.2.1 Allgemeiner Aufbau

Laireiter (1998) unterscheidet vier Modelle von Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung:

- (1) *Selbstmodifikation*, d. h. Selbsterfahrung als Selbstanwendung verhaltenstherapeutischer Methoden;
- (2) *Eigentherapie* und *personbezogene Selbsterfahrung*, die darauf abzielt, persönliche Probleme der Therapeutin/ des Therapeuten zu bearbeiten und Charakteristika seiner Beziehungsgestaltung zu analysieren, ohne dass Bezüge zur therapeutischen Tätigkeit explizit hergestellt werden;
- (3) *praxisbezogene Selbsterfahrung*, bei der das Erleben und Verhalten der Therapeutin/ des Therapeuten in der professionellen Rolle im Zentrum der Aufmerksamkeit steht und
- (4) *kontextbezogene Selbsterfahrung* (Manteufel & Schiepek, 1994), die sich primär auf die Analyse und Reflexion der institutionellen und sozialen Rahmenbedingungen der therapeutischen Arbeit konzentriert.

In der Regel sind verhaltenstherapeutische Selbsterfahrungsprogramme jedoch multimodal aufgebaut und beinhalten in unterschiedlichem Umfang Elemente aus allen genannten Bereichen. Methodisch und inhaltlich bestehen insofern weitgehende Überschneidungen zwischen den verschiedenen Selbsterfahrungskonzepten. Obwohl oft diskutiert, ist selbst eine eindeutige Differenzierung von person- und praxisbezogener Selbsterfahrung meist nicht möglich. Während z. B. Hippler (1994) als Befürworter von personbezogener Selbsterfahrung die Frage „Wie erfahre ich mich selbst als unverwechselbare Person durch mich und andere, und wie wird dadurch meine Rolle als Therapeutin beeinflusst?“ ins Zentrum stellt, formulieren Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996) als Vertreter eines praxisbezogenen Selbsterfahrungskonzepts die folgende Kernfrage: „Welche Einflüsse aus meiner Lebensgeschichte oder meiner aktuellen Lebenssituation wirken sich derzeit mit bestimmter Regelmäßigkeit positiv oder negativ auf meine Art der Therapiedurchführung aus?“. Beide Fragen implizieren ein hohes Maß an Zielorientierung und Transparenz und stellen einen Bezug zwischen Selbsterfahrung und therapeutischer Tätigkeit her, der für alle verhaltenstherapeutischen Selbsterfahrungsprogramme charakteristisch ist.

Die meisten Selbsterfahrungsprogramme bestehen aus mehreren Abschnitten mit unterschiedlicher, zum Teil aufeinander aufbauender thematischer Ausrichtung. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der Gewichtung der Themenbereiche und auch bei der Auswertung einzelner Selbsterfahrungsübungen werden verschiedene Schwerpunkte gesetzt. Tabelle 3.1 zeigt im Überblick den typischen Aufbau und Inhalte verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung. In der Eingangsphase steht im Vordergrund, dass die

Teilnehmerinnen und Teilnehmer sich gegenseitig kennenlernen und eine vertrauensvolle und kooperative Arbeitsatmosphäre geschaffen wird. Anschließend werden in unterschiedlicher Form Eigenerfahrungen mit verhaltenstherapeutischen Methoden angeregt. In stärker personbezogenen Abschnitten der Selbsterfahrung werden die Auszubildenden bei der Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte unterstützt. Anschließend werden meist Bezüge zur therapeutischen Tätigkeit hergestellt. Dabei geht es in erster Linie um die Identifikation und Modifikation persönlicher Stärken und Schwächen bei der Durchführung von Therapien. Am Ende der Selbsterfahrung steht oft die Auseinandersetzung mit persönlichen Entwicklungszielen, um die angehenden Therapeutinnen/ Therapeuten zur eigenständigen Weiterentwicklung zu motivieren.

Tabelle 3.1: Typischer Aufbau und Inhalte verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung

Fokus	Themen
Eingangsphase: Schaffung einer vertrauensvollen und kooperativen Arbeitsatmosphäre	<ul style="list-style-type: none"> • Kennenlernen der Teilnehmer/innen • Klärung der gegenseitigen Erwartungen • Festlegen von Gruppenregeln • Klärung der Einstellungen zur Verhaltenstherapie und der Motive, sich für eine Verhaltenstherapie-Ausbildung zu entscheiden
Kennenlernen verhaltenstherapeutischer Methoden am eigenen Leib	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstmodifikation, z. T. im Rahmen einer Interventionspartnerschaft oder einer zieloffenen verhaltenstherapeutischen Gruppe • Eigenerfahrungen mit klassischen verhaltenstherapeutischen Methoden, z. B. Training sozialer Kompetenzen • persönliche Plananalyse
Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie	<ul style="list-style-type: none"> • Auseinandersetzung mit Herkunftsfamilie und Kindheits-erfahrungen • lerntheoretische Analyse der eigenen Lebensgeschichte • Identifikation biographischer Wendepunkte
Auseinandersetzung mit der professionellen Rolle und der therapeutischen Tätigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Auseinandersetzung mit dem professionellen Selbstbild • Identifikation und Modifikation beruflicher Stärken und Schwächen • Umgang mit schwierigen Therapiesituationen • Bevorzugung/ Ablehnung bestimmter Patientinnen und Patienten • Vorlieben für bestimmte verhaltenstherapeutische Methoden • Sensibilisierung für Kommunikationsmuster
Identifizieren von persönlichen Entwicklungszielen	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel- und Wertklärung • Psychohygiene/ Burnout-Prophylaxe

Unterschiede zwischen den Selbsterfahrungsprogrammen bestehen nicht nur hinsichtlich der Gewichtung der genannten Themenbereiche, sondern auch im Ausmaß der Strukturierung. Lieb et al. (1998) haben ein Selbsterfahrungsprogramm entwickelt, das sich durch eine enge Anbindung an das Curriculum auszeichnet, d. h. die Inhalte der Selbsterfahrung korrespondieren nach Möglichkeit mit den Inhalten der theorievermittelnden Seminare. Die Selbsterfahrung wird genutzt, um die Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Thema zu intensivieren. Dabei werden die vorgesehenen

Selbsterfahrungsübungen jedoch nicht als Pflichtprogramm absolviert. Die Autoren heben die Notwendigkeit hervor, genügend Raum für unstrukturierte Arbeitsphasen zu lassen, in denen gruppeninhärente, aktuelle Prozesse und persönliche Anliegen der Auszubildenden aufgegriffen werden können.

In anderen Selbsterfahrungsprogrammen wird auf eine verbindliche Festlegung der Selbsterfahrungsinhalte weitgehend verzichtet. Zum Beispiel beschreibt Mackinger (1995) in seinem „Praxismanual“ in loser Folge 60 Selbsterfahrungsübungen. Er macht zwar Angaben zu möglichen Lernzielen und gibt Anregungen für die Auswertung, nimmt jedoch keine inhaltliche Gruppierung der Übungen vor. Die Kursleiterin/der Kursleiter soll je nach aktueller Notwendigkeit eigene Schwerpunkte setzen (z. B. emotionale Verarbeitung, Kommunikationsmuster, Aspekte der technischen Durchführung einer therapeutischen Intervention). Welche Kriterien dabei handlungsleitend sein können, wird nicht ausgearbeitet. Der unverbindliche Charakter des „Praxismanuals“ spiegelt sich auch in der Bemerkung wider, die Kursleiterin/der Kursleiter könne einzelne Übungen aus dem Repertoire streichen, falls der Vorbereitungsaufwand „die persönliche Bequemlichkeitsschwelle“ (S. 15) überschreite.

Auch Schmelzer (1994a, 1998) legt die Inhalte der „Zielorientierten Selbstreflexion“ nicht bindend fest, sondern schlägt statt dessen eine breite Palette von 80 Themen vor, deren Bearbeitung ihm prinzipiell sinnvoll erscheint. Einige der genannten Themen werden in der Mehrzahl der Selbsterfahrungsprogramme bearbeitet (z. B. persönliche Stärken und Schwächen, eigene Erfahrungen mit therapeutischen Methoden, berufliche Ziele), andere Themen sind ausgefallener und ihr Bezug zur therapeutischen Tätigkeit ist nicht offensichtlich (z. B. Umwelt/ Ökologie, Krieg/ Frieden). Da eine empirisch begründete Themenauswahl derzeit nicht möglich ist, favorisiert Schmelzer (1994a) ein Vorgehen nach dem „Gießkannenprinzip“ („von jedem etwas“) (S. 50). An anderer Stelle (Schmelzer, 1994b, 1998; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996) grenzt er seine inhaltlichen Vorstellungen jedoch stärker ein (s. u.).

Im Ablauf der Selbsterfahrung können – unabhängig von den Inhalten – in der Regel zwei Schritte unterschieden werden (Schmelzer, 1998). Im ersten Schritt werden emotionale, kognitive und handlungsbezogene Schemata aktualisiert und damit der Bearbeitung zugänglich gemacht. Dabei kommt eine große Bandbreite von Selbsterfahrungsübungen zum Einsatz (Körperübungen, gelenkte Phantasien, strukturierte Rollenspiele, etc.), um die Teilnehmer/innen anzuregen, neue Erfahrungen zu machen bzw. sich an frühere Erfahrungen zu erinnern. Im zweiten Schritt werden diese Erfahrungen analysiert, reflektiert und bearbeitet. Ziel ist es, ihre Bedeutung für die therapeutische Arbeit, aber auch für die gegenwärtige persönliche Situation zu erfassen, und zu überlegen, welche Konsequenzen aus dem neuen Wissen über sich selbst gezogen werden können (vgl. Schmelzer, 1994). Die Auswertung der Selbsterfahrungsübungen erfolgt entweder in Kleingruppen oder im Plenum.

Hinsichtlich der Frage, ob im Rahmen der Selbsterfahrung ausschließlich verhaltenstherapeutische Methoden eingesetzt werden sollten, besteht Uneinigkeit. Insgesamt überwiegt die Einschätzung, dass die Auszubildenden die Stärken und Schwächen verhaltenstherapeutischer Methoden erleben und eine Verhaltenstherapeutin/ einen Verhaltenstherapeuten als Modell kennenlernen sollten (z. B. Lieb, 1994; Zimmer, Zimmer & Wagner, 1994). Caspar (1998) weist darauf hin, dass die Selbsterfahrung mit dem eigenen Therapieansatz auch zur Weiterentwicklung der zugrundeliegenden theoretischen Konzepte beitragen kann, gerade wenn Mängel der therapeutischen Methoden am eigenen Leib erfahren werden. Gleichzeitig ist unbestritten, dass die Auseinandersetzung mit Methoden anderer Therapieschulen die verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung sinnvoll ergänzt.

In den folgenden Abschnitten werden typische Methoden und Inhalte der in Tabelle 3.1 genannten Schwerpunktthemen verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung im Überblick dargestellt und durch Beispiele illustriert. Zudem werden Besonderheiten einzelner Selbsterfahrungsprogramme aufgezeigt.

3.2.2 Eingangsphase

Ubben (1995, 1998) schlägt vor, die Selbsterfahrung in Anlehnung an das 7-Phasen-Modell von Kanfer et al. (1996) zu strukturieren. In der Eingangsphase zielen die Selbsterfahrungsübungen darauf ab, günstige Ausgangsbedingungen zu schaffen, d. h. sie sollen es den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ermöglichen, sich gegenseitig kennenzulernen, und zum Aufbau einer vertrauensvollen und kooperativen Arbeitsatmosphäre beitragen. Er führt zu diesem Zweck die Übungen „wohlwollendes Hypothesieren“ und „Gruppenknoten“ durch, während Seipel (1998) die Übung „Marktplatz“ nutzt, um die Teilnehmer/innen miteinander in Kontakt zu bringen (vgl. Tabelle 3.2).

In vielen Selbsterfahrungsprogrammen werden in der Eingangsphase zudem die Erwartungen der Teilnehmer/innen an die Selbsterfahrung thematisiert und Regeln für die Zusammenarbeit in der Gruppe festgelegt (Lieb, et al., 1998; Mackinger, 1995; Ubben, 1995, 1998).

Ein ebenfalls häufig zu Beginn der Selbsterfahrung aufgegriffenes Thema sind die Einstellungen der Teilnehmer/innen zur Verhaltenstherapie und ihre Motive, sich für eine verhaltenstherapeutische Ausbildung zu entscheiden. Die Teilnehmer/innen sollen ihre therapeutische Sozialisation reflektieren und wesentliche Stationen auf ihrem Weg zur Verhaltenstherapie beschreiben. Sie werden angeregt, sich mit dem gängigen Image der Verhaltenstherapie bzw. mit ihrem Bild einer „typischen“ Verhaltenstherapeutin/ eines „typischen“ Verhaltenstherapeuten auseinanderzusetzen, sich positive und negative Aspekte der Verhaltenstherapie zu verdeutlichen und Bezüge zu den eigenen Motiven, Verhaltenstherapeut/in zu werden, herzustellen (Butschek & Werdigier, 1994; Hippler, 1994; Mackinger, 1995; Seipel, 1998).

Tabelle 3.2: Selbsterfahrungsübungen in der Eingangsphase

Übung	Durchführung	Auswertung	Autor
„wohlwollendes Hypothesieren“	Teilnehmer/innen formulieren positive Vermutungen und Eindrücke über andere Gruppenmitglieder, die anschließend ausgetauscht werden	Umgang mit Lob	Ubben (1995, 1998)
„Gruppenknoten“	Teilnehmer/innen stellen sich mit geschlossenen Augen im Kreis auf und berühren sich in der Kreismitte an den Händen; nach einer Wahrnehmungs- und Experimentierphase ergreifen sie eine Hand, öffnen die Augen und sollen versuchen, den Gruppenknoten zu lösen	Selbstwahrnehmung (persönliche Verhaltensmuster auf physiologischer, kognitiv-emotionaler und interaktioneller Ebene)	Ubben (1995, 1998)
„Marktplatz“	Teilnehmer/innen gehen zunächst schweigend umher und sollen sich dann in Vierer-Gruppen zusammenfinden, dabei jedoch nur non-verbal kommunizieren	Austausch in der Kleingruppe über die Kriterien der gegenseitigen Wahl	Seipel (1998)

3.2.3 Kennenlernen verhaltenstherapeutischer Methoden am eigenen Leib

In einer Reihe von Selbsterfahrungsprogrammen führen die Teilnehmer/innen im zweiten Abschnitt der Selbsterfahrung eine Selbstmodifikation durch (Crombach & Kinzl, 1994; Hippler, 1994a, 1998; Lieb et al., 1998; Seipel, 1998; Ubben, 1995, 1998). Um die Auszubildenden anzuregen, eigene problematische Verhaltensweisen aber auch persönliche Ressourcen zu identifizieren und vorläufige Änderungsbereiche festzulegen, werden Körperübungen, Übungen auf der kognitiv-emotionalen Ebene und interaktive Übungen genutzt. Die (Selbst-)Exploration findet häufig in Zweier-Gruppen oder als Einzelarbeit im Plenum statt. Anschließend werden aus einer umfassenden Verhaltens- und Problemanalyse Ziele und Strategien für die Selbstmodifikation abgeleitet.

Bei Crombach und Kinzl (1994) sollen die Teilnehmer/innen im Rahmen einer umfassenden schriftlichen Hausaufgabe mögliche Veränderungsziele in einer Vielzahl von Lebensbereichen aufspüren (Beruf, Familie, Freizeit, Umgang mit dem eigenen Körper, etc.) und hinsichtlich ihrer Wichtigkeit und mit Blick auf die jeweilige Änderungsmotivation bewerten. Lieb et al. (1998) führen zur Problemaktualisierung eine Körperübung zur Nähe-Distanz-Regulation, eine Entspannungs- und Imaginationübung zur Identifikation einer typischen eigenen Befindlichkeit sowie die Übung „Schiffsbesatzung“ durch, die die Auszubildenden zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Rollenverhalten in Gruppen anregt. Einen deutlich berufsbezogenen Schwerpunkt setzt Ubben (1995, 1998), indem er die Teilnehmer/innen in einer geleiteten Imagination dazu anregt, sich ihr Idealbild einer Verhaltenstherapeutin/ eines Verhaltenstherapeuten zu vergegenwärtigen und dazu passende eigene Ressourcen zu identifizieren. Caspar (1994) schlägt vor, dass die Teilnehmer/innen plananalytische

Fallkonzeptionen von sich selbst erarbeiten und in der Gruppe zur Diskussion stellen. Anschließend soll reflektiert werden, welche Pläne für die therapeutische Tätigkeit nützlich sind und welche Pläne sich im Umgang mit Patientinnen und Patienten schädlich auswirken könnten.

Seipel (1998) weist darauf hin, dass die Teilnehmer/innen eine große Bereitschaft zeigen, persönliche wie berufliche Probleme einzubringen, wobei die Grenzen zu behandlungsbedürftigen Störungen aus seiner Sicht fließend sind. Bei der Selbstmodifikation unterstützen die Teilnehmer/innen sich in der Regel gegenseitig, z. B. in sogenannten Intervisionspartnerschaften (Ubben, 1995, 1998). Meist werden die im Rahmen der Selbstmodifikation erzielten Veränderungen am Ende der Selbsterfahrung evaluiert, es werden Bezüge zur therapeutischen Arbeit hergestellt und der Gewinn für die persönliche und professionelle Weiterentwicklung verdeutlicht. Häufig wird im Sinne einer zukunftsorientierten Selbsterfahrung (Schmelzer, 1994b) der Blick zudem darauf gelenkt, welche weiteren Veränderungen die Auszubildenden anstreben und wie sie diese Veränderungen realisieren können.

Seipel (1998) und Mackinger (1995) setzen Übungen aus Trainings zur Verbesserung der sozialen Kompetenz ein (z. B. Mittelpunktübungen nach Wlazlo, 1995), um den Auszubildenden die Perspektive ihrer Patientinnen und Patienten nahezubringen und sie für die Besonderheiten verhaltenstherapeutischer Methoden zu sensibilisieren. Bei der Auswertung werden in erster Linie die durch die Übungen ausgelösten Gefühle fokussiert (Angst, Scham, Peinlichkeit vor den Übungen; Stolz und euphorische Gefühle nach den Übungen).

Eigenerfahrungen mit verhaltenstherapeutischen Methoden werden auch im Rahmen von gruppentherapeutisch ausgerichteten Selbsterfahrungsprogrammen angeregt. Roder (1994) führt Selbsterfahrungsgruppen durch, deren Struktur zieloffenen Verhaltenstherapiegruppen (Fiedler, 1986) gleicht und an Problemlösemodelle angelehnt ist. Die Inhalte der Selbsterfahrung werden nicht vorab festgelegt, sondern ergeben sich aus der Zusammenarbeit der Gruppe und den persönlichen Anliegen der Teilnehmer/innen. Individuell bedeutsame Themen werden intensiver bearbeitet, indem von der interaktionellen Arbeit zur Einzelarbeit in der Gruppe gewechselt wird. Dabei kommen in erster Linie verhaltenstherapeutische Methoden zum Einsatz. Anschließend werden Bezüge zur gegenwärtigen oder zukünftigen therapeutischen Tätigkeit aufgezeigt.

In Selbsterfahrungsprogrammen, die gruppentherapeutische Akzente setzen, werden häufig soziometrische Wahlen genutzt, um Gruppenprozesse zu stimulieren (Hippler, 1994a, 1994b; Roder, 1994). Roder (1994) schlägt eine Selbsterfahrungsübung vor, bei der jedes Gruppenmitglied eine „Wunschtherapeutin“/ einen „Wunschtherapeuten“ wählt und ihr/ ihm auf einer kleinen Bühne mitteilt, welche positiven Gründe zu dieser Entscheidung veranlasst haben. Bei der Auswertung stehen nicht die jeweiligen therapeutischen Stärken und Schwächen oder die Eignung als Verhaltenstherapeut/in im

Vordergrund, sondern Aspekte der Gruppendynamik. Die Teilnehmer/innen, die selten gewählt wurden, werden bei der Verarbeitung ihrer emotionalen Reaktion auf die erlebte Zurückweisung unterstützt.

Hippler (1994b, 1998) fordert die Teilnehmer/innen zu Beginn und am Ende der Selbsterfahrung auf, sich so im Raum zu verteilen, dass ihre Position die von ihnen empfundene Nähe bzw. Distanz zu den anderen Gruppenmitgliedern möglichst angemessen zum Ausdruck bringt. Anschließend soll begründet werden, warum die jeweilige Position gewählt wurde. Hippler (1994b, 1998) schlägt zudem eine Reihe von körperbezogenen Selbsterfahrungsübungen vor, die es den Auszubildenden ermöglichen sollen, zentrale persönliche Bedürfnisse – z. B. nach Geborgenheit und Sicherheit – wahrzunehmen und zu erforschen. Bei der Auswertung werden der Umgang mit unerfüllten Wünschen und Frustrationen aber auch die Fähigkeit fokussiert, die Unterstützung anderer anzunehmen. Bezüge zur therapeutischen Tätigkeit werden dabei nicht explizit thematisiert.

3.2.4 Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie

In vielen Selbsterfahrungsprogrammen wird in einem weiteren Abschnitt eine Auseinandersetzung mit der eigenen Herkunftsfamilie und mit lerngeschichtlich bedeutsamen Aspekten der eigenen Biographie angeregt.

Schmelzer (1994b, 1996) und Butschek und Werdigier (1994) lassen die Teilnehmer/innen eine lerntheoretische Analyse der eigenen Lebensgeschichte vornehmen. Reflektiert werden soll, welche Verhaltensmuster in der Kindheit verstärkt bzw. bestraft wurden und welche Vorbilder und Modelle das eigene Verhalten prägten. Mackinger (1995) schlägt eine Selbsterfahrungsübung vor, bei der die Teilnehmer/innen sich mit biographischen Wendepunkten auseinandersetzen, die sie als entscheidend für ihre psychische Entwicklung betrachten („Weichensteller“). Im Rahmen einer individuellen Verhaltensanalyse werden diese Episoden in das psychologische Begriffssystem eingeordnet (klassisches Konditionieren, Modelllernen, Reaktanzbildung, etc.). In einer weiteren Selbsterfahrungsübung werden die Teilnehmer/innen dazu angeregt sich auszumalen, wie ihr Leben aussähe, hätten ihre Eltern Eigenschaften gehabt, die den Eigenschaften ihrer realen Eltern entgegengesetzt sind. Bei der Auswertung werden Unterschiede zwischen der phantasierten und der realen Biographie beleuchtet und die Grenzen und Möglichkeiten des eigenen Gestaltungsspielraums reflektiert.

Seipel (1998) führt eine geleitete Imagination durch, um die Auszubildenden für persönlich bedeutsame Kindheitserfahrungen zu sensibilisieren („Zeitreise in die Kindheit“). Anschließend sollen 10 positive und 10 negative Erlebnisse notiert werden, deren Bedeutung für das heutige Leben in Kleingruppen reflektiert wird. Insbesondere sollen die Teilnehmer/innen ihren emotionalen Reaktionen auf die erinnerten Erlebnisse nachspüren und die damit zusammenhängenden Oberpläne

identifizieren. Einen stärker therapeutisch angelegten Ansatz wählen Crombach und Kinzl (1994). Sie lassen die Teilnehmer/innen verschiedene Phasen ihrer eigenen Entwicklung in einer Familienskulptur oder als Familienlandkarte darstellen. Um „unerledigte Geschäfte“ mit wichtigen Bezugspersonen dem aktuellen Erleben und damit der Bearbeitung zugänglich zu machen, werden die Methode des „leeren Stuhls“ oder Rollenspiele eingesetzt. Dabei legen die Autoren besonderen Wert auf eine intensive emotionale Beteiligung, unter anderem, weil sie die angehenden Therapeutinnen und Therapeuten für die mit der Patientenrolle verbundene Vulnerabilität sensibilisieren möchten.

3.2.5 Auseinandersetzung mit der professionellen Rolle und der therapeutischen Tätigkeit

Berufsbezogene Themen werden in nahezu allen Selbsterfahrungsprogrammen bearbeitet. Häufig wird z. B. eine Selbsterfahrungsübung durchgeführt, bei der die Teilnehmer/innen sich als gute Verhaltenstherapeutinnen und –therapeuten darstellen oder begründen sollen, warum für sie die Verhaltenstherapie die Therapiemethode der Wahl ist (Hippler, 1994a, 1998; Mackinger, 1995; Seipel, 1998). Vorrangiges Ziel ist es, die eigenen persönlichen und beruflichen Stärken wahrzunehmen und vor anderen darzulegen. Darüber hinaus werden bei der Auswertung der Übung spezifische Schwerpunkte gesetzt: Bei Hippler (1998) steht die Frage im Vordergrund, wie glaubwürdig und überzeugend die Darstellung der Therapeutin/ des Therapeuten wirkt. Die anderen Gruppenmitglieder stellen Fragen, die häufig von Patientinnen und Patienten gestellt werden (ob Symptome einfach „abtrainiert“ werden können, ob – wenn nicht an den Ursachen gearbeitet wird – neue Symptome entstehen können, etc.). Auf diese Weise soll ein selbstbewusstes professionelles Auftreten gefördert werden. Seipel (1998) führt die Übung mit Videofeedback durch, um die Teilnehmer/innen für ihren Umgang mit Stresssituationen zu sensibilisieren. Sie sollen die Erfahrung machen, dass ihnen in entspanntem Zustand der Zugriff auf eigene Ressourcen besser gelingt. Mackinger (1995) lässt die Teilnehmer/innen ein Plakat anfertigen, das den gesellschaftlichen Stellenwert verdeutlichen soll, den der einzelne seiner Tätigkeit und der Institution, für die er arbeitet, beimisst. Die Plakate werden von einer Jury bewertet. Anschließend wird reflektiert, welche Schlussfolgerungen mit Blick auf das berufliche Selbstbild der Teilnehmer/innen, aber auch hinsichtlich ihres Selbstbewusstseins, der Tendenz zur Selbstabwertung und hinsichtlich der Schwierigkeit, für sich zu werben, gezogen werden können.

Lieb et al. (1998) setzen einen spezifischen Schwerpunkt, indem sie die Auszubildenden zu einer intensiven Auseinandersetzung mit ihrer Eignung als Verhaltenstherapeut/in anregen. Basierend auf den Angaben der Teilnehmer/innen, bei welchem Gruppenmitglied sie sich selbst in Therapie begeben würden, wird ein Soziogramm erstellt und ausgewertet. Ziel ist es, zu lernen, mit positivem und

negativem Feedback angemessen umzugehen, und zu einer offenen und selbstkritischen Bewertung des eigenen therapeutischen Verhaltens zu gelangen.

Im Rahmen der berufsbezogenen Selbsterfahrung wird vielfach auch der Umgang mit schwierigen Therapiesituationen thematisiert (Lieb et al., 1998; Schmelzer, 1994b; Seipel, 1998). In der Regel sollen die Teilnehmer/innen eigene berufliche Erfahrungen einbringen (z. B. Widerstand von Patientinnen, Weinen, Schweigen, Suizidankündigungen, Verliebtheit in den Therapeuten etc.). In Rollenspielen kann das eigene Verhalten in seiner Wirkung auf Patientinnen und Patienten erfahren und kritisch überdacht werden und es können neue Verhaltensstrategien entwickelt und erprobt werden. Lieb et al. (1998) legen besonderen Wert darauf, dass die Auszubildenden sich in der Auseinandersetzung mit schwierigen Therapiesituationen Klarheit darüber verschaffen, was sie selbst zum Entstehen eines Problems beigetragen haben bzw. beitragen.

Schmelzer (1994b) läßt die Teilnehmer/innen zudem eigene Therapiesitzungen im Hinblick auf intensive emotionale Erlebnisse (positive wie negative), wiederkehrende kognitive Muster und typische Verhaltensstrategien analysieren. Auf diese Weise sollen sie Zugang zu zentralen Schemata finden, die ihr therapeutisches Handeln maßgeblich beeinflussen. Ziel ist es, die spezifischen Auslöser der individuellen Reaktionsmuster kennenzulernen, ihren Zusammenhang mit wichtigen persönlichen Zielen und Bedürfnissen zu reflektieren, und zu überprüfen, ob sie den therapeutischen Prozess nachteilig beeinflussen.

Ein weiteres Element vieler Selbsterfahrungsprogramme ist die Auseinandersetzung mit der Bevorzugung und Ablehnung bestimmter Patientinnen (Crombach & Kinzl, 1994; Hippler, 1994b, 1998; Mackinger, 1995). Exploriert wird z. B., welche Merkmale „Lieblingspatienten“ und „schwierige“ Patienten auszeichnen oder mit welchen Störungsbildern die Teilnehmer/innen besonders gern und erfolgreich arbeiten und bei welchen Störungsbildern sie schnell an ihre Grenzen stoßen. Um Präferenzen und Vorurteile aufgrund von Geschlecht, Alter, Schichtzugehörigkeit und Nationalität aufzuzeigen, schlägt Mackinger (1995) die Selbsterfahrungsübung „Branca Sevec“ vor, bei der die Teilnehmer/innen mit zwei verschiedenen Versionen einer Fallgeschichte arbeiten. Ausgewertet wird, inwiefern sich Fallkonzeption und geplante Interventionen unterscheiden, wenn die Fallgeschichte mit einem deutschen oder ausländischen Namen versehen ist. Einige Selbsterfahrungsprogramme sehen zudem vor, dass die Auszubildenden ihre Vorliebe für oder Abneigung gegen bestimmte verhaltenstherapeutische Methoden hinterfragen (Hippler, 1994b; Mackinger, 1995).

Bei Mackinger (1995) findet sich eine Reihe von Selbsterfahrungsübungen, die darauf abzielen, die Teilnehmer/innen für eigene Kommunikationsmuster zu sensibilisieren. Zudem soll der gezielte Einsatz nonverbaler und verbaler therapeutischer Strategien gefördert und eingeübt werden (bildhafte Ausdrucksweise,

Nähe-Distanz-Regulation durch sprachlichen Ausdruck, Anwenden verschiedener Fragetechniken, Berücksichtigung der sprachlichen Ausdrucksweise verschiedener sozialer Milieus, etc.). Das Selbsterfahrungsprogramm von Mackinger (1995) sieht zudem eine explizite Auseinandersetzung mit dem eigenen Krankheitsbegriff und mit dem Erleben der Patientenrolle vor (z. B. Hilflosigkeit, Angst vor Selbstöffnung, fehlende Veränderungsbereitschaft, etc.). Diese Themen werden in anderen Selbsterfahrungsprogrammen nur beiläufig angesprochen (z. B. im Rahmen der Selbstmodifikation).

Abschließend soll auf das Konzept der kontextbezogenen Selbsterfahrung von Manteufel und Schiepek (1994) hingewiesen werden. Systemspiele sollen praxisnahe Erfahrungen im Umgang mit komplexen psychosozialen Systemen vermitteln und diese der Reflexion zugänglich machen. Im Zentrum der Aufmerksamkeit steht das spielerische Erproben von Planungs- und Entscheidungsprozessen und Formen der Beziehungsgestaltung im Umgang mit Konflikten. Lernziel ist eine Verbesserung der „Systemkompetenz“, d. h. der Fähigkeit, sich in einem komplexen, psychosozialen System zu orientieren sowie zielgerichtet und effektiv auf das System Einfluss zu nehmen.

3.2.6 Identifizieren von persönlichen Entwicklungszielen

Im Sinne einer zukunftsbezogenen Selbsterfahrung (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996) werden die Auszubildenden am Ende der Selbsterfahrung oftmals zu einer Ziel- und Wertklärung angeregt und dabei unterstützt, sich Klarheit über persönliche Entwicklungsziele zu verschaffen. Im Rahmen einer geleiteten Imagination oder einer Auseinandersetzung mit „Was wäre wenn...“-Fragen (z. B. Mackinger, 1995) sollen sie ihre Ziele, Pläne und Wünsche für die berufliche und private Zukunft präzisieren.

Bei Hippler (1998) erhalten die Teilnehmer/innen die Aufgabe, eigene Kriterien für erfolgreiche bzw. missglückte Interventionen zu benennen und zu reflektieren. Anschließend sollen besonders gut gelungene Interventionen vor der Gruppe demonstriert werden. Die Auseinandersetzung mit therapeutischen „Sternstunden“ und Fehlschlägen zielt darauf ab, dass die Teilnehmer/innen sich ihrer persönlichen Stärken bewusst werden und lernen, sie in der therapeutischen Situationen gezielt zu nutzen.

Im Zusammenhang mit persönlichen Entwicklungszielen wird häufig auch das Thema *Psychohygiene* bzw. *Burnout-Prophylaxe* bearbeitet (Lieb et al., 1998). Schmelzer (1994b) schlägt vor, die Auszubildenden für zukünftige „Risikosituationen“ zu sensibilisieren und wirksame Selbstkontrollstrategien zu erarbeiten.

3.3 Fazit

Im Mittelpunkt verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung stehen inhaltlich das Kennenlernen verhaltenstherapeutischer Methoden am eigenen Leib, die persönliche Auseinandersetzung mit der professionellen Rolle und der therapeutischen Tätigkeit aber auch mit der eigenen Biographie sowie die Identifikation eigener Entwicklungsziele. Diese Themen werden in den verschiedenen Selbsterfahrungsprogrammen unterschiedlich gewichtet. Dabei kommen vielfältige – nicht nur klassisch verhaltenstherapeutische – Methoden zum Einsatz, die darauf abzielen, auf der Basis der von Grawe (1998) postulierten Wirkprinzipien der Psychotherapie Lern- und Veränderungsprozesse anzustoßen:

- *Intentionsrealisierung*: Im Sinne einer *berufsbezogenen Problembewältigung* zielt verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung darauf ab, die Fähigkeiten der angehenden Therapeutinnen im Umgang mit schwierigen Therapiesituationen zu verbessern. Prototypisch oder anhand von eigenen Fällen werden neue therapeutische Handlungsstrategien erarbeitet und in Rollenspielen erprobt. Im Rahmen von Selbstmodifikationsprogrammen werden die Auszubildenden vor allem dabei unterstützt, mittels Selbstanwendung verhaltenstherapeutischer Methoden *persönliche* Ziele zu verwirklichen.
- *Intentionsveränderung*: Selbsterfahrungsübungen, die in erster Linie der *motivationalen Klärung* dienen, sind ein wesentlicher Bestandteil verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung. Die Auszubildenden werden angeregt, ihre persönlichen Stärken und Schwächen zu erkennen (z. B. im Vergleich mit dem eigenen Idealbild einer Verhaltenstherapeutin/ eines Verhaltenstherapeuten), ihre persönlichen Entwicklungsziele zu identifizieren (z. B. im Rahmen einer eigenen Plananalyse oder einer Ziel- und Wertklärung) oder sich intensiv mit den prägenden Erfahrungen der eigenen Lebensgeschichte zu befassen. Für die verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung sind Klärungsprozesse auch deshalb von großer Bedeutung, weil – im Sinne der Nicht-Pathologisierung der angehenden Therapeutinnen und Therapeuten – angenommen wird, dass die Intentionsrealisierung, d. h. die Umsetzung der als relevant erkannten Ziele in Verhalten, in der Regel selbständig gelingt.
- *prozessuale Aktivierung*: Das *Anknüpfen an unmittelbare Erfahrungen* stellt ein zentrales Prinzip verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung dar. Körperübungen, Imagination und Rollenspiele werden genutzt, um Probleme bzw. Problemlösungen zunächst dem aktuellen Erleben und anschließend der Reflexion zugänglich zu machen (vgl. Schmelzer, 1998). Inhaltlich steht dabei teils das therapeutische Handeln teils die persönliche Situation im Vordergrund.
- *Ressourcenaktivierung*: Bislang bedeutet Ressourcenaktivierung im Rahmen der verhaltenstherapeutischen Selbsterfahrung vor allem, dass die angehenden

Therapeutinnen und Therapeuten sich ihrer persönlichen Fähigkeiten bewusst werden und lernen sollen, ihre Stärken gezielt in der therapeutischen Arbeit zu nutzen (*inhaltliche* Ressourcenorientierung; vgl. Grawe, S. 98 ff.). Eine *prozessuale* Ressourcenorientierung, bei der die individuellen Möglichkeiten der Auszubildenden bei Entscheidungen über das *Wie* von Lern- und Veränderungsprozessen berücksichtigt werden, erfolgt nicht systematisch. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung bevorzugt im Gruppenrahmen durchgeführt wird, der zu wenig Raum für individuelle Zielsetzungen und Methoden bietet.

Abschließend ist kritisch anzumerken, dass in den meisten Selbsterfahrungsprogrammen auf eine Begründung der thematischen und didaktischen Schwerpunkte verzichtet wird. Der Frage, wie die praktische Umsetzung der Ziele verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung optimiert werden kann, d. h. welche Methoden am besten geeignet sind, welche Inhalte zu bearbeiten, wird noch zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

4 Das Gießener Selbsterfahrungsprogramm

Das Gießener Selbsterfahrungsprogramm zeichnet sich durch einige Besonderheiten aus, die in den folgenden Abschnitten genauer dargestellt werden. Diese betreffen sowohl die Rahmenbedingungen (Durchführung von themenzentrierten Selbsterfahrungskursen in offenen Kleingruppen) als auch die inhaltliche Schwerpunktsetzung.

4.1 Rahmenbedingungen

Bislang mussten im Rahmen der Gießener postgradualen Weiterbildung in Klinischer Psychologie/ Verhaltenstherapie entsprechend den Richtlinien der Föderation Deutscher Psychologinnenvereinigungen (BDP/ DGPs) zum Bildungsgang „Klinischer Psychologe/ Psychotherapeut“ insgesamt 100 Stunden Selbsterfahrung absolviert werden. Mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) wurde der zeitliche Umfang der Selbsterfahrung auf 120 Stunden erhöht.

Die Selbsterfahrung findet in themenzentrierten Kursen statt, die als Blockveranstaltungen á 10 Unterrichtseinheiten jeweils an einem Wochentag im Abstand von etwa zwei Monaten angeboten werden. Die Kurse werden in der Regel von externen Kursleiterinnen und Kursleitern durchgeführt, die sowohl über eine umfassende therapeutische Berufspraxis als auch über Erfahrungen im Umgang mit Gruppen sowie über wissenschaftliche/ praktische Expertise für das jeweilig Thema verfügen. Die wechselnde Kursleitung stellt sicher, dass die Teilnehmer/innen verschiedene Therapeutenmodelle erleben und auf diese Weise vielfältige Anregungen für die Entwicklung einer eigenen therapeutischen Identität erhalten.

Die Selbsterfahrung wird in offenen Kleingruppen durchgeführt. Je nach Kurskonzeption umfassen die Gruppen zwischen fünf und 15 Teilnehmer/innen. Im Rahmen des Gesamtprogramms können die Auszubildenden wählen, welche Kurse sie miteinander kombinieren möchten. Die Möglichkeit, in begrenztem Umfang eigene Schwerpunkte setzen zu können, ist vor allem im Hinblick auf das Ziel sinnvoll, eine bedürfnisgerechte Ausbildung anzubieten. Die Durchführung der Selbsterfahrung in offenen Kleingruppen trägt dazu bei, dass Rollenstrukturen und Gruppennormen flexibel bleiben und fördert eine abwechslungsreiche Gruppendynamik. Die Teilnehmer/innen können und müssen sich immer wieder mit anderen Gruppenmitgliedern auseinandersetzen. Eine ausreichende vertrauensförderliche Kontinuität ist in der Ausbildungsgruppe dadurch gegeben, dass die Teilnehmer/innen sich aus Kursen zur theoretischen Vertiefung und aus der Gruppensupervision kennen. In der Gruppensupervision arbeiten sie in Kleingruppen kontinuierlich während der gesamten dreijährigen Ausbildung mit einer externen Supervisorin bzw. einem externen Supervisor zusammen.

Zu den Rahmenbedingungen des Gießener Selbsterfahrungsprogramms gehört auch, dass den Teilnehmer/innen einige Wochen vor dem Selbsterfahrungskurs Unterlagen zur Vorbereitung zugesandt werden. Dies ermöglicht eine Einstimmung auf die Inhalte des Kurses und die Vermittlung theoretischer Grundlagen kann in den Hintergrund treten. Zudem können sich die Teilnehmer/innen im Rahmen ihrer Vorbereitung Klarheit über ihre persönlichen Interessen und Bedürfnisse verschaffen und damit gezielter auf die Gestaltung des Kurses Einfluss nehmen.

4.2 Inhalte der Selbsterfahrungskurse

Das Gießener Selbsterfahrungsprogramm setzt vier thematische Schwerpunkte (vgl. Tabelle 2.1). Es werden Kurse zur therapeutischen Beziehungsgestaltung, zu berufsethischen Fragen, zu verhaltenstherapeutischen Methoden und personbezogene Kurse angeboten.

Tabelle 4.1: Selbsterfahrungskurse im Gießener Selbsterfahrungsprogramm

Berufsbezogene Selbsterfahrung		
<i>Fokus</i>	<i>Themen</i>	<i>Ziele</i>
Therapeutische Beziehung	<ul style="list-style-type: none"> • Wiederkehrende Probleme in Verhaltenstherapien • Schwierige Therapiesituationen – Einüben von Lösungen im Rollenspiel • Umgang mit Gefühlen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierung für interaktionelle Stärken und Schwächen • Erwerb von mehr Flexibilität in der therapeutischen Beziehungsgestaltung
Berufsethik	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Macht • Umgang mit Zuneigung, Erotik und Sexualität • Förderung ethischer Kompetenzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexion eigener und berufsethischer Normen und Werte • Verbesserung der Fähigkeit zur angemessenen Grenzregulation
Verhaltenstherapeutische Methoden	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Therapiemanualen: <ul style="list-style-type: none"> - Depression - Stressbewältigung - Hauterkrankungen • Auf dem Weg zu therapeutischer Expertise 	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfen eigener Vorlieben für bestimmte Methoden • Anpassen von Methoden an den eigenen Stil
Personbezogene Selbsterfahrung		
<i>Fokus</i>	<i>Themen</i>	<i>Ziele</i>
Therapeutin/Therapeut	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung von Wohlbefinden • Umgang mit eigenen Krisen • Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierung für Schutzfaktoren und selbstfürsorgliches Verhalten • Verbesserung der Regulierungsfähigkeit in Krisensituationen

Es liegt auf der Hand, dass zwischen den Themenbereichen inhaltliche Überschneidungen bestehen. Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist nicht zu trennen von Fragen eines ethisch verantwortungsvollen Umgangs mit Patientinnen und Patienten und hat auch eine große Bedeutung beim Einsatz verschiedener verhaltenstherapeutischer Methoden. In allen Selbsterfahrungskursen, d. h. auch in

Kursen, in denen überwiegend personbezogene Themen bearbeitet werden, werden Bezüge zur therapeutischen Tätigkeit explizit thematisiert.

In den folgenden Abschnitten werden die wesentlichen Inhalte und Methoden sowie die intendierten Effekte des Gießener Selbsterfahrungsprogramms zusammengefasst. Während die allgemeine Zielsetzung und die thematischen Schwerpunkte der Selbsterfahrungskurse konzeptionell festgelegt sind, sind die Kursleiter/innen hinsichtlich der inhaltlichen und didaktischen Ausgestaltung der Selbsterfahrung nicht gebunden. Die Auswahl spezifischer Lernziele und Selbsterfahrungsübungen kann also variieren. Beschrieben werden die Kurse, die Gegenstand der Untersuchung waren.

4.2.1 Therapeutische Beziehung

Die Selbsterfahrungskurse, in denen die Gestaltung der therapeutischen Beziehung Thema ist, zielen darauf ab, die Auszubildenden für ihre interaktionellen Stärken und Schwächen zu sensibilisieren und ihre Fähigkeit zur flexiblen Beziehungsgestaltung zu verbessern, d. h. zu vermitteln, wie sie ihr Beziehungsangebot an den Bedürfnissen der Patientinnen/ Patienten ausrichten können.

Sowohl in dem Kurs *Wiederkehrende Probleme in Verhaltenstherapien* als auch in dem Kurs *Schwierige Therapiesituationen – Einüben von Lösungen im Rollenspiel* werden die Teilnehmer/innen dazu angeleitet, sich mit eigenen gut und weniger gut gelungenen therapeutischen Interventionen und Mustern der Beziehungsgestaltung im Rollenspiel auseinanderzusetzen. In der Therapeutenrolle erhalten sie in geschütztem Rahmen qualifizierte Rückmeldungen zu bisher eingesetzten therapeutischen Strategien und können neue Verhaltensweisen erproben. In der Patientenrolle können sie die Wirkung bestimmter Interventionen bzw. Formen der Gesprächsführung „am eigenen Leib“ erfahren. Hinzu kommen Anregungen durch die Beobachtung von Rollenspielen, bei der die Interaktion zwischen Therapeut/in und Patient/in im Zentrum der Aufmerksamkeit steht. Individuelles Feedback und die Auswertung der Rollenspiele im Plenum erfolgt im Hinblick auf die Aspekte Zielerreichung (Umsetzung der vorab formulierten Selbsterfahrungsziele, Übertragbarkeit auf die reale Therapiesituation, etc.), Qualität der therapeutischen Beziehung (Wärme, Respekt, Empathie, Sensibilität, Sicherheit des Therapeuten, etc.) und Strukturierung der Gesprächssituation durch den Therapeuten (Rollenklarheit, Zielorientierung während des Gesprächs, Flexibilität im Eingehen auf den Patienten, etc.).

Die Inhalte der Rollenspiele greifen in der Regel die Anliegen der Teilnehmer/innen auf. Je nach Ausbildungsstand üben sie die Gestaltung des Erstgesprächs, die Motivierung einer Patientin/ eines Patienten für eine Expositionsbehandlung, den Umgang mit dem Wunsch einer Patientin/ eines Patienten, die Therapie abubrechen, oder die Vorbereitung von Patientinnen/ Patienten auf mögliche Rückfälle.

4.2.2 Berufsethik

Zum Themenbereich Berufsethik werden die Kurse *Förderung ethischer Kompetenzen*, *Umgang mit Macht* und *Umgang mit Zuneigung, Erotik und Sexualität* angeboten. In diesen Kursen sollen die Auszubildenden eigene und berufsethische Normen und Werte reflektieren und ihre Werthaltungen mit Blick auf die therapeutische Tätigkeit präzisieren. Zudem soll ihre Fähigkeit zur angemessenen Grenzregulation gefördert werden.

In dem Kurs *Förderung ethischer Kompetenzen* wird ausgehend von den vier Prinzipien einer therapeutischen Minimaethik (Respekt vor der Autonomie der Patientinnen/ Patienten, Vermeidung von Schaden, Hilfeleistung, Gerechtigkeit) erarbeitet, welche ethischen Prinzipien im eigenen Arbeitskontext von besonderer Relevanz sind. Als Methode zur Analyse ethischer Probleme wird das Modell der Ethik-Konsultation eingeführt, exemplarisch erprobt und Möglichkeiten der praktischen Umsetzung am eigenen Arbeitsplatz reflektiert. Dabei stellt eine Teilnehmerin/ ein Teilnehmer einen aktuellen Fall vor, der von einem Teil der Gruppe unter fachlichen, d. h. psychologischen, medizinischen und sozialarbeiterischen Gesichtspunkten diskutiert wird. Anschließend wird der Fall von einem weiteren Teil der Gruppe unter Einbeziehung unterschiedlicher Perspektiven (individuelle Perspektive des Patienten/ Therapeuten, therapeutische Beziehung, Beziehungssysteme außerhalb des therapeutischen Kontextes, gesellschaftliche Rahmenbedingungen) im Hinblick auf zentrale ethische Prinzipien erörtert.

Ziel der Selbsterfahrung ist es, die Teilnehmer/innen für ethische Fragen zu sensibilisieren und eine Motivation zur Auseinandersetzung mit ethischen Fragen zu schaffen. Den Auszubildenden soll eine Orientierung über die Pluralität möglicher Positionen gegeben werden, die es ihnen ermöglicht, ethisch begründete Entscheidungen zu treffen (vgl. Reiter-Theil, 1996). Insbesondere sollen sie lernen, ethische Aspekte des eigenen Handelns zu reflektieren, über ethische Fragen zu kommunizieren und einen Transfer in die persönliche Praxis zu leisten, d. h. eine Passung zwischen eigenen Überzeugungen und eigenem Handeln herzustellen.

Im Kurs *Umgang mit Macht* werden ausgehend von der Machttheorie Luhmanns (1988) zu Beginn subtile Formen von Machtausübung und Unterwerfung erarbeitet. Die persönlichen und beruflichen Erfahrungen der Teilnehmer/innen, primär in der therapeutischen Interaktion aber auch im beruflichen Umfeld (Beziehungen zu Vorgesetzten und Kolleginnen/ Kollegen am Arbeitsplatz oder in der Ausbildungsinstitution), werden im Hinblick auf das Erleben von Macht und Ohnmacht reflektiert. Die Teilnehmer/innen werden u. a. angeleitet, Symbole der Macht zu identifizieren, auf die sie sensibel reagieren und die sie selbst einsetzen. Die Analyse eigener Erfahrungen von Machtlosigkeit in der Therapie soll das Verständnis für das Zustandekommen von Gefühlen der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins sowie der damit verbundenen Handlungsunfähigkeit verbessern. Zusätzlich werden Strategien erarbeitet, die eigene Handlungsfähigkeit wiederherzustellen und einer sich

therapeutisch negativ auswirkenden „Ohnmacht“ präventiv entgegen zu wirken. Dabei sollen die Teilnehmer/innen auch für die sprachliche (De-)Konstruktion von Macht und Ohnmacht sensibel werden und lernen, dies therapeutisch zu nutzen. Der Umgang mit Macht und Autorität im persönlichen Leben (z. B. in Partnerschaft oder Herkunftsfamilie) wird ebenfalls behandelt, nimmt jedoch weniger Raum ein als berufsbezogene Themen.

Der Kurs *Umgang mit Zuneigung, Erotik und Sexualität* soll die Auszubildenden für Aspekte der Beziehungsgestaltung sensibilisieren, die mit Sympathie, aber auch mit erotischer Anziehung, die Patientinnen/ Patienten auf sie ausüben, zusammenhängen (vgl. Vogt & Arnold, 1993). Zum Einstieg bilden die Teilnehmer/innen in Vierergruppen eine Körperskulptur, die ihre persönlichen Einstellungen zum Thema zum Ausdruck bringen soll. Die Skulpturen werden im Plenum vorgestellt und diskutiert, um die Vielfältigkeit möglicher Perspektiven aufzuzeigen. Bei der Erarbeitung von „Warnsignalen“ für die Entstehung erotischer Anziehung wird dem eigenen Verhalten besondere Aufmerksamkeit geschenkt. In Rollenspielen erhalten die Teilnehmer/innen die Möglichkeit, angemessene Verhaltensweisen für herausfordernde Therapiesituationen auszuprobieren und einzuüben (z. B. Umgang mit Körperkontakt in der Therapie, anzügliche Komplimente oder Liebeserklärungen von Patientinnen/ Patienten). Thematisiert wird auch der Umgang mit Patientenberichten über sexuelle Übergriffe eines früheren Therapeuten.

4.2.3 Verhaltenstherapeutische Methoden

Die Selbsterfahrungskurse zu verhaltenstherapeutischen Methoden zielen zum einen darauf ab, sich mit der Anwendung von Therapiemanualen vertraut zu machen und eigene Vorlieben für bestimmte therapeutische Methoden zu überprüfen. Zum anderen sollen die Auszubildenden sich mit ihren therapeutischen Stärken und Schwächen auseinandersetzen. Sie sollen lernen, verhaltenstherapeutische Methoden an den eigenen Stil anzupassen und sich persönliche Entwicklungsziele zu setzen.

Der *Umgang mit Therapiemanualen* wird anhand verschiedener Störungsbilder thematisiert (z. B. Depression, Stressbewältigung und Hauterkrankungen). In den jeweiligen Kursen werden zunächst unterschiedliche Manuale vorgestellt und miteinander verglichen. Anschließend werden in Rollenspielen einzelne Therapiemaßnahmen erprobt. Dabei geht es sowohl um verhaltenstherapeutische „Standardinterventionen“, die in der beruflichen Praxis häufig wenig reflektiert eingesetzt werden, als auch um die Bewältigung herausfordernder Therapiesituationen (z. B. Umgang mit Widerstand). Ziel ist es, dass die Therapeutinnen/ Therapeuten von anderen Auszubildenden Rückmeldungen zu ihren therapeutischen Stärken erhalten, und darüber hinaus lernen, therapeutisch wirksames Verhalten präzise zu beobachten (als Voraussetzung für gezielte Selbststeuerung).

Während die Auseinandersetzung mit dem persönlichen therapeutischen Stil und professionellen Identität in den Kursen zum Umgang mit Therapiemanualen situationsbezogen erfolgt, geht es in dem Kurs *Auf dem Weg zu therapeutischer Expertise* ganz explizit um die eigene therapeutische Entwicklung. Dieser Kurs profitiert in besonderem Maße von der hinsichtlich des Ausbildungsstands gemischten Gruppenzusammensetzung. In Zweiergruppen, die sich aus einem unerfahrenen und einem erfahrenen Therapeuten zusammensetzen, sollen die Auszubildenden den eigenen Entwicklungsstand und ihre persönlichen Entwicklungsbedingungen reflektieren. Dabei wird ihr Blick insbesondere auf ihre derzeitige Entwicklungsaufgabe gelenkt, im Rahmen der Verhaltenstherapie-Ausbildung die eigenen therapeutischen Kompetenzen zu erweitern. Zur theoretischen Einordnung werden das Konzept der Übergangsrolle (Schwitzgebel & Kolb, 1978), allgemeinspsychologische Modelle zur Entwicklung von Expertise (Dreyfus & Dreyfus, 1987) und Modelle zur Entwicklung therapeutischer Kompetenz (Hogan, 1964) vermittelt. Um die Eigeninitiative und das Engagement der Teilnehmer/innen für ihre Ausbildung zu fördern, werden sie zu einer Auseinandersetzung mit ihren Ausbildungsmotiven und -zielen angeregt. Diskutiert wird, welche Gelegenheiten genutzt werden können, um durch (gezielte) Selbstreflexion zu lernen und die eigenen therapeutischen Fähigkeiten zu verbessern. Anhand von Videoaufnahmen von Gruppenmitgliedern wird thematisiert, welche Fähigkeiten und Stärken kompetente Therapeutinnen/(e) Therapeuten auszeichnen (Realisierung therapeutischer Wirkprinzipien). Dabei werden auch die Möglichkeiten einer individuellen Ausgestaltung aufgezeigt, um die Entwicklung einer eigenständigen therapeutischen Identität zu fördern. Dieses Vorgehen bietet den unerfahrenen Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit, lebensnahe Coping-Modelle (statt der sonst üblichen Mastery-Modelle) zu erleben. Die erfahrenen Teilnehmer/innen erhalten die Gelegenheit, ihre Kompetenzen vor der Gruppe zu demonstrieren.

4.2.4 Personbezogene Selbsterfahrung

Die personbezogenen Selbsterfahrungskurse setzen zwei thematische Schwerpunkte: Zum einen sollen die angehenden Therapeutinnen/ Therapeuten angeregt werden, sich eingehender mit dem eigenen Wohlbefinden zu befassen, zum anderen geht es um die Auseinandersetzung mit persönlichen Grenzsituationen.

Das Thema *Förderung von Wohlbefinden* wird in drei aufeinander aufbauenden Kursen behandelt (vgl. Frank, 2000). Vorrangiges Ziel ist es, Selbstfürsorge und gesundheitsförderliches Verhalten der Auszubildenden zu unterstützen. Sie sollen lernen, Belastungs- und Risikosituationen sensibel wahrzunehmen und Faktoren, die das eigene Wohlbefinden beeinträchtigen, zu erkennen und abzubauen (Burn-out-Prophylaxe). So können sie als Therapeutinnen ihren Patientinnen ein wirksames Modell für einen achtsamen Umgang mit sich selbst sein. Im ersten Teil der Selbsterfahrung werden positive Kindheitserlebnisse erinnert und als Ressource für die

therapeutische Arbeit reflektiert. Anschließend steht mit dem Thema „Genuss und Genießen“ das gegenwärtige Wohlbefinden im Fokus der Aufmerksamkeit. Anregungen, das eigene Wohlbefinden zu verbessern, werden unter anderem aus gesundheitspsychologischen Konzepten abgeleitet. Im dritten Teil der Selbsterfahrung soll die zukünftige Berufs- und Lebensplanung überdacht werden, z. B. im Hinblick darauf, ob und wie die Koordination von Beruf und Privatleben gelingt. Ziel ist dabei sowohl die Sicherung und Steigerung der beruflichen Zufriedenheit als auch die Planung von Entlastung und Erholung. Optional schließt sich ein Selbstmodifikationsprogramm zur Verbesserung des eigenen Wohlbefindens an.

Der Kurs *Umgang mit eigenen Krisen* zielt darauf ab, die Regulierungsfähigkeit der Teilnehmer/innen in schwierigen oder leidvollen Lebensabschnitten zu verbessern. Voraussetzung ist, dass die Auszubildenden bereit sind, sich auch mit den negativen Auswirkungen eigener Krisen auf das therapeutische Handeln zu beschäftigen. Deshalb nimmt die Schaffung einer vertrauensvollen Arbeitsatmosphäre besonderen Raum ein. In einer geleiteten Imagination sollen die Teilnehmer/innen sich an persönliche Krisen in der Vergangenheit und in der Gegenwart erinnern und sich vor Augen führen, von welchen Personen sie Unterstützung erfahren haben. Anschließend sollen sie ihr Erleben während der Imagination bildhaft umsetzen und malen. Die Bilder werden in Kleingruppen ausgewertet. Im Plenum wird diskutiert, wie persönliche Probleme und Krisen die therapeutische Arbeit behindern können und wie die Teilnehmer/innen sich Unterstützung und Hilfe verschaffen können. Erarbeitet wird zudem, welche Signale auf eine Beeinträchtigung der therapeutischen Arbeit durch eigene Anteile hinweisen können und welche Bewältigungsmöglichkeiten in der therapeutischen Situation selbst genutzt werden können.

Der Kurs *Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit* beginnt mit einer musikalischen Einstimmung, die eine Besinnung auf eigene Erfahrungen ermöglicht. Anschließend werden gesellschaftliche Positionen zum Thema reflektiert. Dabei geht es sowohl um die Auseinandersetzung mit religiösen als auch mit philosophischen Aspekten. Unter anderem wird thematisiert, welche Bedeutung Sterben und Tod im Sinne von Passivität/ Verzicht/ Loslassen in einer Gesellschaft erhält, in der Vorstellungen von Aktivität/ Lebenserweiterung/ „Machbarkeit“ dominieren. In einer geleiteten Imagination werden die Auszubildenden angeregt, sich mit ihrer persönlichen Lebensbilanz, mit ihrer Sterblichkeit und dem eigenen Tod sowie dem Abschied von wichtigen Bezugspersonen und dem Leben als solchem auseinanderzusetzen. Darüber hinaus vermittelt der Kurs den Teilnehmer/innen wesentliche Konzepte von Sterbe- und Trauerprozessen. Daraus werden angemessene Formen der Gesprächsführung und der Gestaltung der therapeutischen Beziehung abgeleitet und anhand von Protokollen von seelsorgerischen Gesprächen mit Trauernden analysiert und modifiziert.

4.3 Zusammenfassung

Das Gießener Selbsterfahrungsprogramm umfasst themenzentrierte Selbsterfahrungskurse mit berufs- und personbezogenen Schwerpunkten. Wesentliches Ziel ist eine Verbesserung der Beziehungsfertigkeiten der angehenden Therapeutinnen und Therapeuten. Dabei geht es sowohl um die Sensibilisierung für die eigenen (therapeutischen) Stärken und Schwächen als auch um eine Verbesserung der interaktionellen Flexibilität. Die Auszubildenden sollen lernen, eigene und berufsethische Normen und Werte zu reflektieren und in ihrer therapeutischen Arbeit zu beachten. Ihre Fähigkeit zur angemessenen Grenzregulation soll geschult werden. Bezogen auf die Anwendung verhaltenstherapeutischer Methoden sollen die Auszubildenden ihre Vorlieben für bestimmte Methoden überprüfen und bei der Entwicklung eines eigenständigen therapeutischen Arbeitsstils unterstützt werden. Hinsichtlich ihrer eigenen Person sollen sie lernen, persönliche Risiko- und Schutzfaktoren sensibel wahrzunehmen. Selbstfürsorge und Regulierungsfähigkeit in Krisensituationen sollen gefördert werden (Burnout-Prophylaxe).

Je nach thematischem Schwerpunkt werden von den Kursleiterinnen und Kursleitern unterschiedliche didaktische Methoden und Strategien eingesetzt. Typischerweise werden geleitete Imaginationen und Rollenspiele durchgeführt, die in Kleingruppen und/ oder im Plenum hinsichtlich spezifischer Fragestellungen ausgewertet werden. Die organisatorischen Rahmenbedingungen des Gießener Selbsterfahrungsprogramms (Durchführung der Selbsterfahrung in offenen Kleingruppen, wechselnde Kursleiter/innen) bieten vielfältige Möglichkeiten zum Modelllernen. Dabei kommen der Lernbereitschaft, Eigeninitiative und Selbstverantwortung der Auszubildenden im Rahmen einer bedürfnisorientierten und auf die Autonomie der angehenden Therapeutinnen und Therapeuten ausgerichteten Gesamtkonzeption der Ausbildung besondere Bedeutung zu.

5 Überblick über die empirische Forschung

Die Bewertung der derzeitigen empirischen Befundlage zur verhaltenstherapeutischen Selbsterfahrung muss vor dem Hintergrund geschehen, dass auch die theoretische Konzeptualisierung gerade erst begonnen hat. Bisher wurden erst wenige Studien durchgeführt und die eingesetzten Verfahren und Methoden bedürfen der Evaluation und Weiterentwicklung. In den folgenden Abschnitten werden wesentliche Ergebnisse zur Inanspruchnahme und Wirkung von Selbsterfahrung und Eigentherapien dargestellt. Nahezu durchgängig handelt es sich um Patienten- bzw. Teilnehmerbefragungen. Um Besonderheiten und (methodische) Einschränkungen der einzelnen Studien deutlich zu machen, werden die Befunde im Detail beschrieben. Damit soll unzulässigen Verallgemeinerungen und einer Überinterpretation der Ergebnisse vorgebeugt werden.

Eine Umfrage von Dobernig und Laireiter (2000) zur Inanspruchnahme von Selbsterfahrung und Eigentherapie in Österreich zeigte, dass angehende Verhaltenstherapeutinnen und -therapeuten nicht nur verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung sondern auch (oft ergänzend) Selbsterfahrungsangebote anderer Therapieschulen nutzen. Die Stichprobe umfasste Ausbildungsteilnehmer/innen ($n = 359$, Rücklaufquote: 38 %) und approbierte Psychotherapeuten ($n = 115$). Je zwei Drittel der Befragten hatten Erfahrungen mit verhaltenstherapeutischer und nicht-verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung gesammelt, ein Drittel verfügte über Erfahrungen mit einer Eigentherapie. Die Dauer der verhaltenstherapeutischen Selbsterfahrung betrug durchschnittlich 89 Stunden, die nicht-verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung war im Mittel doppelt so lang ($M = 192$ Std.). Die mittlere Dauer einer Eigentherapie betrug 154 Stunden. Insgesamt hatten die Befragten durchschnittlich 284 Stunden Selbsterfahrung/ Eigentherapie absolviert (Range: 9 – 4756 Std., $Md = 153$).

Zwei Drittel der Befragten hatten bereits mehrere Formen von Selbsterfahrung kennengelernt. 74 Prozent der Ausbildungsteilnehmer/innen hatten eine verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung ($M = 79$ Std.) und 54 Prozent eine nicht-verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung ($M = 140$ Std.) absolviert. Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung wurde überwiegend im Gruppensetting durchgeführt (90 %). Die absolvierten Eigentherapien war zu 28 Prozent gesprächstherapeutisch, 20 Prozent psychoanalytisch, 17 Prozent verhaltenstherapeutisch und 14 Prozent gestalttherapeutisch orientiert.

5.1 Eigentherapie

Studien zur Inanspruchnahme von Psychotherapien durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten und zur Evaluation der Effekte von Eigentherapien auf die Person des Therapeuten, seine therapeutische Kompetenz und die Prozess- und Ergebnisqualität von Psychotherapien wurden in erster Linie in den USA, Kanada und Großbritannien durchgeführt. Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Ergebnisse einiger

neuerer Arbeiten zusammengefasst und mit Blick auf ihre Relevanz für die Selbsterfahrung im Rahmen der Verhaltenstherapie-Ausbildung diskutiert (ausführlicher Literaturüberblick bei Laireiter, 2000a, 2000b).

Insgesamt ist davon auszugehen, dass mehr als 80 Prozent der Psychotherapeutinnen und -therapeuten sich im Laufe ihres Lebens in psychotherapeutische Behandlung begeben (Pope & Tabachnick, 1994). Eine Umfrage von Holzman, Searight und Hughes (1996) ergab, dass drei Viertel der Teilnehmer/innen klinisch-psychologischer Trainingsprogramme in den USA und Kanada eine Eigentherapie absolvieren ($n = 1018$; Rücklaufquote: 50 %). 70 bis 75 Prozent Ausbildungsteilnehmer/innen sind bereits vor Abschluss ihrer Ausbildung in psychotherapeutischer Behandlung (Guy, Stark & Poelstra, 1988; Holzman, Searight & Hughes, 1996), aber auch nach Beendigung der Ausbildung nimmt mehr als die Hälfte der Therapeutinnen und Therapeuten eine Eigentherapie in Anspruch (Liaboe, Guy, Wong & Deahnert, 1989; Norcross, 1990).

Die Dauer der Eigentherapien schwankt je nach therapeutischer Orientierung beträchtlich. Vor allem psychodynamisch orientierte Therapien erstrecken sich häufig über mehrere Jahre, verhaltenstherapeutisch oder systemisch orientierte Therapien sind in der Regel deutlich kürzer. Die Befragung von Holzman, Searight und Hughes (1996) ergab eine mittlere Behandlungsdauer von etwa eineinhalb Jahren. Bei Macaskill und Macaskill (1992) befanden sich 64 Prozent der Befragten seit mehr als drei Jahren und bei Pope und Tabachnick (1994) jeder zweite seit mindestens vier Jahren in psychotherapeutischer Behandlung. Viele Psychotherapeuten absolvieren nicht nur eine, sondern mehrere Therapien (Holzman, Searight & Hughes, 1996; Norcross, 1990; Pope & Tabachnick, 1994). Überwiegend werden psychodynamisch orientierte Kolleginnen und Kollegen aufgesucht – auch wenn die Therapeuten sich selbst einer anderen Therapieschule verpflichtet fühlen (Liaboe et al., 1989; Norcross & Prochaska, 1982; Norcross, 1990).

Für die Aufnahme einer Eigentherapie sind neben dem Wunsch nach professioneller Weiterentwicklung meist persönliche Gründe ausschlaggebend. Nur 10 bis 15 Prozent der Befragten geben an, die Verpflichtung zur Absolvierung einer Eigentherapie im Rahmen der Ausbildung sei ein entscheidendes Motiv gewesen (Macaskill & Macaskill, 1992; Norcross, 1990; Pope & Tabachnick, 1994). Allerdings gaben in der Studie von Holzman, Searight und Hughes (1996) 65 Prozent der Befragten an, während der Ausbildung eine Eigentherapie begonnen zu haben, um die eigenen therapeutischen Fähigkeiten zu verbessern. Etwa ebenso häufig wurde der Wunsch nach persönlichem Wachstum als Motiv genannt (*personal growth*: 71 %, *adjustment or developmental issue*: 59 %). Bei etwa einem Drittel der Befragten spielte darüber hinaus das Bedürfnis, persönliche Probleme zu bearbeiten, eine wichtige Rolle (Depression: 38 %, Beziehungsprobleme: 32 %, familiäre Probleme: 25 %). Für Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die nach Abschluss der Ausbildung eine Eigentherapie beginnen, sind vor allem Belastungen durch persönliche Konflikte und

der Wunsch nach persönlichem Wachstum ausschlaggebend. Belastungen, die mit der psychotherapeutischen Berufstätigkeit zusammenhängen, sind für sie von untergeordneter Bedeutung (Liaboe et al., 1989).

In einer Studie von McEwan und Duncan (1993) erwarteten die Befragten von einer Eigenthherapie in erster Linie eine Verbesserung ihrer therapeutischen Kompetenz durch einen Zuwachs an Empathie und Verständnis für die Perspektive von Patientinnen/ Patienten (63 %), durch das Erleben von Rollenmodellen und praktische Informationen (41 %) sowie durch das persönliche Wachstum in der Therapeutenrolle (34 %). Jeder zweite versprach sich von einer Eigenthherapie aber auch einen Gewinn für die persönliche Entwicklung außerhalb des Berufs.

Nach Pope und Tabachnick (1994) gehören Depression und depressive Verstimmungen, Beziehungsschwierigkeiten, Selbstwertprobleme und Ängste zu den am häufigsten im Rahmen der Eigenthherapie bearbeiteten Themen. Unabhängig davon, ob dies Anlass für eine Eigenthherapie war, gaben fast zwei Drittel der Befragten an, mindestens eine klinisch bedeutsame depressive Episode erlebt zu haben, nahezu ein Drittel berichtete über suizidale Tendenzen und vier Prozent verübten bereits mindestens einen Suizidversuch. Auch eine Umfrage von Mahoney (1997) unter langjährig berufstätigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ergab hohe Prävalenzraten psychischer Belastungen. Beschrieben wurden in erster Linie emotionale Erschöpfung und Gereiztheit, Schlafstörungen, Überarbeitung und Zweifel an der eigenen therapeutischen Kompetenz sowie Beziehungsprobleme.

Eigenthapien wurden durchgängig äußerst positiv bewertet, auch im Vergleich mit anderen Ausbildungselementen (vgl. Laireiter, 2000b). Dies gilt für Therapeutinnen/ Therapeuten mit einer psychodynamischen Orientierung in noch stärkerem Ausmaß als für Therapeutinnen/ Therapeuten mit einer kognitiv-behavioralen Orientierung (Holzman, Searight & Hughes, 1996). Bei Pope und Tabachnick (1994) bewerteten 86 Prozent der Befragten die Eigenthherapie als sehr hilfreich und in der Studie von Macaskill und Macaskill (1992) berichteten 87 Prozent der Befragten ausschließlich über positive Auswirkungen der Eigenthherapie, sowohl auf die Arbeit mit Patientinnen und Patienten als auch auf ihr persönliches Leben. In dieser Studie beschrieben die Ausbildungsteilnehmer/innen vor allem einen Zuwachs an Selbstkenntnis (71 %) und Selbstvertrauen (47 %), Verbesserungen ihrer therapeutischen Kompetenzen (43 %), Symptomreduktion (43 %) und die Verbesserung persönlicher Beziehungen (43 %) als Gewinn durch die Eigenthherapie. Auch bei Pope und Tabachnick (1994) profitierten die Befragten nach eigenen Angaben am häufigsten im Hinblick auf einen Zuwachs an Selbstkenntnis (28 %) und Selbstvertrauen (21 %) sowie Verbesserungen ihrer therapeutischen Kompetenzen (16 %).

In einer Studie von Norcross (1990) gaben über 90 Prozent der Befragten an, von ihrer Eigenthherapie profitiert zu haben. Die häufigsten Antworten auf die offen formulierte Frage, welchen Gewinn die Eigenthherapie für die eigene therapeutische Arbeit

erbracht habe, betrafen die interaktionelle Dynamik psychotherapeutischer Prozesse. Insbesondere berichteten die Therapeutinnen/ Therapeuten, in der Patientenrolle die Bedeutsamkeit von Wärme, Empathie und persönlicher Beziehung (12 %), von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen (8 %), von Geduld und Toleranz (7 %) und des Einbringens der eigenen Person (4 %) kennengelernt zu haben.

Einen detaillierten Einblick in den subjektiven Nutzen von Eigetherapien bietet eine qualitative Untersuchung von Mackey und Mackey (1993; vgl. auch Mackey & Mackey, 1994). Sie führten Interviews mit 30 Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, die inhaltsanalytisch ausgewertet wurden. Je zur Hälfte handelte es sich um Studierende und um Therapeutinnen/ Therapeuten, die bereits seit mehreren Jahren berufstätig waren ($M = 7$ Jahre). In der Regel waren persönliche Gründe für Aufnahme einer Eigetherapie ausschlaggebend, z. B. kritische Lebensereignisse oder Beziehungsprobleme. Die Dauer der Eigetherapie betrug bei 40 Prozent der Studierenden und bei 93 Prozent der Berufstätigen drei Jahre und mehr. Die Studierenden betrachteten die Eigetherapie oftmals als eine sinnvolle Ergänzung ihrer Supervision, die es ihnen ermöglichte, theoretische Konzepte mit persönlicher Bedeutung zu füllen. Für die Berufstätigen standen hingegen Selbstreflexion und die Auseinandersetzung mit der eigenen professionellen Identität stärker im Vordergrund. Beide Gruppen hoben im Hinblick auf den Gewinn durch die Eigetherapie drei Aspekte hervor:

- (1) Die Eigetherapie bot den Therapeutinnen/ Therapeuten die Gelegenheit, ein *Rollenmodell* zu erleben, mit dem sie sich (zeitweise) identifizieren konnten und dessen Vorgehensweisen sie im Umgang mit eigenen Patientinnen/ Patienten übernehmen konnten (nonverbales und verbales Verhalten). Vor allem die unerfahrenen Therapeuten berichteten über eine starke Idealisierung ihres Therapeuten zu Beginn der Eigetherapie. Eine differenziertere Sichtweise entwickelten sie erst nach und nach.
- (2) Darüber hinaus trug die Eigetherapie aus Sicht der Befragten zu einem besseren *Verständnis des therapeutischen Prozesses* bei, z. B. der Dynamik der therapeutischen Beziehung in verschiedenen Therapiephasen und von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen. Bedeutsam war es für die Befragten zudem, durch die Übernahme der Patientenrolle die Perspektive ihrer Patientinnen und Patienten besser zu verstehen, einschließlich der Schwierigkeit, um Hilfe zu bitten und diese zu akzeptieren. Vor allem die unerfahrenen Therapeuten gaben an, gelernt zu haben, schmerzhaft Gefühle ihrer Patienten zu tolerieren, ohne etwas dagegen tun zu müssen.
- (3) Als ein drittes wichtiges Ergebnis der Eigetherapie beschrieben die Befragten eine *Integration* von professioneller und privater Identität, von intellektuellem Verständnis und Gefühlen, von Theorie und Praxis. Die Therapeutinnen und Therapeuten nutzten die Eigetherapie zur Auseinandersetzung mit der eigenen

Helfer-Geschichte und den Motiven für ihre Berufswahl und erlebten dies als wirksamen Beitrag zur Burnout-Prophylaxe.

Basis der erzielten Veränderungen durch die Eigetherapie waren aus Sicht der Befragten die Akzeptanz durch den Therapeuten, dessen Konstanz, Verfügbarkeit und sein Glaube an die Patientin/ den Patienten, sowie eine kooperative therapeutische Arbeitsbeziehung. Frauen, die Therapeutinnen aufgesucht hatten, bewerteten es darüber hinaus als bedeutsam, ein weibliches Rollenvorbild erleben zu können.

Eine von Willutzki, Botermans & SPR Collaborative Research Network (1997) durchgeführte Umfrage erbrachte vergleichbare Ergebnisse für den deutschen Sprachraum. Der Anteil der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die eine Eigetherapie/ Selbsterfahrung absolviert hatten, betrug in dieser Stichprobe ($n = 1065$) zwischen 80 Prozent (Deutschland) und 90 Prozent (Schweiz). Die mittlere Dauer der Eigetherapie/ Selbsterfahrung betrug fünf Jahre. Der Einfluss der Eigetherapie/ Selbsterfahrung auf die eigene therapeutische Entwicklung wurde überwiegend positiv bewertet ($M = 2,33$; Wertebereich: 0 - 3). In einer Regressionsanalyse trug die positive Bewertung der Eigetherapie/ Selbsterfahrung substantiell zur Vorhersage des Vertrauens in die eigene therapeutische Kompetenz bei. Ein Zusammenhang mit der Selbstwirksamkeitserwartung als Therapeut/in bestand jedoch nicht. Interessant ist, dass für das Vertrauen in die eigene therapeutische Kompetenz zwar die Bewertung nicht jedoch die Dauer der Ausbildungselemente von Bedeutung war.

Trotz der insgesamt positiven Bewertung von Eigetherapien berichten einige Psychotherapeutinnen und -therapeuten auch über negative Erfahrungen. In der Umfrage von Pope und Tabachnick (1994) gaben zwar nur drei Prozent der Befragten an, die Therapie habe ihnen sehr geschadet, aber immerhin jeder fünfte bewertete die Eigetherapie als „somewhat harmful“. In der Studie von Macaskill und Macaskill (1992) betrug der Anteil derjenigen, die der Eigetherapie auch negative Effekte zuschrieben sogar 38 Prozent. In erster Linie berichteten sie über psychische Belastungen durch die Therapie (29 %), aber auch über Belastungen der ehelichen und familiären Beziehungen (13 %).

Als mögliche Risiken einer Eigetherapie nannten die Befragten in einer Studie von McEwan und Duncan (1993) neben Gefahren, die von inkompetent durchgeführten Therapien ausgehen können, vor allem ethische Probleme (z. B. aufgrund einer Verpflichtung zur Therapie oder der Konfundierung verschiedener Rollen). Zudem wurden negative Auswirkungen auf die eigene therapeutische Tätigkeit beschrieben (z. B. aufgrund von psychischen Belastungen durch die Therapie, schlechten Rollenmodellen, Indoktrination oder der Übergeneralisierung eigener Erfahrungen). Die Studie ergab, dass in Eigetherapien häufig nicht nur berufsethische Standards verletzt wurden (z. B. keine freie Wahl des Therapeuten: 62 %, Konfundierung von Therapeutenrolle und anderen Rollen: 65 %), sondern auch grundlegende Therapie-

prinzipien missachtet wurden (z. B. keine Aufklärung über potentielle Risiken der Therapie: 41 %, keine klare Festlegung der Therapieziele: 28 %). Nicht immer wurde begründet, warum im Rahmen der Ausbildung eine Eigentherapie verlangt wird (18 %), und immerhin 42 Prozent der befragten Therapeutinnen und Therapeuten gaben an, eine systematische Integration von persönlichen Therapieerfahrungen und professioneller Entwicklung habe nicht stattgefunden.

In der Studie von Pope und Tabachnick (1994) berichteten 16 von 476 Befragten von sexuellen Übergriffen durch den Therapeuten. 10 Befragte erlebten Grenzverletzungen nicht-sexueller Art. Darüber hinaus wurden folgende Verhaltensweisen von Therapeuten als schädigend beschrieben: Inkompetenz ($n = 13$), sadistisches Verhalten oder emotionaler Missbrauch ($n = 12$) und fehlendes Verständnis für die Patientin/ den Patienten ($n = 11$).

Obwohl Therapeutinnen/ Therapeuten eine persönliche Therapie als gewinnbringend auch im Hinblick auf ihre therapeutische Kompetenz bewerten, muss der Nutzen einer Eigentherapie für eine Verbesserung der aktuellen oder späteren therapeutischen Effektivität des Therapeuten bezweifelt werden (Beutler, Machado & Allstetter Neufeldt, 1994; Binder, 1993). Empirische Belege, dass eine persönliche Therapie des Therapeuten sich positiv auf die therapeutische Arbeit auswirkt und damit gewinnbringend für die behandelten Patientinnen ist, konnten bislang nicht erbracht werden (vgl. Laireiter, 2000b). Wheeler (1991) fand sogar einen negativen Zusammenhang zwischen der Dauer eigentherapeutischer Erfahrungen und der Güte der therapeutischen Beziehung. Eine Literaturübersicht von Everts (1990; zitiert nach Lange, 1994) bestätigt diesen Befund und zeigt, dass – falls überhaupt Unterschiede zwischen Therapeutinnen mit und ohne Lehrtherapie bestehen – diejenigen ohne Lehrtherapie bessere Therapieergebnisse erzielen.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus diesen Befunden mit Blick auf die Selbsterfahrung im Rahmen der Verhaltenstherapie-Ausbildung ableiten?

Zunächst ist festzuhalten, dass Eigentherapien sowohl von angehenden als auch von bereits praktizierenden Psychotherapeutinnen und –therapeuten als äußerst hilfreich bewertet werden, sowohl für ihre persönliche Entwicklung und die Verhinderung von Burnout als auch für den Erwerb therapeutischer Kompetenzen. Die Tatsache, dass die Bearbeitung persönlicher Probleme, die oftmals als klinisch relevant einzustufen sind, einen hohen Stellenwert in Eigentherapien hat, wirft im Hinblick auf die verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung die Frage auf, ob den Therapiebedürfnissen der angehenden Therapeutinnen genügend Rechnung getragen wird.

Laireiter (2000b) macht darauf aufmerksam, dass (angehende) Psychotherapeutinnen und –therapeuten möglicherweise vorschnell auf professionelle Hilfe zurückgreifen und eigene Ressourcen nicht genügend ausschöpfen. Er sieht deshalb die Notwendigkeit, im Rahmen der Selbsterfahrung die Fähigkeit zur Selbstregulation und zur Sicherung des eigenen Wohlbefindens bei persönlichen Problemen zu fördern. Eigen-

verantwortlichkeit und Autonomie der Auszubildenden sollten ebenso gestärkt werden wie ihre Fähigkeit, sich außerhalb des professionellen Rahmens soziale Unterstützung zu verschaffen.

Die bisher durchgeführten Studien geben kaum Aufschluss darüber, mit welchen Qualitätsmerkmalen die Bewertung der Eigenthherapie zusammenhängt (vgl. Laireiter, 2000b). Grund hierfür ist, dass die Effekte von Eigenthapien derzeit noch zu wenig differenziert untersucht werden. Zum Beispiel wurde in den meisten Studien weder zwischen Eigenthapien während und nach der Psychotherapie-Ausbildung unterschieden, noch wurde berücksichtigt, welche Gründe für die Aufnahme der Eigenthherapie ausschlaggebend waren und welche Zielsetzung im Vordergrund stand (persönliches Wachstum, Bearbeitung persönlicher Probleme, Weiterentwicklung therapeutischer Kompetenzen). Auch empirisch fundierte Aussagen über unterschiedliche Effekte von psychodynamisch und kognitiv-behavioral orientierten Eigenthapien sind bislang nicht möglich.

5.2 Gruppenselbsterfahrung

Bisher wurden zur empirischen Evaluation des Ausbildungselements Selbsterfahrung erst wenige explorative Feldstudien durchgeführt. Die Studien beziehen sich auf die Verhaltenstherapie-Ausbildung, aber auch auf die Ausbildung in Integrativer Therapie und Systemischer Therapie. In der Regel handelt es sich um Teilnehmerbefragungen einzelner Ausbildungsinstitute. Eine vergleichende Bewertung der Ergebnisse wird dadurch erschwert, dass die untersuchten Selbsterfahrungsprogramme sich z. T. deutlich hinsichtlich ihrer Methoden und Inhalte unterscheiden. Hinzu kommt, dass die Befunde aufgrund methodischer Probleme (kleine Stichproben, fehlende Kontroll- bzw. Vergleichsgruppen, retrospektive Querschnitterhebungen statt Längsschnitterhebungen, Einsatz von ad-hoc-Fragebögen, etc.) nur unter Vorbehalt zu verallgemeinern sind. Um eine angemessene Einschätzung der Aussagekraft der Ergebnisse zu ermöglichen, werden in der folgenden Zusammenfassung nach Möglichkeit auch Angaben zu Methoden und Inhalten der Selbsterfahrung und zum methodischen Ansatz der jeweiligen Studie gemacht.

5.2.1 Selbsterfahrung im Vergleich mit anderen Ausbildungsbausteinen

Insgesamt wird deutlich, dass Selbsterfahrung aus Sicht der Ausbildungsteilnehmer/innen ein äußerst wichtiger Ausbildungsbaustein ist. Sollen die angehenden Therapeutinnen und Therapeuten die Relevanz der verschiedenen Ausbildungselemente für den Erwerb therapeutischer Kompetenz beurteilen, stehen Supervision und Selbsterfahrung an erster Stelle. Die Vermittlung von theoretischen Grundlagen wird als etwas weniger bedeutsam bewertet.

Hopffgarten v. Laer und Mempel (1998) ließen ehemalige Teilnehmer/innen der verhaltenstherapeutischen Ausbildung des *Instituts für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie (IFKV), Bad Dürkheim* retrospektiv ihre therapeutische

Kompetenz bei Ausbildungsbeginn und –ende sowie zum Zeitpunkt der Befragung einschätzen (mindestens ein Jahr nach Abschluss der Ausbildung). Die Ausbildungsteilnehmer/innen ($n = 128$, Rücklaufquote: 38 %) nahmen einen deutlichen Zuwachs ihrer Fähigkeit wahr, die therapeutischen Wirkprinzipien nach Grawe (1995) zu realisieren (aktive Hilfe/ Problembewältigung, Klärungsarbeit, Problemaktualisierung, Ressourcenaktivierung und Gestaltung der therapeutischen Beziehung). In einer Teilstichprobe von 24 Ausbildungsteilnehmer/innen, die zusätzlich zur Verhaltenstherapie-Ausbildung bereits andere therapeutische Ausbildungen abgeschlossen hatten, wurde die Verbesserung der therapeutischen Kompetenz in erster Linie der Supervision (19 %) und der Selbsterfahrung (14 %) zugeschrieben. Etwas weniger trugen aus Sicht dieser Teilnehmer/innen theorievermittelnde Seminare (11 %), das Erstellen von Falldokumentationen (10 %) sowie das Gruppenerlebnis in der Ausbildung (6 %) zum Kompetenzerwerb bei. Bemerkenswert ist, dass auch Faktoren außerhalb der Verhaltenstherapie-Ausbildung eine große Bedeutung für die Kompetenzentwicklung beigemessen wird. Dies sind zum einen zusätzliche Therapieausbildungen (17 %), aber auch die Durchführung von Therapien ohne Supervision (15 %) sowie der bloße Zuwachs an Lebenserfahrung (10 %).

Eine vergleichbare Studie wurde von Zimmer und Zimmer (1998) an der *TAVT – Private Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie* durchgeführt. Die Ausbildungsteilnehmer/innen sollten bewerten, wie hilfreich für sie die verschiedenen Ausbildungsbausteine für den Erwerb von methodischen Kompetenzen, von Kompetenzen zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung und von persönlichen Kompetenzen waren. Die befragten Therapeutinnen und Therapeuten ($n = 75$) hatten die theoretisch-praktische Ausbildung zwischen 1990 und 1998 abgeschlossen, mussten jedoch noch Ausbildungsfälle beenden und dokumentieren. Die Selbsterfahrung umfasste 80 Stunden als kontinuierliche Gruppe unter konstanter Leitung im ersten Ausbildungsjahr und 30 Stunden Einzelselbsterfahrung, die in der Regel nach der Gruppenselbsterfahrung absolviert wurden. Alle Ausbildungsbausteine wurden von den Teilnehmer/innen ähnlich positiv beurteilt (Skala von 1 „sehr hilfreich“ bis 5 „überhaupt nicht hilfreich“). Am hilfreichsten waren aus ihrer Sicht die Einzelsupervision ($M = 1,9$) und die Gruppensupervision ($M = 2,2$). Als ähnlich hilfreich wurden auch Einzelselbsterfahrung ($M = 2,3$), Gruppenselbsterfahrung ($M = 2,4$) sowie Blockseminare ($M = 2,3$) eingestuft. Lediglich die Nachmittagsseminare ($M = 2,6$) wurden etwas ungünstiger beurteilt.

Petzold, Hass und Märtens (1998) befragten 1200 Teilnehmer/innen der vom *Fritz Perls Institut (FPI)* und der *Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG)* angebotenen Aus- und Weiterbildungen in Integrativer Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychotherapie und Bewegungstherapie (Rücklaufquote: 38 %). Die verschiedenen Ausbildungsbausteine sollten auf einer Skala von 1 bis 5 benotet werden. Am besten wurde die 250 Stunden umfassende Lehranalyse mit der Note 1,8 bewertet ($n = 125$). Nahezu ebenso gute Noten erhielten die Kontrollanalyse ($M = 2,2$;

$n = 57$) sowie die „fortlaufende Supervision“ ($M = 2,2$; $n = 99$) und die „Supervision“ ($M = 2,1$; $n = 80$). Die konzeptuellen Unterschiede dieser Ausbildungsbausteine werden von den Autoren nicht erläutert. Weniger positiv wurden auch in dieser Studie das Theorieprogramm ($M = 2,8$; $n = 130$) sowie die Methodik- und Theorieseminare ($M = 2,6$; $n = 145$) bewertet. Auffällig ist, dass die Selbsterfahrungs- und Ausbildungsgruppe mit der Note 2,8 ($n = 145$) insgesamt am schlechtesten abschnitt.

In einer weiteren Untersuchung erhoben Petzold und Steffan (2000), in welchem Ausmaß die Teilnehmer/innen der Ausbildungskurse von *FPI* und *EAG* ($n = 148$) sich durch die verschiedenen Selbsterfahrungsangebote in ihrer professionellen und persönlichen Entwicklung gefördert sehen. Die Bewertung erfolgte auf einer 11-stufigen Ratingskala von 0 Prozent („gar nicht“) bis 100 Prozent („sehr“). Insgesamt wurde der Beitrag der Lehrtherapie ($M = 78$ %) und der Gruppenselbsterfahrung ($M = 73$ %) positiver beurteilt als der Beitrag der Selbsterfahrung im Rahmen von Supervision ($M = 69$ %) und Methodikseminaren ($M = 71$ %). Dabei trugen aus Sicht der Teilnehmer/innen Lehrtherapie und Gruppenselbsterfahrung stärker zur persönlichen Entwicklung bei, während sie sich in ihrer professionelle Entwicklung stärker durch die Selbsterfahrung im Rahmen von Supervision und Methodikseminaren unterstützt fühlten.

Bei der Bewertung dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es für die Ausbildungsteilnehmer/innen eine äußerst schwierige Aufgabe darstellt, zu benennen, welche Ausbildungselemente in welchem Ausmaß zum Kompetenzerwerb beigetragen haben. Es ist davon auszugehen, dass ihr Urteil eher auf einem allgemeinen Eindruck und ihrem Interesse an den einzelnen Ausbildungselementen basiert als auf einer präzisen Erinnerung an einzelne Lernepisoden. Hinzu kommt, dass die therapeutischen Fähigkeiten der Teilnehmer/innen auch aus theoretischer Sicht durch ein Zusammenwirken der Ausbildungsbausteine geschult werden sollen.

Dennoch ist festzuhalten, dass aus der Perspektive der Auszubildenden die Selbsterfahrung einen maßgeblichen Beitrag zur Kompetenzentwicklung leistet. Das gilt nicht nur für die Verhaltenstherapie-Ausbildung, sondern auch die Ausbildung in Integrativer Therapie (Petzold, Hass und Märten, 1998; Petzold & Steffan, 2000) und Systemischer Therapie (Klicpera, 1997; Rücker-Emden-Jonasch, 1993).

Deutlich kritischer äußerten sich jedoch die von Bruch (1996) befragten Teilnehmer/innen einer Verhaltenstherapie-Ausbildung an einem Institut der Kassenärztlichen Vereinigung, die eine Selbsterfahrung nach gruppenspezifischen und psychoanalytischen Konzepten absolvierten (Angaben zur Stichprobengröße fehlen). Jeweils 37,5 Prozent der Teilnehmer/innen waren der Ansicht, Selbsterfahrung sei kaum relevant für den Erwerb therapeutischer Kompetenz, könne aber nicht schaden bzw. sei begrenzt sinnvoll. Nur jeweils 12,5 Prozent der Teilnehmer/innen sahen eine deutliche Verbesserung ihrer therapeutischen Kompetenz durch Selbsterfahrung bzw. betrachteten die Selbsterfahrung als Grundvoraussetzung für den Erwerb therapeutischer

Kompetenz. Überraschend ist, dass dennoch nahezu zwei Drittel der Befragten der Aussage zustimmten „Selbsterfahrung sollte eine Pflichtveranstaltung im Curriculum sein“.

5.2.2 Positive Effekte

Interessanter noch als die Frage, wie die Ausbildungsteilnehmerinnen die Selbsterfahrung im Vergleich mit anderen Ausbildungselementen bewerten, ist, welche spezifischen Entwicklungsimpulse sie der Selbsterfahrung zuschreiben.

Die von Zimmer und Zimmer (1998) an der TAVT durchgeführte Untersuchung ergab, dass nach Einschätzung der Ausbildungsteilnehmer/innen die Gruppenselbsterfahrung (80 Stunden als fortlaufende Gruppe unter konstanter Leitung im ersten Ausbildungsjahr) vor allem die Fähigkeit förderte, das Beziehungsverhalten von Patientinnen/ Patienten sensibler wahrzunehmen ($M = 1,93$; Skala von 1 „sehr hilfreich“ bis 5 „überhaupt nicht hilfreich“) und mit Emotionen von Patientinnen/ Patienten umzugehen ($M = 2,16$), das therapeutische Einfühlungsvermögen schulte ($M = 2,19$) und darüber hinaus hilfreich war, um eigene kognitiv-emotionale Schemata ($M = 2,08$) und eigene Grenzen ($M = 2,11$) besser kennenzulernen. Die Bewertung der 30 Stunden umfassenden Einzelselbsterfahrung, die in der Regel im Anschluss an die Gruppenselbsterfahrung absolviert wurde, unterschied sich davon nur unwesentlich, fiel insgesamt jedoch noch etwas positiver aus. Beide Selbsterfahrungsangebote waren aus Sicht der Teilnehmer/innen vor allem geeignet, persönliche Kompetenzen und die Fähigkeit zur Selbstreflexion zu erweitern (Kenntnis eigener kognitiv-emotionaler Schemata, Kenntnis eigener Fähigkeiten und Grenzen). Als vergleichsweise gering wurde hingegen der Beitrag der Selbsterfahrung zur Verbesserung der allgemeinen methodischen Kompetenzen (Klarheit im Verständnis der Aufgabe als Therapeut/in, Therapiekonzeption und Planung, Anwendung von Verfahren) eingeschätzt.

Döring-Seipel, Schüler und Seipel (1995) befragten 53 Teilnehmer/innen von vier Selbsterfahrungsgruppen der *Weiterbildungseinrichtung für klinische Verhaltenstherapie e. V. (WKV), Marburg*. Die Selbsterfahrung umfasste 100 Stunden und wurde in fünf Blockveranstaltungen gemeinsam von einer Gruppenleiterin und einem Gruppenleiter durchgeführt. Die Bewertung der Selbsterfahrung erfolgte anhand eines 24 Items umfassenden Fragebogens auf einer Skala von 1 „trifft genau zu“ bis 7 „trifft überhaupt nicht zu“. Besonders positiv äußerten die Teilnehmer/innen sich über die Auswirkung der Selbsterfahrung auf das Gruppenklima in der Ausbildungsgruppe ($M = 2,4$). Auf relativ große Zustimmung stießen auch Items aus den Bereichen Methodenkompetenz (z. B. Erwerb therapeutischer Sicherheit) ($M = 2,9$) und Umgang mit belastenden Therapiesituationen ($M = 3,0$). Der Beitrag der Selbsterfahrung zur Verbesserung der Beziehungskompetenz ($M = 3,9$) und der Ressourcenkompetenz (z. B. Kenntnis eigener Stärken) ($M = 3,8$) wurde dagegen als weniger bedeutsam bewertet. Die von den Autoren vermutete Faktorenstruktur (Methoden-, Ressourcen- und Beziehungskompetenz) konnte nicht bestätigt werden.

Lieb (1998c) führte am *Institut für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie (IFKV), Bad Dürkheim* eine Querschnittsstudie durch, bei der ehemalige Ausbildungsteilnehmer/innen ($n = 28$) und Teilnehmer/innen aktueller Selbsterfahrungskurse ($n = 67$), deren Befragung am Ende der letzten Sitzung durchgeführt wurde, angeben sollten, welche Veränderungen sie der Selbsterfahrung zuschreiben. Erfasst wurde der Kompetenzzuwachs in den Bereichen *Neuverstehen von sich selbst, Verhinderung von Burnout, Interaktionelle Kompetenz in der Therapie, Bewältigung eigener Gefühle und Probleme in der Therapie, Verhaltensänderung im arbeitsbezogenen Kontext, Einstellung- und Idealbildänderung, Selbstvertrauen und Ressourcenentdeckung, Verhaltenstherapeutische Methoden in Eigenerfahrung* und *Allgemeine Kompetenzerweiterung im sozialen und privaten Leben*. Die Einschätzung erfolgte auf einer Skala von 1 „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 „trifft sehr zu“. Die Auszubildenden beschrieben die größten Veränderungen in den Bereichen *Selbstvertrauen und Ressourcenentdeckung* ($M = 3,4$), *Neuverstehen von sich selbst* ($M = 3,3$) und *Verhaltenstherapeutische Methoden in Eigenerfahrung* ($M = 3,3$). Etwas geringere Veränderungen gaben sie für die Bereiche *Einstellungs- und Idealbildänderung* ($M = 2,7$), *Allgemeine Kompetenzerweiterung* ($M = 2,8$) und *Verhinderung von Burnout* ($M = 2,9$) an.

Hippler (1994b) befragte die Teilnehmer/innen von vier Selbsterfahrungsgruppen (70 Doppelstunden an acht Wochenenden), die im Rahmen der Verhaltenstherapie-Ausbildung verschiedener Ausbildungsinstitute durchgeführt wurden ($n = 25$). Zu Beginn der Selbsterfahrung sollten die Teilnehmer/innen anhand von 32 Items ihre Erwartungen beschreiben, nach Abschluss der Selbsterfahrung sollten die tatsächlichen Ergebnisse bewertet werden (Skala von 0 „trifft gar nicht zu“ bis 6 „stimmt genau“). Insgesamt wurden die Erwartungen der Teilnehmer/innen weitgehend erfüllt. Die Rangreihenbildung zeigte, dass Selbsterfahrung bei den Auszubildenden auf großes Interesse stieß und vor allem ermöglichte, sich selbst besser kennenzulernen. Sie gaben an, eigene blinde Flecken und Kommunikationsprobleme besser zu kennen, sich mit der eigenen Lebensgeschichte befasst zu haben und eigene Reaktionen auf Klientinnen besser einschätzen zu können. Weniger profitierten sie dagegen im Hinblick auf den Umgang mit schwierigen Therapiesituationen (z. B. Umgang mit Weinen/ Trauer oder Suiziddrohungen/ Suizidgefährdung) und mit eigenen Fehlern in der Therapie.

Schmelzer und Pöhlmann (1996) untersuchten die Erwartungen von Ausbildungsteilnehmern und Lehrtherapeuten/ Supervisoren der *Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation (AVM Deutschland)* an eine verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung. Die Ausbildungsteilnehmer/innen ($n = 75$) sollten ihre Wünsche hinsichtlich der Inhalte der Selbsterfahrung angeben, während die Lehrtherapeutinnen/ Lehrtherapeuten ($n = 15$) die Notwendigkeit, bestimmte Inhalte in der Selbsterfahrung zu bearbeiten, einschätzen sollten. Der Fragebogen umfasste 98 Items. Insgesamt stimmten Teilnehmerwünsche und Expertenurteil weitgehend überein. Besondere

Bedeutung maßen Teilnehmer/innen und Lehrtherapeutinnen/ Lehrtherapeuten Themen mit unmittelbarem Bezug zur therapeutischen Tätigkeit (Umgang mit schwierigen Therapiesituationen) und Themen aus dem Bereich „Persönliche Psychohygiene“ bei. Zudem hielten beide Gruppen eine Auseinandersetzung mit der eigenen Lebens- und Lerngeschichte und mit der persönlichen Berufsmotivation für wünschenswert und notwendig. Unterschiede bestanden insofern, als die Lehrtherapeutinnen/ Lehrtherapeuten der Auseinandersetzung mit berufsethischen Fragen und der professionellen Identitätsfindung eine größere Relevanz zusprachen und insgesamt einen engeren Bezug zwischen Selbsterfahrung und beruflicher Situation für erforderlich erachteten, während bei den Auszubildenden ein ausgeprägter Wunsch bestand, Themen aus dem Bereich „Allgemeine Selbstkenntnis/ Wissen über sich selbst“ zu bearbeiten.

Die Auswertung des zweiten Teils des Fragebogens, in dem die Ausbildungsteilnehmer/innen zu offen formulierten Fragen Stellung nehmen sollten, bestätigte dieses Ergebnis. Deutlich wurde, dass Selbsterfahrung aus Sicht der Teilnehmer/innen in erster Linie dazu dienen sollte, eigene Stärken und Schwächen kennenzulernen ($n = 53$) und sich besser in Patientinnen/ Patienten einfühlen zu können ($n = 36$). Darüber hinaus erwarteten die Auszubildenden auch Anregungen für ihr persönliches Wachstum ($n = 17$). Der Wunsch, eine Hilfestellung bei beruflichen und privaten Probleme zu erhalten, wurde jedoch nur selten geäußert ($n = 2$).

Klicpera (1997) befragte 41 Absolventinnen und Absolventen einer dreijährigen Familientherapie-Ausbildung (überwiegend Sozialarbeiter/innen und Erzieher/innen). Die Selbsterfahrung wurde in drei 7tägigen Blockveranstaltungen durchgeführt. Auch in dieser Studie wurden Selbsterfahrung und Supervision hinsichtlich ihres Nutzens für den Erwerb therapeutischer Kompetenzen insgesamt positiver bewertet als theorievermittelnde Blockveranstaltungen, Peer-Gruppen- und Projektarbeit. Anhand einer 5stufigen Skala („kaum“, „etwas“, „mäßig“, „recht stark“, „sehr stark“) sollte die Bedeutsamkeit verschiedener Selbsterfahrungsthemen eingeschätzt werden. Aus Sicht der Ausbildungsteilnehmer/innen gingen wesentliche Anregungen von der Auseinandersetzung mit der eigenen Prägung durch die Herkunftsfamilie und mit den gegenwärtigen persönlichen Beziehungen aus (etwa 80 Prozent der Teilnehmer/innen stufen die Bedeutsamkeit dieser Themen als „recht stark“ bzw. „sehr stark“ ein). Ähnlich wichtig war es für die Teilnehmer/innen, eigene Stärken zu entdecken und die systemische Arbeitsweise aus einer anderen Rolle als der des Therapeuten kennenzulernen. Als etwas weniger bedeutsam wurde die Bearbeitung persönlicher Probleme und die Auseinandersetzung mit dem eigenen Umgang mit Gefühlen bewertet (etwa 50 Prozent der Teilnehmer/innen stufen die Bedeutsamkeit dieser Themen als „recht stark“ bzw. „sehr stark“ ein).

5.2.3 Negative Effekte

Mögliche negative Auswirkungen von Selbsterfahrung wurden bisher kaum untersucht. Die Studie von Lieb (1998c) zeigte, dass negative Aussagen zur Selbsterfahrung weder bei den Auszubildenden noch bei Lehrtherapeutinnen und Lehrtherapeuten Zustimmung finden (Beispielitems: „Meines Erachtens hat sich bei mir durch die Selbsterfahrung nicht viel verändert.“, „Selbsterfahrung ist für gute Therapeuten überflüssig und macht schlechte nicht besser.“ oder „Die Selbsterfahrung hat mich insgesamt mehr verunsichert als gestärkt.“). Die Kritik, die in Antworten auf offen formulierte Fragen zum Ausdruck kam, spiegelte in dieser Studie vor allem die hohen Erwartungen der Teilnehmer/innen wider, die sich eine noch umfangreichere oder intensivere Selbsterfahrung wünschten („mehr Zeit für den einzelnen“, „mehr Öffnung untereinander“, „stärkere Reflexion des therapeutischen Handelns“, „stärkere Konzentration auf persönliche Probleme“, etc.).

Allerdings berichtet Bruch (1996), dass 25 Prozent der von ihm befragten Ausbildungsteilnehmer/innen eine vorwiegend an psychodynamischen und psychoanalytischen Konzepten orientierte Selbsterfahrung als unzureichend bewerteten, 50 Prozent die Veranstaltungen für verbesserungswürdig hielten und 12,5 Prozent sich unentschieden äußerten. Nur ein Viertel der Teilnehmer/innen bewertete die Veranstaltungen als akzeptabel, niemand bewertete sie als positiv. In ihren Antworten auf offen formulierte Fragen gaben zwar 75 Prozent der Teilnehmer/innen an, positive Lernerfahrungen gemacht zu haben, 50 Prozent berichteten jedoch auch über negative Lernerfahrungen. 87,5 Prozent der Teilnehmer/innen hatten in der Selbsterfahrung „Schwierigkeiten“ oder „Probleme“ erlebt, doch nur jeder vierte machte einen Verbesserungsvorschlag. Welcher Art die Lernerfahrungen und die von den Teilnehmerinnen erlebten Schwierigkeiten und Probleme waren, wird von Bruch (1996) nicht näher ausgeführt.

Rücker-Emden-Jonasch (1993) befragte 102 Teilnehmer/innen von Veranstaltungen der *Internationalen Gesellschaft für systemische Therapie, IGST Heidelberg*, die im Rahmen ihrer Ausbildung verschiedene Formen von Selbsterfahrung kennengelernt hatten. Insgesamt wurde die Selbsterfahrung äußerst positiv beurteilt. 87 Prozent der Männer und 91 Prozent der Frauen betrachteten Selbsterfahrung als unerlässlich bzw. sehr hilfreich, niemand betrachtete sie als überflüssig. Die Frage nach negativen Erfahrungen bzw. Behinderungen durch Selbsterfahrung bejahte nur ein Mann (4 %) aber immerhin 12 Frauen (15 %). Sie erlebten sich als in ihrer persönlichen Entwicklung behindert, wenn männliche Gruppenleiter und/ oder Teilnehmer die Selbsterfahrung dominierten. Darüber hinaus wurden defizitorientierte Verfahren abgelehnt, denen von einigen auch die Psychoanalyse zugerechnet wurde, aber auch Gruppen, in denen z. B. die Beschimpfung von Eltern als Zeichen der Ablösung gedeutet wurde.

5.2.4 Differentielle Effekte und Wirkprinzipien

Abschließend werden Studien dargestellt, die differentielle Effekte von Selbsterfahrung untersuchen und der Frage nachgehen, mit welchen Variablen günstige Effekte von Selbsterfahrung zusammenhängen. Mit einer Ausnahme (Schön, Frank und Vaitl, 1998) handelt es sich um Querschnittsstudien, in denen die Zusammenhänge korrelativ oder im direkten Gruppenvergleich ermittelt wurden.

Es liegt auf der Hand, dass der wahrgenommene Gewinn durch die Selbsterfahrung in hohem Maße von den Inhalten des jeweiligen Kurses abhängt. Dies bestätigen Befunde unserer Arbeitsgruppe (Schön, Frank und Vaitl, 1998). Insgesamt war die Zufriedenheit der Teilnehmer/innen mit verschiedenen Aspekten der themenorientierten Selbsterfahrungskurse, die im Rahmen der *Postgraduierten-Ausbildung in Klinischer Psychologie/ Verhaltenstherapie* an der *Universität Gießen* durchgeführt wurden, sehr groß. Je nach inhaltlichem Schwerpunkt wurden den Kursen unterschiedliche Anregungen entnommen und der Gewinn für die therapeutische Arbeit und die persönliche Entwicklung unterschiedlich bewertet. In einer Studie von Schulz, Flotho, Lübke und Hahlweg (1998) schätzten die Teilnehmer/innen des *Weiterbildungsgangs Braunschweig in Klinischer Psychologie und Psychotherapie (WGBS)* den professionellen und persönlichen Nutzen des Kurses „Zielorientierte Selbstreflexion“ deutlich positiver ein als den Nutzen der Kurse „Selbstmodifikation“ und „Psychodrama“.

Mit Blick auf mögliche Wirkprinzipien zeigte die Studie unserer Arbeitsgruppe, dass Auszubildende, die mit verschiedenen Aspekten der Selbsterfahrung zufriedener waren, vier Wochen nach der Selbsterfahrung angaben, mehr Anregungen erhalten zu haben (Schön, Frank und Vaitl, 1998). Prognostisch bedeutsam waren vor allem die Zufriedenheit mit der Arbeitsatmosphäre und mit dem Nutzen der Selbsterfahrung für die persönliche Entwicklung.

Lieb (1998c, 1998d) ließ die Ausbildungsteilnehmer/innen selbst einschätzen, auf welche Faktoren die im Rahmen der Selbsterfahrung erzielten Veränderungen zurückzuführen sind. Deutlich wurde, dass die Teilnehmer/innen Gruppenfaktoren und der Arbeit des Gruppenleiters (v. a. der Akzeptanz durch den Gruppenleiter) mehr Bedeutung beimessen als Konflikten und Krisen. Darüber hinaus waren aus ihrer Sicht die intensive Beschäftigung mit dem Thema der Selbsterfahrung auch außerhalb der jeweiligen Sitzung und das Einbringen persönlicher Probleme besonders wirkungsvoll. Eine eigene Verhaltensanalyse und Selbstmodifikation bewerteten sie mit Blick auf die erzielten Veränderungen dagegen als weniger relevant. Ein Mediatoreffekt *aller* erfassten Faktoren konnte auch statistisch abgesichert werden, d. h. das Ausmaß der im Rahmen der Selbsterfahrung erzielten Veränderungen war nicht auf die bloße Verweildauer in der Ausbildung, sondern auf das subjektive Vorhandensein der Wirkfaktoren zurückzuführen.

Auch Klicpera (1997) konnte Zusammenhänge zwischen der Einschätzung des Erreichens der Ausbildungsziele (Aneignung der systemischen Sichtweise, Verbesserung der therapeutischen Kompetenzen) und der Beurteilung der Ausbildung durch die Teilnehmer/innen nachweisen. Für die Vorhersage des subjektiven Gewinns war in erster Linie entscheidend, dass die Teilnehmer/innen (a) den Lehrtherapeutinnen und Lehrtherapeuten ein hohes Maß an Strukturierungsfähigkeit sowie die Fähigkeit, Theorie und Praxis zu verbinden, zuschrieben, (b) die Systematik im Aufbau der Ausbildung und hohe Anforderungen an die eigene Mitarbeit wahrnahmen und (c) die Supervisionsgruppe und deren Rückmeldungen hinsichtlich ihrer Stärken und Schwächen positiv bewerteten. Obwohl die Selbsterfahrung aus Sicht der Teilnehmer/innen besonders gewinnbringend war, bestand kein Zusammenhang zwischen der Bewertung der Selbsterfahrung und dem Erreichen der Ausbildungsziele.

Zusammenhänge zwischen dem wahrgenommenen Anregungsgehalt der Selbsterfahrung und demographischen Variablen wurden in den bisher durchgeführten Studien nur selten analysiert. Mit Geschlechtsunterschieden befasste sich lediglich Rücker-Emden-Jonasch (1993) eingehender. In ihrer Studie berichteten Frauen häufiger als Männer über negative Erfahrungen oder Behinderungen durch die Selbsterfahrung. In der Studie von Lieb (1998c, 1998d) schätzten männliche Ausbildungsteilnehmer den Gewinn hinsichtlich ihrer professionellen interaktionellen Kompetenz sowie hinsichtlich ihrer persönlichen sozialen Kompetenz als größer ein als weibliche Ausbildungsteilnehmerinnen. Zudem stuften die männlichen Ausbildungsteilnehmer ihre Auseinandersetzung mit verhaltenstherapeutischer Methoden in Eigenerfahrung als intensiver ein.

Zusammenhänge mit der Berufsgruppenzugehörigkeit (Psychologinnen/ Psychologen vs. Ärztinnen/ Ärzte) fanden sich in der Studie von Lieb (1998c, 1998d) nicht. In der Studie von Petzold und Steffan (2000) sahen sich Psychologen, Ärzte und Sozialpädagogen gleichermaßen in ihrer Professionalität gefördert. Sozialpädagogen schrieben der Selbsterfahrung jedoch einen größeren Einfluss auf ihre persönliche Entwicklung zu als die beiden anderen Berufsgruppen.

Hinsichtlich der Bedeutung der Berufserfahrung der Teilnehmer/innen zeigte die Studie von Lieb (1998c, 1998d), dass umfangreichere Erfahrungen im stationären Bereich mit einem größeren Zuwachs an Selbstvertrauen einhergingen. Schön, Frank und Vaitl (1998) stellten fest, dass Auszubildende, die mehr Therapiesitzungen durchgeführt und eine größere Bandbreite psychischer Störungen behandelt hatten, vier Wochen nach der Selbsterfahrung mehr Anregungen erinnerten. Ein Zusammenhang mit der Anzahl der umgesetzten Anregungen bestand jedoch nicht.

Ebenfalls noch unklar ist, in welcher Beziehung Ausbildungsstand der Teilnehmer/innen und subjektiver Gewinn stehen. Während in der Studie von Lieb (1998c, 1998d) die Teilnehmer/innen in höheren Maße von der Selbsterfahrung profitierten, die sich bereits länger in Ausbildung befanden und eine ausgeprägtere verhaltens-

therapeutische Orientierung angaben, nahm in der Studie von Petzold und Steffan (2000) der wahrgenommene Nutzen der Selbsterfahrung für die professionelle Entwicklung ab, je fortgeschrittener die Teilnehmer/innen in ihrer Ausbildung waren. Hinsichtlich des wahrgenommenen Nutzens für die persönliche Entwicklung bestanden keine Unterschiede in Abhängigkeit vom Ausbildungsstand.

Insgesamt sind bisher keine zuverlässigen empirisch fundierten Aussagen darüber möglich, welche Faktoren positive Effekte von Selbsterfahrung (bzw. deren Wahrnehmung durch die Teilnehmerinnen) begünstigen.

5.3 Fazit

Nahezu alle Psychotherapeutinnen und -therapeuten nehmen in erheblichem Umfang Eigetherapien und Selbsterfahrung in Anspruch, auch außerhalb der Ausbildung und der eigenen Therapieschule. Die Auswirkungen „therapieschulfremder“ Selbsterfahrung auf die theoretische Orientierung und die Durchführung von Therapien wurden bisher nicht untersucht.

Eigetherapien werden vielfach aus persönlichen Gründen begonnen aber auch zur beruflichen Weiterentwicklung genutzt. Ebenso wie Eigetherapien wird auch Selbsterfahrung durchgängig sehr positiv bewertet. Als wichtige Ergebnisse werden vor allem der Zuwachs an Selbstkenntnis und Selbstvertrauen, eine Verbesserung der Empathiefähigkeit und des Verständnisses für die interaktionelle Prozesse in Therapien genannt. Darüber hinaus bietet Selbsterfahrung, so wie sie derzeit im Rahmen der Verhaltenstherapie-Ausbildung durchgeführt wird, den angehenden Therapeutinnen und Therapeuten die Gelegenheit, sich auf schwierige Therapiesituationen vorzubereiten, und fördert den kompetenten Umgang mit verhaltenstherapeutischen Methoden. Negative Auswirkungen von Eigetherapien und Selbsterfahrung werden nur vereinzelt berichtet. Die Auszubildenden erwarten neben einer hohen persönlichen Relevanz der Selbsterfahrung auch einen klaren Praxisbezug, sehen sich aber zum Teil in diesen Erwartungen enttäuscht.

Differentielle Effekte und Wirkprinzipien von Eigetherapien und Selbsterfahrung wurden bisher kaum untersucht. Verschiedene Studien zeigen jedoch, dass eine globale Bewertung zu kurz greift und eine deutlich differenziertere Betrachtung erforderlich ist. Insbesondere sollten die spezifische Zielsetzung sowie die bearbeiteten Inhalte und eingesetzten Methoden beschrieben und bei der Interpretation der Befunde berücksichtigt werden.

6 Fragestellung und Konzeption der Studie

Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung stößt erst seit kurzem auf wissenschaftliches Interesse. Auch wenn heute niemand mehr ernsthaft daran zweifelt, dass Selbsterfahrung ein wichtiger Bestandteil der Ausbildung von Verhaltenstherapeutinnen und –therapeuten ist, stehen die Bemühungen um eine theoretische und empirische Fundierung von Selbsterfahrung noch ganz am Anfang. Zwar wurden zahlreiche Selbsterfahrungskonzepte entwickelt und inzwischen auch publiziert, diese basieren jedoch mehr auf klinischen Erfahrungen von Expertinnen und Experten als auf empirisch gesichertem Wissen. Eine umfassende Diskussion von Vorzügen und Nachteilen verschiedener Selbsterfahrungskonzepte steht noch aus, so dass eine Auswahl und/ oder Integration besonders geeigneter Ansätze und die Entwicklung eines konsensfähigen konzeptionellen Rahmens für Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung nicht so bald zu erwarten ist.

Die vergleichende Bewertung der verschiedenen Selbsterfahrungskonzepte wird dadurch erschwert, dass der empirischen Erforschung von Prozessen und Ergebnissen verhaltenstherapeutischer Ausbildung insgesamt bislang zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde (vgl. Frank & Vaitl, 1998). Nur vereinzelt wurde der Versuch unternommen, die erwarteten Effekte von Selbsterfahrung auch empirisch abzusichern (vgl. Abschnitt 5.2). Angesichts der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes weisen die durchgeführten Studien zahlreiche methodische Probleme auf, so dass eine Generalisierung der Ergebnisse nur beschränkt möglich ist. Noch fehlt eine Datenbasis, die zuverlässige Aussagen darüber erlaubt, in welcher Form Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung besonders gewinnbringend ist. Zudem ergeben sich aus der bisherigen Forschung kaum empirisch gesicherte Anhaltspunkte, welche *spezifischen* Qualitätsmerkmale für Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung von Bedeutung sind.

Die Forschungsfragen der vorliegenden Studie sind deshalb auf einem sehr grundlegenden Niveau angesiedelt. Vorrangiges Ziel ist es, die Qualität des Selbsterfahrungsprogramms zu überprüfen, das im Rahmen der postgradualen Verhaltenstherapie-Ausbildung am Fachbereich Psychologie der Universität Gießen angeboten wird. Ansätze zur Optimierung verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung sollen aufgezeigt und diskutiert werden.

6.1 Qualitätsmerkmale aus Teilnehmersicht

Die Durchführung einer Evaluationsstudie erfordert es, Merkmale zu bestimmen und Kriterien festzulegen, anhand derer Prozess- und Ergebnisqualität bemessen werden können. Ganz zentral ist dabei die Frage, woraus sich die Qualität einer Verhaltenstherapie-Ausbildung im Allgemeinen und die Qualität des Ausbildungselements Selbsterfahrung im Besonderen erschließt.

Jede Therapieausbildung soll die therapeutische Kompetenz der angehenden Therapeutinnen und Therapeuten fördern, d. h. mittelbar die Qualität der von ihnen durchgeführten Therapien verbessern. Ausbildungsziel ist es, dass die Auszubildenden die Fähigkeit erwerben, therapeutische Prozesse wirkungsvoll zu initiieren und zu begleiten (vgl. Abschnitt 2.2).

Selbsterfahrung soll als eigenständiger Ausbildungsbaustein einen spezifischen Beitrag zur Vermittlung therapeutischer Kompetenzen leisten, der die theoretische Ausbildung und die praktische Ausbildung durch Supervision sinnvoll ergänzt. Die Mehrzahl der für die Selbsterfahrung teilweise kontrovers diskutierten Ziele und Funktionen läßt sich dahingehend zusammenfassen, dass die Auszubildenden die Fähigkeit erwerben sollen, die Anforderungen der therapeutischen Situation so zu bewältigen, dass sie ihre persönlichen Stärken gewinnbringend nutzen und Risiken für den therapeutischen Prozess, die von ihrer Person ausgehen, begrenzen (vgl. Abschnitt 2.4). Die gezielte und systematische Auseinandersetzung der Therapeutinnen/ Therapeuten mit sich selbst im Rahmen der Selbsterfahrung soll damit letztlich den behandelten Patientinnen/ Patienten zugute kommen.

Deshalb liegt es nahe, von einer Evaluationsstudie zu fordern, dass die Auswirkungen von Selbsterfahrung auf die therapeutische Praxis direkt mittels Verhaltensbeobachtung und Patientenbefragung geprüft werden. Aufgrund der zahlreichen noch bestehenden konzeptuellen Unklarheiten und methodischen Probleme erscheint ein solches Vorgehen zum gegenwärtigen Zeitpunkt jedoch wenig praktikabel und verfrüht. Die Vorstellungen darüber, welche spezifischen Auswirkungen der Selbsterfahrung von Therapeuten auf die Behandlung einzelner Patienten zu welchem Zeitpunkt zu erwarten sind, sind so unpräzise, dass der Versuch, sie zu erfassen, wenig erfolgversprechend ist.

Aus diesem Grunde stehen in der vorliegenden Studie ebenso wie in nahezu allen bisher durchgeführten Untersuchungen die Erfahrungen der Teilnehmer/innen im Mittelpunkt des Interesses.

Selbsterfahrung soll die Selbstregulationsfähigkeit der angehenden Therapeutinnen und Therapeuten fördern, d. h. die Fähigkeit schulen, das eigene Verhalten in der therapeutischen Situation gezielt und professionell zu steuern (vgl. Abschnitt 2.2.2). Dies gilt sowohl für Interventionen zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung als auch für die patientengerechte Umsetzung therapeutischer Methoden und die strategische Therapieplanung. In der Selbsterfahrung sollen durch *systematische Reflexion* emotional bedeutsamer Erfahrungen Lernprozesse angestoßen werden, die in ein therapeutisch wirkungsvolles Verhalten im Umgang mit Patientinnen/ Patienten münden. Damit ist Selbsterfahrung konzeptuell so angelegt, dass die Teilnehmer/innen sich der erzielten Veränderungen (von Gefühlen, Einstellungen und Verhalten) mindestens im Ansatz bewusst sein sollten und darüber Auskunft geben können.

Die Angaben der Teilnehmer/innen über ihre Erfahrungen mit Ausbildungsinhalten und –methoden und ihre Einschätzung des eigenen Lernerfolgs liefern zudem wichtige Informationen über die Stärken und Schwächen der Ausbildung, die als Grundlage für Maßnahmen der Qualitätssicherung und –entwicklung dienen können. Deshalb sollte die Evaluation einer Ausbildung die Erfassung der Einstellungen und Meinungen der Teilnehmer/innen über die Ausbildung ebenso wie ihre Anregungen zur (Um-)Gestaltung der Ausbildung einschließen (Kirkpatrick, 1979).

Auch wenn sich die Komplexität der Ausbildungsprozesse aus Teilnehmerperspektive nicht vollständig erschließt und die Sichtweise der Teilnehmer/innen von persönlichen Interessen geprägt sein kann (z. B. unangemessen positive Bewertung der Ausbildung zur Verminderung von kognitiver Dissonanz oder aus Angst vor negativen Folgen kritischer Äußerungen), ist davon auszugehen, dass die Teilnehmer/innen sich Gedanken über ihre Ausbildung machen, in die sie viel investieren, und dass sie ein Interesse daran haben, dass ihre Erfahrungen in Bemühungen um eine Verbesserung der Ausbildung einfließen.

In der vorliegenden Studie werden qualitative und quantitative Methoden der Datenerhebung und –auswertung kombiniert, um die Perspektive der Teilnehmer/innen möglichst umfassend abzubilden. Im Zentrum steht die Frage, welche besonderen Lernmöglichkeiten Selbsterfahrung bietet und welche Aspekte der Kursgestaltung von den Auszubildenden als arbeitserleichternd bzw. störend erlebt werden.

Entscheidend ist dabei, *welche* Qualitätsmerkmale aus Teilnehmerperspektive zuverlässig beurteilt werden können und in einer Teilnehmerbefragung erfasst werden sollten – sowohl im Hinblick auf die Bewertung der Ausbildung selbst (Prozessqualität), als auch im Hinblick auf die Bewertung der Ausbildungseffekte (Ergebnisqualität).

6.1.1 Prozessqualität

Die Untersuchung der Lernbedingungen in der Selbsterfahrung und deren Zusammenhang mit dem Lernerfolg ist einerseits von großer praktischer Bedeutung, da sie zu einer Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität von Selbsterfahrung beiträgt. Andererseits kann sie über die in der Selbsterfahrung ablaufenden Prozesse Aufschluss geben und dient so der weiteren konzeptuellen Klärung.

Die bisher vorliegenden Studien zeigen zwar, dass verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung von den Auszubildenden insgesamt positiv erlebt und als gewinnbringend bewertet wird, zuverlässige Aussagen über Wirkprinzipien bzw. günstige und ungünstige Lernbedingungen können jedoch noch nicht getroffen werden (vgl. Abschnitt 5.2.4). Ausgehend von den inhaltlichen und didaktischen Besonderheiten des Ausbildungselements Selbsterfahrung werden in der vorliegenden Arbeit folgende Prozessmerkmale untersucht (vgl. Abschnitt 2.5):

a) Lernbereitschaft

Offenheit für neue Erfahrungen und die Bereitschaft zu aktiver Auseinandersetzung mit der eigenen Person sind nach Ansicht der meisten Autorinnen und Autoren eine unabdingbare Voraussetzung für Lernen durch Selbsterfahrung. Ohne eigenes Engagement ist eine therapeutische Weiterentwicklung nicht möglich. Dies betonen auch Modelle der sozialen Beeinflussung und allgemeinspsychologische Modelle der Entstehung beruflicher Expertise (vgl. Abschnitt 2.3). Anregungen werden erst dann aufgegriffen und umgesetzt, wenn auf seiten der Lernenden eine hohe Lernbereitschaft besteht, d. h. wenn sie motiviert sind, eigenes Verhalten kritisch zu reflektieren und, falls erforderlich, zu korrigieren.

b) Emotionale Beteiligung

Als „erfahrungsorientiertes Lernen“ (Seipel & Döring-Seipel, 1998) soll Selbsterfahrung Lernprozesse unter Einbeziehung aller Verhaltensebenen anstoßen. Dabei wird der unmittelbaren körperlich-emotionalen Beteiligung besondere Bedeutung beigemessen. Selbsterfahrung soll mehr beinhalten als die rein kognitive Auseinandersetzung mit der eigenen Person, Selbsterfahrung soll „unter die Haut gehen“. Empirisch noch nicht hinreichend geklärt ist, in welchem Ausmaß verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung tatsächlich von Befindlichkeitsänderungen begleitet ist und in welchem Zusammenhang diese mit dem Lernerfolg stehen. Zwei Studien der Gießener Arbeitsgruppe (Frank, 2000; Schön, Frank & Vaitl, 1998) zeigen, dass die Teilnehmer/innen von Selbsterfahrungskursen nur z. T. über bedeutsame Veränderungen ihres Körpererlebens berichten. Dennoch wurde der subjektive Gewinn durch die Selbsterfahrung positiv bewertet.

c) Zufriedenheit

Aus entwicklungspsychologischer Perspektive kann der Erwerb therapeutischer Kompetenzen dadurch gefördert werden, dass der aktuelle Stand der professionellen Entwicklung der angehenden Therapeutinnen/ Therapeuten und die damit einhergehenden Bedürfnisse nach Unterstützung Ermutigung und kritischer Konfrontation angemessen berücksichtigt werden (vgl. Abschnitt 2.3.1). Im Rahmen einer bedürfnisgerechten Ausbildung stellt die Zufriedenheit der Teilnehmer/innen mit dem Kursangebot ein spezifisches Qualitätsmerkmal dar. Sie spiegelt die gelungene Passung zwischen „Angebot“ und „Nachfrage“ wider: Auszubildende, die mit ihrer Selbsterfahrung zufrieden sind, fühlen sich weder über- noch unterfordert, sondern begreifen die wahrgenommenen Lernanreize als anregend für ihre weitere therapeutische Entwicklung. Eine positive Bewertung der Selbsterfahrung kann deshalb als günstige Voraussetzung für effektives Lernen verstanden werden.

d) Interaktion mit dem Kursleiter/ Arbeitsatmosphäre

Als weitere Besonderheit von Selbsterfahrung heben die meisten Konzepte interaktive Komponenten hervor. Mit Blick auf die angenommenen Lernprozesse werden dem Modelllernen und dem Lernen durch Identifikation eine große Bedeutung zugesprochen. Vertrauensvolle Beziehungen innerhalb der Gruppe und zwischen den Auszubildenden und der Kursleiterin/ dem Kursleiter gelten als Basis dafür, dass Anregungen aufgegriffen und umgesetzt werden (vgl. Abschnitt 2.3).

Für die Annahme, dass der Erwerb therapeutischer Kompetenzen maßgeblich durch die Qualität der Interaktion zwischen Lernenden und Lehrenden beeinflusst wird, finden sich auch empirische Belege: Verschiedene Studien zeigen, dass eine gute Supervisionsbeziehung effektives Lernen unterstützt (Allen, Szollos & Williams, 1986; Heppner & Handley, 1981; Heppner & Roehlke, 1984; Worthen & McNeill, 1996) und eine Studie von Lieb (1998d) ergab, dass aus Sicht der Teilnehmer/innen von Selbsterfahrungskursen Gruppenfaktoren und die Arbeit des Gruppenleiters besonders bedeutsame Wirkprinzipien sind.

6.1.2 Ergebnisqualität

Die lernzielorientierte Evaluation einer Ausbildung erfordert die spezifische Operationalisierung des angestrebten Lernerfolgs auf der Einstellungs- und Verhaltensebene. Durchgängig werden für die verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung jedoch Richt- und Grobziele angegeben, die so allgemein formuliert sind, dass sie nach Seipel und Döring-Seipel (1998) alles umfassen, was für eine therapeutisch arbeitende Person wünschenswert ist. Verschiedene Studien zeigen, dass auch die Erwartungen der Auszubildenden und der Lehrtherapeutinnen/ Lehrtherapeuten hinsichtlich des persönlichen und professionellen Gewinns durch die Selbsterfahrung überwiegend unspezifisch sind (Hippler, 1994b; Schmelzer & Pöhlmann, 1996).

Feinziele, die festlegen, in welchen Situationen sich die angehenden Therapeutinnen und Therapeuten aufgrund von neu hinzugekommenen Erfahrungen und deren Reflexion anders als bisher verhalten sollten, werden nicht explizit entwickelt. Methodisch problematisch ist vor allem, dass Feinziele dieser Art für jede Teilnehmerin und jeden Teilnehmer individuell bestimmt werden müssen – in Abhängigkeit von personenspezifischen Faktoren wie Kompetenzstand, persönlichen Stärken und Schwächen, sowie von kontextspezifischen Faktoren wie Art und Umfang der therapeutischen Arbeit (Einzel- vs. Gruppentherapie, stationäres vs. ambulantes Setting, Klientel, etc.).

In einer ersten Annäherung an dieses Problem werden in der vorliegenden Studie Bezüge zwischen allgemeinen und individuellen Zielen hergestellt, indem die Teilnehmer/innen angeregt werden, *konkrete* Situationen zu erinnern, in denen sie die neu erworbenen Kenntnisse umsetzen konnten. Dabei bietet die Teilnehmerbefragung den Vorteil, dass die Auswirkungen von Selbsterfahrung auf die therapeutische Praxis

nicht punktuell (d. h. aufgrund einer einzelnen Therapiesitzung oder der Behandlung eines einzelnen Patienten) beurteilt werden, sondern ein längerer Zeitraum überblickt werden kann. Entscheidend ist, dass die Teilnehmer/innen veranlasst werden, die Effekte der Selbsterfahrung möglichst situations- und verhaltensnah einzuschätzen. Auf diese Weise können die Auswirkungen der Selbsterfahrung auf die praktisch-therapeutische Arbeit und auf die persönliche Entwicklung erfasst werden. Dieses Vorgehen wird zudem der Tatsache gerecht, dass die Qualität einer Ausbildung ganz wesentlich davon abhängt, ob der Transfer des Gelernten in die alltägliche Praxis gelingt.

6.2 Inhaltliche Differenzierung und Verlauf

Nachdem verschiedene Konzepte verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung ausgearbeitet wurden, werden diese derzeit in den Ausbildungsinstituten praktisch umgesetzt, erprobt und weiterentwickelt sowie – wenn auch erst in geringem Umfang – empirisch evaluiert. Solange keine Einigkeit hinsichtlich der Gewichtung einzelner Selbsterfahrungsziele und der vorrangig zu bearbeitenden Inhalte besteht, sind in erster Linie Studien wichtig, die eine Datenbasis schaffen, die eine vergleichende Bewertung der verschiedenen Selbsterfahrungskonzepte erlaubt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt schließt das den Einsatz verschiedener Methoden der Datenerhebung und –auswertung ein, um zu prüfen, welche empirischen Herangehensweisen besonders geeignet sind, die komplexen Abläufe von Selbsterfahrungsprozessen abzubilden und deren Ergebnisse zu bewerten. Angesichts der noch bestehenden Unklarheit und Uneindeutigkeit verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrungskonzepte sowie der mangelhaften empirischen Befundlage wird in der vorliegenden Arbeit ein explorativ-deskriptiver Untersuchungsansatz verwirklicht.

Die Mehrzahl der bisher durchgeführten Studien zur Evaluation von Selbsterfahrung beschränkt sich auf die retrospektive Erfassung des subjektiven Gewinns durch die Selbsterfahrung, der von den Auszubildenden teils bezüglich verschiedener Lernziele und teils global im Vergleich mit anderen Ausbildungselementen eingeschätzt wird (vgl. Abschnitt 5.2). Durchgängig wird die Selbsterfahrung äußerst positiv bewertet. Eine differenzierte Einschätzung der Auswirkungen unterschiedlicher inhaltlicher Schwerpunkte oder didaktischer Vorgehensweisen in der Selbsterfahrung ermöglichen die vorliegenden Befunde jedoch nicht.

Auch Verlaufsaspekte wurden bislang zu wenig berücksichtigt. In der Regel wurden die Teilnehmer/innen erst nach Abschluss der Selbsterfahrung bzw. am Ende ihrer Ausbildung befragt. Der Zeitraum, der retrospektiv beurteilt werden sollte, betrug mehrere Monate, häufig sogar mehrere Jahre. Es liegt auf der Hand, dass sich die Bewertung der Selbsterfahrung im Verlauf der therapeutischen Entwicklung verändert. Zum Beispiel kann erst die *wiederholte* Bearbeitung persönlich relevanter Themen während der Ausbildung erfahrbar machen, dass es notwendig ist, kontinuierlich eigene Einflüsse auf den therapeutischen Prozess sensibel zu registrieren und

gegebenenfalls zu kontrollieren. Dies ist ein durchaus erwünschter Effekt, der mit-erfasst wird, wenn die Teilnehmer/innen ihre Bewertung rückblickend vornehmen.

Allerdings ist bei einer retrospektiven Befragung die Gefahr groß, dass die Angaben der Teilnehmer/innen stärker von *allgemeinen* Einstellungen zur Selbsterfahrung als von der Erinnerung an *konkrete* Lernepisoden geprägt sind, insbesondere wenn die Selbsterfahrung lange zurückliegt bzw. sich über einen langen Zeitraum erstreckte und wenn der subjektive Gewinn durch die Selbsterfahrung global eingeschätzt werden soll. Mit zunehmendem zeitlichen Abstand wird es für die Teilnehmer/innen zudem schwieriger, die Fortschritte in ihrer therapeutischen Entwicklung einzelnen Ausbildungsbausteinen zuzuschreiben.

Der Frage, in welchem Zeitraum *messbare* Auswirkungen von Selbsterfahrung auf Befinden, Einstellungen und Verhalten der Teilnehmer/innen zu erwarten sind, wurde bisher zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Naheliegend ist, dass die erhaltenen Anregungen nicht sofort, sondern erst nach ihrer praktischen Erprobung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten im Verhaltensrepertoire der Auszubildenden verankert werden. Im Rahmen einer Verlaufsstudie ist bei der Festlegung des Zeitpunkts einer Nachbefragung deshalb zu berücksichtigen, dass der zeitliche Abstand zur Selbsterfahrung (a) ausreicht, die erhaltenen Anregungen zu verarbeiten, ihre Relevanz für die therapeutische Arbeit zu prüfen und sie gegebenenfalls praktisch umzusetzen (d. h. mit bestimmten Patientinnen/ Patienten in bestimmten therapeutischen Situationen), und (b) so gering ist, dass die Selbsterfahrung als Quelle der Anregungen hinreichend präzise erinnert wird.

Die Untersuchung von Merkmalen der Prozessqualität erfordert es, die Bewertung durch die Teilnehmer/innen möglichst direkt im Anschluss an die Selbsterfahrung vornehmen zu lassen. Dies ist auch notwendig, wenn erfasst werden soll, welche *differentiellen* Effekte die Auszubildenden der Selbsterfahrung in Abhängigkeit von der Kurskonzeption und den thematischen Schwerpunkten zuschreiben. Eine Verlaufsstudie mit mehreren Messzeitpunkten ermöglicht es, Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Prozess- und der Ergebnisqualität zu prüfen.

Im Zusammenhang mit Verlaufsaspekten soll in der vorliegenden Studie darüber hinaus untersucht werden, in welchem Zusammenhang subjektiver Gewinn durch die Selbsterfahrung sowie individuelle Vorerfahrungen und Kontextbedingungen am Arbeitsplatz stehen.

In der Regel zielt verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung explizit darauf ab, die Fähigkeit zur Selbstreflexion und die Bereitschaft zu aktivem Lernen zu fördern. Das impliziert, dass Vorerfahrungen mit bereits absolvierten Selbsterfahrungskursen zu einer veränderten Rezeption von Anregungen beitragen sollten. Denkbar ist auch, dass erfahrene Teilnehmer/innen aufgrund ihrer fortgeschrittenen Kenntnisse in geringerem Maße von der Selbsterfahrung profitieren. Obwohl die Effektivität von Trainingsprogrammen maßgeblich davon abhängt, ob ein Arbeitsplatz genügend

Gelegenheit zum Experimentieren, d. h. für die Anwendung des erworbenen Wissens, bietet und damit den Transfer begünstigt, wurde die Rolle der Kontextbedingungen am Arbeitsplatz für die verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung bisher kaum diskutiert. Durchgängig wird jedoch einem engen Praxisbezug der Selbsterfahrung eine große Bedeutung beigemessen, auch wenn einige Autoren (z. B. Hippler, 1994a; Ubben, 1995) argumentieren, dass die Auszubildenden ihre Selbsterfahrung absolvieren sollten *bevor* sie beginnen, therapeutisch zu arbeiten.

6.3 Zusammenfassung

Die vorliegende Studie hat zwei übergeordnete Zielsetzungen: Zum einen geht es um eine Evaluation der Selbsterfahrung, wie sie im Rahmen der postgradualen Verhaltenstherapie-Ausbildung am Fachbereich Psychologie der Universität Gießen durchgeführt wird. Zum anderen soll die Studie einen empirischen Beitrag zur Diskussion der besonderen Möglichkeiten, Bedingungen und Grenzen von Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung leisten. Ein wesentliches Anliegen ist es, durch die Beachtung der inhaltlichen und didaktischen Unterschiede zwischen verschiedenen Selbsterfahrungskursen und die Berücksichtigung von Verlaufsaspekten eine zunehmend differenzierte Bewertung des Ausbildungselements Selbsterfahrung zu ermöglichen.

Im Zentrum Studie stehen die folgenden Untersuchungsfragen:

- Was sind wichtige, arbeitserleichternde und störende Aspekte der Selbsterfahrung aus Teilnehmerperspektive?
- Wie bewerten die Teilnehmer/innen ihre Lernbereitschaft und ihre emotionale Beteiligung?
- Wie bewerten die Teilnehmer/innen die Selbsterfahrungsübungen und wie zufrieden sind sie mit verschiedenen Aspekten der Selbsterfahrung?
- Wie bewerten die Teilnehmer/innen die Beziehungen innerhalb der Gruppe und zu den Selbsterfahrungsleiterinnen und -leitern?
- Welche Anregungen entnehmen die Teilnehmer/innen der Selbsterfahrung und in welchem Umfang gelingt die Umsetzung der Anregungen in der therapeutischen Arbeit?
- Welche Zusammenhänge bestehen zwischen Prozess- und Ergebnismerkmalen der Selbsterfahrung?

7 Umsetzung der Fragestellung

7.1 Vorbemerkung

Bereits seit 1985 wird von der Abteilung Klinische und Physiologische Psychologie am Fachbereich Psychologie der Universität Gießen eine dreijährige Psychotherapie-Ausbildung mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie für Diplom-Psychologen angeboten und wissenschaftlich begleitet (Frank, Walter & Vaitl, 1992; Frank, 1996; Frank, Rzepka & Vaitl, 1996; Rzepka-Meyer, 1997; Schön, Frank & Vaitl, 1998; Frank, 1999a/b; Langer & Frank, 1999; Frank, 2000). Die Ausbildung entsprach den Richtlinien der Föderation Deutscher Psychologinnenvereinigungen (BDP/ DGPs) zum Bildungsgang „Klinischer Psychologe/ Psychotherapeut“ und wird seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) gemäß den neuen gesetzlichen Vorgaben weitergeführt. Neben der praktischen Tätigkeit an einer psychiatrisch-klinischen und psychosomatischen Einrichtung umfasst die Ausbildung die Supervision der eigenen Behandlungstätigkeit, Kurse zur theoretischen Vertiefung und Selbsterfahrungskurse.

Die vorliegende Studie ist Teil des kontinuierlichen Qualitätsmanagements, in dessen Rahmen alle Ausbildungsbausteine regelmäßig von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bewertet werden. Die Ergebnisse werden den Dozentinnen und Dozenten als Grundlage für Verbesserungen der Veranstaltungsqualität mitgeteilt. Die Befragung soll die Teilnehmer/innen zudem dazu veranlassen, eigene Lern- und Entwicklungsprozesse während der Ausbildung systematisch zu reflektieren, damit sie das Veranstaltungsangebot in optimaler Weise ausschöpfen können. Um den Ablauf der Veranstaltungen nicht zu beeinträchtigen und eine hohe Compliance sicherzustellen, werden ausschließlich kurze und in der Bearbeitung wenig aufwendige Fragebögen eingesetzt.

Anders als für den Bereich Supervision liegen für den Bereich Selbsterfahrung keine bewährten Erhebungsinstrumente vor, so dass in einem ersten Zugang Ad-hoc-Verfahren zum Einsatz kommen müssen. Ein Fragebogen wurde von Wäß (1997) im Rahmen ihrer Diplomarbeit entwickelt und erprobt. 1998 wurden die eingesetzten Verfahren auf der Basis der bis zu diesem Zeitpunkt gesammelten Erfahrungen leicht modifiziert und ergänzt, so dass nicht für alle im Erhebungszeitraum durchgeführten Selbsterfahrungskurse gleiche Datensätze vorliegen.

7.2 Stichprobe

Die Stichprobe umfasst 32 Ausbildungsteilnehmer/innen (21 Frauen, 11 Männer), die im Zeitraum von März 1996 bis Juni 1999 an 22 Selbsterfahrungskursen teilnahmen, die im Rahmen der Gießener Verhaltenstherapie-Ausbildung durchgeführt wurden. Es handelt sich um fünf Kurse zur Beziehungsgestaltung, sechs Kurse zur Berufsethik, vier Kurse zu Therapiemethoden und sieben personbezogene Kurse. Tabelle 7.1 zeigt die Kursthemen und die jeweilige Anzahl der Kursteilnehmer/innen.

Tabelle 7.1: Kursthemen und Anzahl der Teilnehmerinnen

Fokus	Kurs	n	Monat/ Jahr	
Gestaltung der therapeutischen Beziehung	B1	Wiederkehrende Probleme in Verhaltenstherapien	6	3/96
	B2	Wiederkehrende Probleme in Verhaltenstherapien	11	7/97
	B3	Schwierige Therapiesituationen	7	2/97
	B4*	Schwierige Therapiesituationen	5	3/98
	B5*	Umgang mit Gefühlen: Neid und Eifersucht	17	6/99
Auseinander- setzung mit berufsethischen Fragen	E1	Umgang mit Macht	10	11/96
	E2	Umgang mit Macht	7	11/97
	E3*	Umgang mit Macht	11	11/98
	E4	Umgang mit Zuneigung, Erotik und Sexualität	10	8/96
	E5*	Umgang mit Zuneigung, Erotik und Sexualität	6	9/98
	E6*	Förderung ethischer Kompetenzen	12	1/98
Verhaltens- therapeutische Methoden	M1	Umgang mit Therapiemanualen: Depression	11	2/97
	M2	Umgang mit Therapiemanualen: Stress	14	4/97
	M3*	Umgang mit Therapiemanualen: Hauterkrankungen	10	3/99
	M4*	Auf dem Weg zu therapeutischer Expertise	17	1/99
Person des Therapeuten	Th1	Wohlbefinden I	13	4/96
	Th2*	Wohlbefinden II	8	1/97
	Th3*	Wohlbefinden III	8	8/98
	Th4	Umgang mit eigenen Krisen	11	9/97
	Th5	Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit	9	11/96
	Th6*	Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit	6	11/98
	Th7*	Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit	8	11/98

Anmerkung. Leicht modifizierte Datenerhebung in den mit * gekennzeichneten Kursen.

Die Ausbildungsteilnehmer/innen wurden zwischen 1993 und 1998 in die Ausbildung aufgenommen. Sie verteilen sich auf sieben Supervisionsgruppen, die die Ausbildung in jährlichen Abständen begonnen haben (1997: zwei Gruppen). Die Stichprobe umfasst damit sowohl Therapeutinnen und Therapeuten, die ihre Ausbildung gerade erst begonnen haben, als auch solche, die sie in Kürze beenden werden. Dementsprechend groß sind die Unterschiede hinsichtlich der Anzahl der bereits absolvierten Selbsterfahrungskurse. Durchschnittlich besuchte jede Person sieben Selbsterfahrungskurse, die Spanne liegt zwischen einem und 14 Kursen.

Folgende demographische Merkmale kennzeichnen die Stichprobe (vgl. Tabelle 7.2): Das mittlere Alter bei Ausbildungsbeginn betrug 32,6 Jahre (Spanne: 25 bis 46 Jahre). Alle Ausbildungsteilnehmer/innen waren zu diesem Zeitpunkt klinisch-therapeutisch tätig und führten Verhaltenstherapien durch. Sie arbeiteten überwiegend mit erwachsener Klientel. Ihre Berufserfahrung insgesamt betrug durchschnittlich 5,7 Jahre (Spanne: 0 bis 29 Jahre), der Zeitraum ihrer Praxiserfahrung betrug durchschnittlich 2,3 Jahre (Spanne: 0 bis 12 Jahre). Nur drei Ausbildungsteilnehmer/innen (9,4 %) hatten zu Beginn der Ausbildung noch keine Therapien durchgeführt. Gut ein Drittel (37,5 %) hatte bis zu 20 Patientinnen/ Patienten behandelt und mehr als die Hälfte (53,1 %) hatte bereits mehr als 20 Therapien durchgeführt. Bei Ausbildungsbeginn hatten sechs Ausbildungsteilnehmer/innen (18,8 %) bereits zu früheren Zeit-

punkten an Selbsterfahrungskursen teilgenommen und fünf Ausbildungsteilnehmer/innen (15,6 %) hatten eine Eigentherapie absolviert.

Tabelle 7.2: Demographische Merkmale der Stichprobe (bei Ausbildungsbeginn)

Geschlecht	Frauen	<i>N</i> = 21	34,4 %
	Männer	<i>N</i> = 11	65,6 %
Alter	25 bis 46 Jahre (<i>M</i> = 32,6 Jahre)		
Berufserfahrung insgesamt	0 bis 29 Jahre (<i>M</i> = 5,7 Jahre)		
Berufserfahrung als Therapeut/in	0 bis 12 Jahre (<i>M</i> = 2,3 Jahre)		
Anzahl der durchgeführten Therapien	bisher keine Therapien durchgeführt	<i>N</i> = 3	9,4 %
	1 bis 10 Therapien durchgeführt	<i>N</i> = 5	15,6 %
	11 bis 20 Therapien durchgeführt	<i>N</i> = 7	21,9 %
	mehr als 20 Therapien durchgeführt	<i>N</i> = 17	53,1 %
Selbsterfahrung	ja	<i>N</i> = 6	18,8 %
	nein	<i>N</i> = 26	81,3 %
Eigentherapie	ja	<i>N</i> = 5	15,6 %
	nein	<i>N</i> = 27	84,4 %

7.3 Untersuchungsplan und Erhebungsinstrumente

Es wurde eine Verlaufsstudie mit drei Erhebungszeitpunkten pro Selbsterfahrungskurs durchgeführt. Die erhobenen Variablen und die jeweiligen Messzeitpunkte sind Tabelle 7.3 zu entnehmen. Die zur Selbstbeurteilung eingesetzten Fragebögen (vgl. Frank, 2000) befinden sich im Anhang.

Tabelle 7.3: Untersuchungsplan

Erhebungszeitpunkt	Erhobene Variablen
zu Beginn (t1) und am Ende (t2) jedes Kurses	<ul style="list-style-type: none"> • Stimmung • Gefühl von innerer Sicherheit/ eigener Stärke • körperliches Befinden • Bereitschaft zur Mitarbeit und zum Erfahrungsaustausch
am Ende jedes Kurses (t2)	<ul style="list-style-type: none"> • Bewertung der Selbsterfahrungsübungen • Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Kursgestaltung • freie Angaben zu wichtigen, arbeitserleichternden und störenden Aspekten der Selbsterfahrung
4 Wochen nach jedem Kurs (t3)	<ul style="list-style-type: none"> • erinnerte und umgesetzte Anregungen • Vertrauenswürdigkeit der Kursleiterin/ des Kursleiters • Vorerfahrungen mit Selbsterfahrung • Angaben zum Arbeitskontext

Zu Beginn (t1) und am Ende (t2) jedes Kurses bearbeiteten die Teilnehmer/innen einen kurzen Fragebogen, auf dem sie die aktuelle Stimmung, das körperliche Befinden (angenehme Körpergefühle und körperliche Beschwerden), ihr Gefühl von innerer Sicherheit/ eigener Stärke sowie ihre Bereitschaft zur Mitarbeit bei den Übungen und

zum Austausch über eigene Erfahrungen anhand von mehrstufigen Likert-Skalen (teils sechs, teils sieben Abstufungen) einschätzten. Am Ende des Kurses wurde darüber hinaus erhoben, ob sie die Selbsterfahrungsübungen als leicht durchführbar, angenehm, interessant und erkenntnisfördernd erlebt hatten (Antwortmöglichkeiten von 0 „stimmt nicht“ bis 5 „stimmt“). Zusätzlich stufen sie ihre Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Kursgestaltung ein (Antwortmöglichkeiten von 0 „gar nicht zufrieden“ bis 5 „sehr zufrieden“). Im einzelnen wurde so die Zufriedenheit mit der inhaltlichen Konzeption, dem didaktischen Vorgehen, der Unterstützung durch den Kursleiter, dem Kursleiter als Therapeutenmodell und als persönlichem Modell, der Arbeitsatmosphäre und dem Verhalten der Gruppenmitglieder untereinander, mit dem eigenen Engagement sowie dem Nutzen der Selbsterfahrung für die eigene praktisch-therapeutische Tätigkeit und für die persönliche Weiterentwicklung erfasst. Abschließend beantworteten die Teilnehmer/innen stichwortartig die folgenden offenen Fragen: (1) *Was war das Wichtigste für Sie?* (2) *Was war arbeitserleichternd?* (3) *Was hat sie gestört? / Veränderungsvorschläge.*

Vier Wochen nach jedem Selbsterfahrungskurs (t3), wurde schriftlich erfragt, welche Anregungen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus dem Kurs erinnerten. Der eingesetzte Fragebogen erfasst folgende Bereiche:

1. Anregungen zur therapeutischen Beziehungsgestaltung (10 Items)

Erfasst wird, in welchem Umfang die Selbsterfahrung einen veränderten Umgang mit eigenen Gefühlen und Gedanken in der Therapie angeregt hat, und ob es den Auszubildenden nun besser gelingt, das eigene Verhalten in der Therapiesituation zu korrigieren, individuelle Stärken zu nutzen und die persönlichen Grenzen als Therapeut zu berücksichtigen.

2. Anregungen zu berufsethischen Fragen (1 Item)

Erfragt wird, ob die Selbsterfahrung eine Auseinandersetzung mit berufsethischen Fragen angestoßen hat.

3. Anregungen zu Therapiemethoden (10 Items)

In Anlehnung an das 7-Phasen-Modell nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996) wird ermittelt, in welchem Umfang die Selbsterfahrung Anregungen zur Diagnostik, zur Therapieplanung und zum störungsspezifischen Vorgehen geboten hat und ob die Auszubildenden ermutigt wurden, verhaltenstherapeutische Methoden an den eigenen Stil anzupassen.

4. Anregungen für die persönliche Weiterentwicklung (11 Items)

Erfasst wird, ob die Selbsterfahrung zu neuen Einsichten in Gefühle/ Gedanken verholfen und das Selbstvertrauen und die Eigenständigkeit der Auszubildenden gestärkt hat. Erfragt wird zudem, ob die Selbsterfahrung Anregungen geboten hat, die

zu einem Überdenken der persönlichen Lebensgestaltung, zu einem verbesserten Umgang mit persönlichen Problemen oder zu einer Steigerung des Wohlbefindens geführt haben.

Auf einer fünfstufigen Skala geben die Teilnehmer/innen an, ob sie keine, wenige oder viele Anregungen zu dem jeweiligen Bereich erhalten haben. Zusätzlich wird erfragt, ob die erhaltenen Anregungen bereits umgesetzt wurden (ja/ nein), und falls ja, mit welchem Erfolg (Antwortmöglichkeiten von 0 „ohne Erfolg“ bis 4 „mit großem Erfolg“).

Mit Blick auf den jeweiligen Arbeitskontext wurde erhoben, mit welchen Störungsgruppen und mit wievielen Patientinnen und Patienten die Teilnehmer/innen in den letzten vier Wochen gearbeitet haben und wieviele Einzel- und Gruppensitzungen sie durchführten. Zur Erfassung der individuellen Vorerfahrung wurde erfragt, wieviele Selbsterfahrungskurse die Teilnehmer/innen bisher insgesamt besucht haben (auch außerhalb der Verhaltenstherapie-Ausbildung) und ob bzw. wie intensiv die Teilnehmerinnen sich bereits mit dem jeweiligen Thema der Selbsterfahrung beschäftigt haben (Antwortmöglichkeiten von 0 „nein“ über 1 „ein wenig“ bis 4 „intensiv“). Abschließend stuften die Teilnehmer/innen die wahrgenommene Vertrauenswürdigkeit der Kursleiterin/ des Kursleiters ein (Antwortmöglichkeiten von 0 „gar nicht vertrauenswürdig“ bis 4 „sehr vertrauenswürdig“) und sollten in Stichworten festhalten, welche positiven und negativen Aspekte ihnen von dem Selbsterfahrungskurs in Erinnerung geblieben sind und was ihnen, nachträglich besehen, in der Selbsterfahrung gefehlt hat. Da die vorliegende Studie vor allem darauf abzielte, die unmittelbaren Reaktionen der Auszubildenden auf die Selbsterfahrung zu erfassen, sollen die Antworten auf diese Fragen erst im Rahmen einer Folgestudie ausgewertet werden.

7.4 Auswertung

7.4.1 Statistische Auswertung

Zur Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität des Selbsterfahrungsprogramms wurden die deskriptiven Kennwerte (zentrale Tendenz, Streuung) getrennt für die verschiedenen Selbsterfahrungskurse berechnet. Obwohl der Vergleich der verschiedenen Selbsterfahrungskurse ein zentrales Anliegen der vorliegenden Arbeit darstellt, ist eine statistische Absicherung der beobachteten Unterschiede aufgrund der geschilderten Stichprobenszusammensetzung nicht sinnvoll. Die Selbsterfahrungskurse unterscheiden sich deutlich hinsichtlich der Teilnehmerzahlen (zwischen fünf und 17 Teilnehmer/innen) und die durchschnittliche Gruppengröße ist mit zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmern gering. Hinzu kommt, dass die Auszubildenden, da sie im Rahmen des Gesamtprogramms wählen können, welche Kurse sie miteinander kombinieren möchten, im Untersuchungszeitraum nicht nur an einer unterschiedlichen Anzahl von Kursen teilgenommen, sondern diese auch in einer unterschiedlichen Reihenfolge besucht haben.

Als Merkmale der Prozessqualität gingen folgende Variablen in die Auswertung ein:

- a) Lernbereitschaft: Bereitschaft zur Mitarbeit und zum Erfahrungsaustausch
- b) emotionale Beteiligung: Veränderungen der Stimmung, des Gefühls von innerer Sicherheit/ eigener Stärke und des körperlichen Befindens zwischen Kursbeginn und Kursende
- c) Bewertung der Selbsterfahrungsübungen (Durchführbarkeit, Valenz, Interessanzgrad, Erkenntniswert)
- d) Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Kursgestaltung (Inhalte, Didaktik, Nutzen für praktische Arbeit, Nutzen für persönliche Entwicklung, Kursleiter/in als Therapeutenmodell und persönliches Modell, Unterstützung durch Kursleiter/in, Arbeitsatmosphäre, Verhalten der Gruppenmitglieder, eigenes Engagement)

Als Merkmale der Ergebnisqualität wurden der Umfang (a) der erinnerten Anregungen und (b) der bereits umgesetzten Anregungen ausgewertet. Zur Vorhersage der Ergebnisqualität wurden neben den erhobenen Merkmalen der Prozessqualität auch die Vorerfahrungen der Teilnehmer/innen und der Umfang der praktisch-therapeutischen Tätigkeit herangezogen.

Um die Zusammenhänge zwischen Lernbedingungen und positiven Effekten von Selbsterfahrung zu beschreiben, wurde korrelationsstatistisch vorgegangen. Aufgrund der spezifischen Stichprobenproblematik wurde ein metaanalytisches Verfahren (Hunter & Schmidt, 1990; vgl. Walter, 2000) gewählt, um die Befunde zu integrieren. Dabei werden die in einzelnen Kursen ermittelten Korrelationen als Stichprobenwerte verstanden, auf deren Basis eine Populationskorrelation geschätzt wird. Das Verfahren erlaubt zudem zu ermitteln, ob den Stichprobenkorrelationen eine einzige Populationskorrelation zugrunde liegt. Falls die Stichprobenkorrelationen substantiell variieren, muss angenommen werden, dass diese Variation auf Moderatorvariablen, d. h. auf inhaltliche oder prozessuale Unterschiede zwischen den Selbsterfahrungskursen, zurückzuführen ist.

7.4.2 Inhaltsanalytische Auswertung

Ausgangsmaterial der inhaltsanalytischen Auswertung waren alle stichwortartigen Antworten der Teilnehmer/innen auf die Fragen „Was war das Wichtigste für Sie?“, „Was war arbeitserleichternd?“ und „Was hat Sie gestört? / Veränderungsvorschläge“.

Die Auszubildenden geben in ihren Kommentaren Einblick in subjektiv bedeutsame Aspekte der Selbsterfahrung. Dabei ist das, was für eine Teilnehmerin/ einen Teilnehmer *besonders* wichtig, arbeitserleichternd oder störend ist, abhängig von der gesamten Wirkung, die ein Selbsterfahrungskurs auf sie/ ihn hat. Die hohe relative Bedeutsamkeit der kommentierten Aspekte der Selbsterfahrung macht sie zu wesentlichen *Qualitätskriterien* aus Teilnehmersicht.

Rückschlüsse auf die Kursqualität selbst sind jedoch nicht möglich. Dies soll an einem Beispiel erläutert werden: Eine Teilnehmerin, die das strukturierte Vorgehen der Kursleiterin als besonders arbeitserleichternd beschreibt, sagt zunächst nur, dass der systematische und zielführende Aufbau des Selbsterfahrungskurses für sie wahrnehmbar und im Hinblick auf das Ergebnis der Selbsterfahrung wichtiger war als andere Merkmale der Kursgestaltung. Ihrem Kommentar läßt sich nicht entnehmen, ob dieser Kurs im Vergleich mit anderen besonders gut strukturiert war oder ob sich das strukturierte Vorgehen vor allem deshalb arbeitserleichternd auswirkte, weil in anderen Bereichen Mängel bestanden, z. B. weil innerhalb der Gruppe Spannungen auftraten oder weil die Auseinandersetzung mit dem Thema der Selbsterfahrung für diese Teilnehmerin besonders verunsichernd war.

Auf eine vergleichende Betrachtung der Teilnehmerkommentare zu einzelnen Selbsterfahrungskursen wurde aufgrund der zahlreichen intervenierenden Variablen und deren Interaktion (Inhalt und Didaktik der Selbsterfahrung, Gruppenzusammensetzung, Vorerfahrungen der einzelnen Teilnehmer/innen, etc.) verzichtet, um Spekulationen bei der Interpretation des Datenmaterials zu vermeiden.

Mit dem Ziel, das Ausgangsmaterial möglichst überschaubar und gegenstandsnahe abzubilden, wurde eine zusammenfassende Inhaltsanalyse durchgeführt. Bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse steht die induktive Kategorienbildung im Vordergrund, d. h. die Kategorien werden durch Abstraktion direkt aus dem Material abgeleitet. Theoretische Konzepte werden nur in Zweifelsfällen zu Hilfe genommen (vgl. Lissmann, 1997; Rust, 1983). Die Abfolge der einzelnen Analyseschritte entsprach im Wesentlichen dem von Mayring (1997) vorgeschlagenen Vorgehen. Zunächst wurden die inhaltstragenden Textbestandteile paraphrasiert. Nach Festlegung des Abstraktionsniveaus wurden die Paraphrasen generalisiert und bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen. In weiteren Reduktionsschritten wurden die Paraphrasen durch Bündelung, Konstruktion und Integration in ein Kategoriensystem überführt, das am Ausgangsmaterial rücküberprüft wurde.

Das Ergebnis des letzten Materialdurchgangs wird dargestellt und interpretiert. Es handelt sich um eine systematische *Beschreibung* der Teilnehmerreaktionen auf alle durchgeführten Selbsterfahrungskurse, aus der Merkmale der Prozess- und Ergebnisqualität von Selbsterfahrung aus Teilnehmersicht abgeleitet werden.

8 Ergebnisse

8.1 Merkmale der Prozessqualität

Als Merkmale der Prozessqualität des Gießener Selbsterfahrungsprogramms wurden Lernbereitschaft, emotionale Beteiligung, die Bewertung der Selbsterfahrungsübungen am Ende des Kurses sowie die Zufriedenheit der Teilnehmer/innen mit verschiedenen Aspekten der Kursgestaltung untersucht.

8.1.1 Lernbereitschaft

Bei Kursbeginn und Kursende stufen die Teilnehmer/innen ihre Bereitschaft zum Erfahrungsaustausch sowie ihre Mitarbeitsbereitschaft auf einer Skala von 0 „gering“ bis 5 „groß“ ein. Zusätzlich gaben sie am Ende der Selbsterfahrung an, wie zufrieden

Tabelle 8.1: Zusammenhang zwischen Bereitschaft zum Erfahrungsaustausch und Mitarbeitsbereitschaft bei Kursbeginn und Kursende in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B2 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und in personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

Kurs	n	Bereitschaft zum Erfahrungsaustausch/ Mitarbeitsbereitschaft	
		t1 Kursbeginn r/p	t2 Kursende r/p
B2 Wiederkehrende Probleme	11	0,79 / .004	0,94 / .000
B3 Schwierige Therapiesituationen	7	0,76 / .046	0,87 / .011
B4 Schwierige Therapiesituationen	5	0,89 / .042	0,91 / .034
B5 Neid und Eifersucht	17	0,77 / .001	0,96 / .000
E1 Umgang mit Macht	10	0,62 / .055	0,96 / .000
E2 Umgang mit Macht	7	0,56 / .187	0,64 / .118
E3 Umgang mit Macht	11	0,83 / .002	0,78 / .005
E4 Zuneigung, Erotik und Sexualität	10	0,85 / .002	0,48 / .165
E5 Zuneigung, Erotik und Sexualität	6	0,94 / .004	0,89 / .017
E6 Förderung ethischer Kompetenzen	12	0,81 / .001	0,90 / .000
M1 Therapiemanuale: Depression	11	0,81 / .003	0,92 / .000
M2 Therapiemanuale: Stressbewältigung	13	0,42 / .148	0,96 / .000
M3 Therapiemanuale: Hauterkrankungen	10	0,37 / .291	0,59 / .074
M4 Therapeutische Expertise	17	0,95 / .000	0,75 / .001
Th1 Wohlbefinden I	13	0,73 / .004	0,07 / .833
Th3 Wohlbefinden III	8	0,68 / .063	0,76 / .028
Th4 Umgang mit eigenen Krisen	11	0,95 / .000	0,81 / .003
Th5 Sterben, Tod und Endlichkeit	9	0,60 / .088	0,75 / .020
Th6 Sterben, Tod und Endlichkeit	6	0,34 / .506	0,64 / .175
Th7 Sterben, Tod und Endlichkeit	8	0,81 / .014	0,95 / .000

Anmerkung. Signifikante Korrelationen in Fettdruck.

sie mit ihrem eigenen Engagement waren (Antwortmöglichkeiten von 1 „gar nicht zufrieden“ bis 6 „sehr zufrieden“).

Die Bereitschaft zum Erfahrungsaustausch und die Mitarbeitsbereitschaft stehen in fast allen Kursen in engem Zusammenhang (vgl. Tabelle 8.1). Dies gilt für beide Erhebungszeitpunkte. Als Maß für die Bereitschaft, sich aktiv am Kursgeschehen zu beteiligen, wurde deshalb der Mittelwert beider Ratings berechnet.

Tabelle 8.2: Bereitschaft zu aktiver Beteiligung am Kursgeschehen und Zufriedenheit mit dem eigenen Engagement in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B2 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

Kurs	Bereitschaft zu aktiver Beteiligung			
	t1 Kursbeginn		t2 Kursende	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
B2 Wiederkehrende Probleme	3,45	0,69	3,05	1,51
B3 Schwierige Therapiesituationen	3,14	0,63	2,43	1,27
B4 Schwierige Therapiesituationen	3,60	0,96	3,80	1,15
B5 Neid und Eifersucht	3,13	0,87	2,65	1,16
E1 Umgang mit Macht	3,05	0,76	2,13	1,38
E2 Umgang mit Macht	3,64	0,85	3,71	1,41
E3 Umgang mit Macht	3,23	0,72	3,36	1,32
E4 Zuneigung, Erotik und Sexualität	3,35	0,97	2,15	0,88
E5 Zuneigung, Erotik und Sexualität	3,42	1,11	4,08	0,80
E6 Förderung ethischer Kompetenzen	2,88	1,11	2,83	1,30
M1 Therapiemanuale: Depression	2,95	1,06	2,23	1,66
M2 Therapiemanuale: Stressbewältigung	2,88	0,65	2,35	1,74
M3 Therapiemanuale: Hauterkrankungen	3,15	0,41	2,40	1,15
M4 Therapeutische Expertise	3,06	0,98	2,79	0,95
Th1 Wohlbefinden I	3,54	0,48	2,04	0,90
Th3 Wohlbefinden III	3,75	0,85	2,88	1,25
Th4 Umgang mit eigenen Krisen	3,45	1,25	2,64	1,32
Th5 Sterben, Tod und Endlichkeit	3,11	0,82	2,61	1,52
Th6 Sterben, Tod und Endlichkeit	3,25	0,52	2,67	1,44
Th7 Sterben, Tod und Endlichkeit	3,63	1,13	3,13	1,16

Anmerkungen. Antwortmöglichkeiten von 0 „gering“ bis 5 „groß“. Veränderungen in positiver Richtung in Fettdruck.

Wie Tabelle 8.2 zeigt, sind die Teilnehmer/innen aller Kurse bei Kursbeginn in ähnlichem Ausmaß zu aktiver Mitarbeit bereit. Die Kursmittelwerte liegen in einem Bereich zwischen 3 und 4 (Skala von 0 „gering“ bis 5 „groß“). Insgesamt scheinen die Teilnehmer/innen der methodenbezogenen Selbsterfahrungskurse den Tag etwas weniger motiviert zu beginnen. Bei Kursende ist das Bild deutlich weniger homogen. Sowohl die Variationsweite der Kursmittelwerte als auch die Varianz innerhalb der Kurse ist größer geworden. Es überrascht nicht, dass die Bereitschaft, sich aktiv zu beteiligen, in den meisten Kursen im Tagesverlauf etwas abnimmt. Lediglich die

Teilnehmer/innen der Kurse *B4 Schwierige Therapiesituationen, E2/E3 Umgang mit Macht, E5 Umgang mit Zuneigung, Erotik und Sexualität* und *E6 Förderung ethischer Kompetenzen* geben am Ende der Selbsterfahrung eine unverändert hohe Motivation an.

8.1.2 Emotionale Beteiligung

Als Maß für die emotionale Beteiligung der Teilnehmer/innen wurden Veränderungen der Stimmung, der inneren Sicherheit und des körperlichen Befindens (angenehme Körpergefühle und körperliche Beschwerden) zwischen Kursbeginn und Kursende herangezogen.

Tabelle 8.3 ist zu entnehmen, dass die von den Teilnehmer/innen berichteten Veränderungen *im Mittel* eher gering sind. Meist steigen Stimmung und innere Sicherheit im Tagesverlauf etwas an und in etwa der Hälfte der Kurse kommt es zu einer leichten Verschlechterung des körperlichen Befindens, d. h. angenehme Körpergefühle nehmen ab und körperliche Beschwerden nehmen zu.

Tabelle 8.3: Veränderungen von Stimmung, innerer Sicherheit und körperlichem Befinden in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B2 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

Kurs	Differenzwerte: t2 (Kursende) – t1 (Kursbeginn)												Veränderungen insgesamt ^a		
	Stimmung			innere Sicherheit			angenehme Körpergefühle			körperliche Beschwerden					
	M	Min.	Max.	M	Min.	Max.	M	Min.	Max.	M	Min.	Max.	M	Min.	Max.
B2	0,10	-2	3	0,30	-2	1	-0,56	-3	1	0,70	0	3	3,33	1	5
B3	0,71	-2	2	0,57	0	2	0,14	-1	1	0,57	-2	3	4,00	2	6
B4	0,20	-2	2	0,20	-3	2	-0,40	-3	1	-0,20	-1	0	3,40	1	8
E1	0,22	-4	2	0,56	-1	2	0,86	-1	4	-0,11	-3	2	3,86	2	7
E2	1,00	0	2	0,43	-1	1	0,57	0	2	-0,29	-1	1	3,00	1	5
E3	0,64	-2	3	0,09	-2	1	0,30	-2	3	-0,30	-2	0	3,44	1	6
E4	0,20	-1	1	1,00	0	2	-0,30	-2	1	-0,33	-3	2	3,22	0	7
E5	0,67	-1	2	0,50	-1	2	1,17	0	2	-0,50	-2	0	3,50	0	5
E6	0,18	-1	2	0,27	0	1	-0,30	-1	2	0,27	-2	2	2,60	0	6
M1	-0,22	-2	1	0,36	-1	3	0,09	-2	2	0,64	0	2	3,22	1	6
M2	0,58	-2	3	0,08	-2	3	0,00	-1	2	0,92	-2	3	4,20	1	10
M4	-0,35	-2	3	0,06	-1	2	-0,06	-2	2	0,24	-2	3	3,29	1	7
Th1	0,46	-1	1	0,69	0	2	0,38	-1	3	0,08	-1	1	2,69	0	5
Th3	0,00	-1	2	0,13	-1	1	0,13	-1	2	0,63	-1	2	2,63	1	5
Th4	0,00	-3	2	0,00	-2	3	0,70	-3	3	0,30	-2	2	4,67	2	10
Th5	-0,25	-2	1	-0,11	-2	1	-0,44	-2	2	-0,25	-2	1	4,14	3	5
Th6	-0,20	-1	0	0,50	0	1	0,00	-1	1	-0,17	-3	1	1,25	0	2
Th7	-1,13	-3	0	-0,50	-2	2	-0,38	-2	1	-0,13	-1	1	3,88	2	7

Anmerkungen. Veränderungen in negativer Richtung in Fettdruck. ^a Summe der absoluten Differenzwerte.

Offensichtlich bestehen jedoch zwischen den einzelnen Teilnehmerinnen/ Teilnehmern große Unterschiede hinsichtlich der emotional-körperlichen Reaktionen auf die

Selbsterfahrung. In nahezu allen Kursen schätzen einige Teilnehmer/innen ihr Befinden am Ende des Kurses positiver ein als zu Beginn, während andere Teilnehmer/innen eine merkliche Verschlechterung ihres Befindens beschreiben. Darüber hinaus zeigt der durch Summation der absoluten Differenzwerte gebildete Index für die insgesamt berichteten Veränderungen, dass es in jedem Kurs sowohl Auszubildende gibt, deren Befinden bei Kursbeginn und Kursende sich kaum unterscheidet, als auch Auszubildende, bei denen es im Laufe des Kurses zu deutlichen Veränderungen von Stimmung, innerer Sicherheit und körperlichem Befinden kommt.

Im Mittel besonders große Veränderungen wurden in den Kursen *B3 Schwierige Therapiesituationen*, *E1 Umgang mit Macht*, *M2 Umgang mit Therapiemanualen: Stressbewältigung*, *Th4 Umgang mit eigenen Krisen*, *Th5/Th7 Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit* angegeben. Wie zu erwarten, geht die Auseinandersetzung mit dem Thema *Sterben, Tod und Endlichkeit* vor allem mit Befindensbeeinträchtigungen einher, insgesamt ist jedoch kein systematischer Zusammenhang zwischen Kursinhalten und Art bzw. Ausmaß der emotionalen Beteiligung erkennbar.

8.1.3 Bewertung der Selbsterfahrungsübungen

Wie Abbildung 8.1 zeigt, bewerten die Teilnehmer/innen die Selbsterfahrungsübungen als eher leicht durchführbar, d. h. sie fühlen sich im Allgemeinen nicht durch die Selbsterfahrung überfordert. Alle Kursmittelwerte liegen im oberen Bereich der Skala. Am schwierigsten durchzuführen waren aus Teilnehmersicht die Selbsterfahrungsübungen in den Kursen *B4 Schwierige Therapiesituationen*, *E2 Umgang mit Macht* und *Th5/Th6 Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit*. Die Selbsterfahrungsübungen in den Kursen *B2 Wiederkehrende Probleme in Verhaltenstherapien* und *B5 Umgang mit Gefühlen: Neid und Eifersucht* wurden dagegen als besonders leicht durchführbar bewertet.

Die Interkorrelation der Kursmittelwerte zeigt, dass Schwierigkeit und Valenz der Selbsterfahrungsübungen in engem Zusammenhang stehen ($r = .61$; p (zweiseitig) = $.013$; $n = 16$). In Kursen, in denen die Teilnehmer/innen die Selbsterfahrungsübungen als leichter durchführbar einstufen, werden die Übungen im Mittel auch als angenehmer erlebt.

In der Regel werden die Selbsterfahrungsübungen von den Auszubildenden als mäßig angenehm bis angenehm bewertet. Mit Ausnahme der Kurse *Th6/Th7 Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit* liegen die Mittelwerte im mittleren bis oberen Bereich der Skala (vgl. Abbildung 8.1). In diesen beiden Kursen haben Selbsterfahrungsübungen für mehr als der Hälfte der Teilnehmer/innen eine deutlich negative Valenz (Skalenwerte ≤ 2). Als überdurchschnittlich angenehm werden die Selbsterfahrungsübungen in den Kursen *B2 Wiederkehrende Probleme in Verhaltenstherapien* und *B5 Umgang mit Gefühlen: Neid und Eifersucht* erlebt.

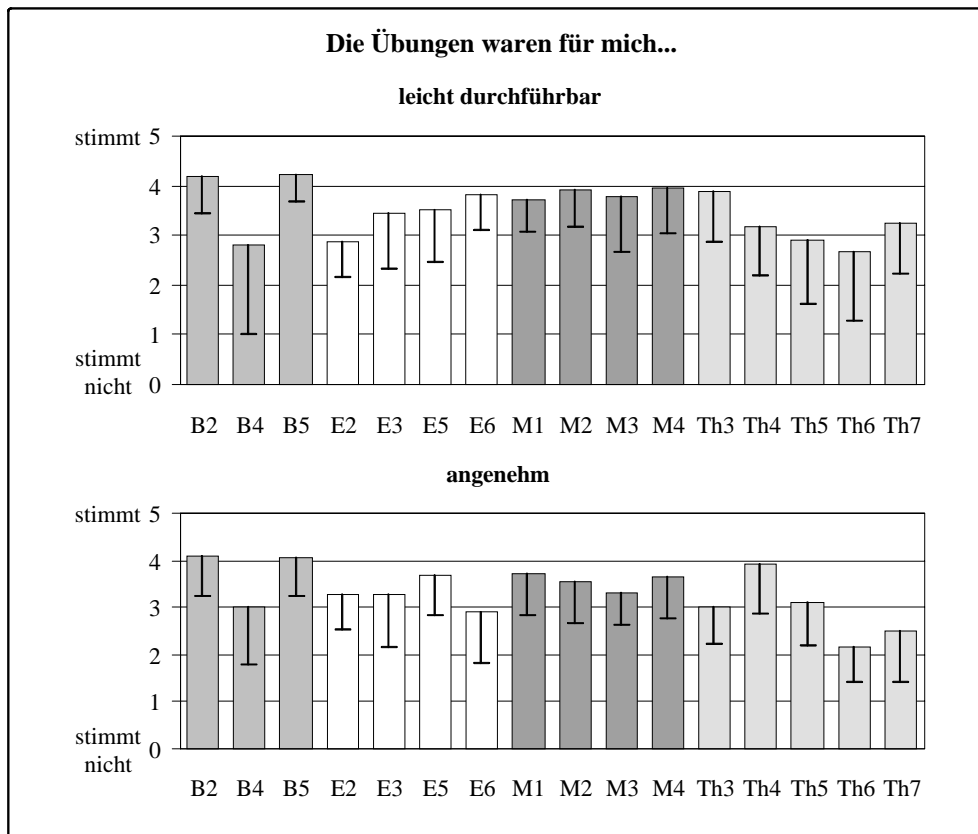


Abbildung 8.1: Bewertung der Selbsterfahrungsübungen (M , SD) in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B2 - B5), zur Berufsethik (E2 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und personbezogenen Kursen (Th3 - Th7); Antwortmöglichkeiten von 0 „stimmt nicht“ bis 5 „stimmt“

Darüber hinaus bewerten die Teilnehmer/innen die Selbsterfahrungsübungen insgesamt als interessant und erkenntnisfördernd (vgl. Abbildung 8.2). Dies gilt in gleichem Maße für die Selbsterfahrungskurse zur Beziehungsgestaltung, zur Berufsethik und zu Therapiemethoden sowie für die personbezogenen Kurse. Eine Ausnahme stellt der Kurs *Th6 Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit* dar, in diesem Kurs werden die Selbsterfahrungsübungen nur mäßig positiv eingeschätzt.

In allen Selbsterfahrungskursen kommen negative Bewertungen (Skalenwerte ≤ 2) nur sehr selten vor, in sechs von 16 Kursen (*B2 Wiederkehrende Probleme in Verhaltenstherapien*, *B4 Schwierige Therapiesituationen*, *B5 Umgang mit Gefühlen: Neid und Eifersucht*, *E2 / E5 Umgang mit Macht*, *M2 Umgang mit Therapiemanualen: Stressbewältigung*) fehlen sie sogar ganz. Lediglich in den beiden personbezogenen Kursen *Th4 Umgang mit eigenen Krisen* und *Th6 Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit* werden die Selbsterfahrungsübungen von mehr als einem Teilnehmer als eher uninteressant und wenig erkenntnisfördernd bewertet.

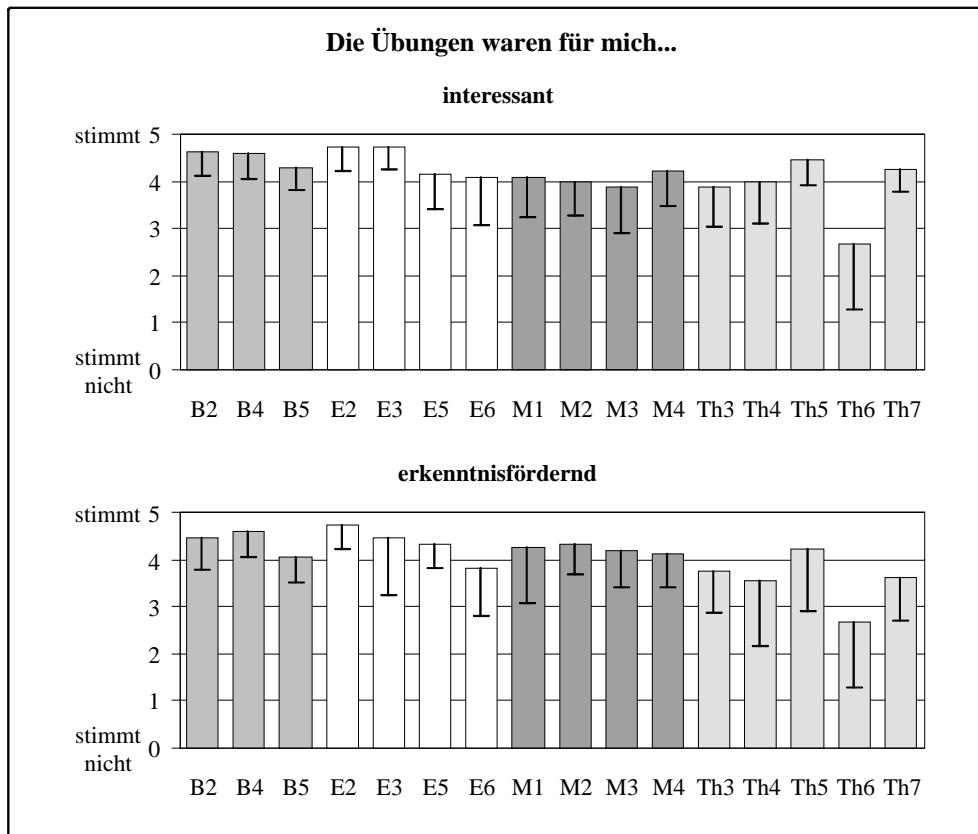


Abbildung 8.2: Bewertung der Selbsterfahrungsübungen (M, SD) in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B2 - B5), zur Berufsethik (E2 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und personbezogenen Kursen (Th3 - Th7); Antwortmöglichkeiten von 0 „stimmt nicht“ bis 5 „stimmt“

Die Interkorrelation der Kursmittelwerte zeigt, dass der Erkenntniswert der Selbsterfahrungsübungen in den Kursen deutlich höher eingeschätzt wird, in denen die Übungen auch als interessanter ($r = 0,87$; p (zweiseitig) = .000; $n = 16$) und angenehmer ($r = 0,53$; p (zweiseitig) = .034; $n = 16$) bewertet werden. Ein Zusammenhang mit dem mittleren Schwierigkeitsgrad der Übungen besteht jedoch nicht ($r = 0,21$; p (zweiseitig) = .433; $n = 16$).

8.1.4 Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Selbsterfahrung

Die Auszubildenden sind insgesamt sehr zufrieden mit den Selbsterfahrungskursen. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten von 1 „gar nicht zufrieden“ bis 6 „sehr zufrieden“ werden im unteren Bereich kaum ausgeschöpft, während die Einstufungen 5 und 6 über alle Kurse hinweg sehr häufig vorkommen (vgl. Tabelle 8.4). Am größten ist offensichtlich die Zufriedenheit mit der Kursleiterin/ dem Kursleiter als Therapeutenmodell. Fast 80 Prozent der Teilnehmer/innen geben an, damit sehr zufrieden zu sein (Einstufung 5 oder 6). Die Inhalte der Selbsterfahrungskurse und die didaktische Aufbereitung der Themen, der Nutzen der Selbsterfahrung für die praktische Arbeit und für die persönliche Entwicklung, die Unterstützung durch die Kursleiterin/ den

Kursleiter sowie die Arbeitsatmosphäre und das Verhalten der Teilnehmer/innen werden fast genauso positiv beurteilt. Etwas kritischer bewerten die Auszubildenden lediglich die persönliche Modellwirkung der Kursleiterin/ des Kursleiters (Einstufung 5 oder 6: 59 Prozent) und das eigene Engagement (Einstufung 5 oder 6: 49 Prozent). Sehr erfreulich ist, dass über alle Kurse hinweg weniger als 5 Prozent der Teilnehmer/innen deutlich unzufrieden (Einstufung 1 oder 2) über das Selbsterfahrungsangebot äußern.

Tabelle 8.4: Prozentuale Häufigkeit der Zufriedenheitseinstufungen

Zufriedenheit mit...	gar nicht zufrieden						sehr zufrieden
	1	2	3	4	5	6	
Inhalt ^a	0,47	1,87	2,80	21,50	43,93	29,44	
Didaktik ^a	0	2,34	5,14	21,96	39,72	30,84	
Nutzen für praktische Arbeit ^a	0,47	2,80	7,94	20,09	37,85	30,84	
Nutzen für persönliche Entwicklung ^a	0	1,87	7,48	26,17	36,92	27,57	
Referent als Therapeutenmodell ^a	0	0,93	4,67	15,42	35,98	42,99	
Referent als persönliches Modell ^b	0,86	3,45	12,93	23,28	44,83	14,66	
Unterstützung durch Kursleiter ^b	0	0,85	9,40	19,66	48,72	21,37	
Arbeitsatmosphäre ^a	0,47	0,47	6,54	17,76	42,52	32,24	
Verhalten der Gruppenmitglieder ^b	0	0	1,71	31,62	47,86	18,80	
eigenes Engagement ^b	0,85	2,56	11,11	36,75	38,46	10,26	

Anmerkungen. ^a Erhoben in 22 Kursen ($n = 214$). ^b Erhoben in 12 Kursen ($n = 117$).

Tabelle 8.5 zeigt, dass die verschiedenen Aspekte der Kursgestaltung, die ja auch konzeptuelle Überschneidungen aufweisen, im Zufriedenheitsurteil der Auszubildenden eng miteinander verknüpft sind. In den Kursen, in denen die Teilnehmer/innen mit den Inhalten und der didaktischen Konzeption sowie dem Nutzen für die praktische Arbeit und die persönliche Entwicklung besonders zufrieden sind, ist auch ihre Zufriedenheit mit der Modellwirkung der Kursleiterin/ des Kursleiters, mit ihrer/ seiner Unterstützung und mit der Arbeitsatmosphäre größer. Interessant ist, dass auch die Zufriedenheit mit dem eigenen Engagement in diesen Kursen größer ist, der korrelative Zusammenhang ist jedoch weniger eng. Offensichtlich wird lediglich das Verhalten der anderen Gruppenmitglieder unabhängig von der inhaltlich-didaktischen Kurskonzeption, dem wahrgenommenen Nutzen der Selbsterfahrung und dem Verhalten der Kursleiterin/ des Kursleiters beurteilt. Ein signifikanter Zusammenhang besteht lediglich mit der Bewertung der Arbeitsatmosphäre.

Tabelle 8.5: Korrelation der Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten in der Kursgestaltung (Kursmittelwerte) in 22 bzw. 12 Selbsterfahrungskursen

	Didaktik	Nutzen für praktische Arbeit	Nutzen für persönliche Entwicklung	Referent als Therapeutenmodell	Referent als persönliches Modell	Unterstützung durch Kursleiter	Arbeitsatmosphäre	Verhalten der Gruppenmitglieder	eigenes Engagement
Inhalt	$r = 0,91$ $p = .000$ $n = 22$	$r = 0,86$ $p = .000$ $n = 22$	$r = 0,82$ $p = .000$ $n = 22$	$r = 0,88$ $p = .000$ $n = 22$	$r = 0,88$ $p = .000$ $n = 12$	$r = 0,87$ $p = .000$ $n = 12$	$r = 0,88$ $p = .000$ $n = 22$	$r = 0,52$ $p = .085$ $n = 12$	$r = 0,67$ $p = .017$ $n = 12$
Didaktik		$r = 0,87$ $p = .000$ $n = 22$	$r = 0,78$ $p = .000$ $n = 22$	$r = 0,85$ $p = .000$ $n = 22$	$r = 0,89$ $p = .000$ $n = 12$	$r = 0,90$ $p = .000$ $n = 12$	$r = 0,83$ $p = .000$ $n = 22$	$r = 0,36$ $p = .252$ $n = 12$	$r = 0,57$ $p = .054$ $n = 12$
Nutzen für praktische Arbeit			$r = 0,81$ $p = .000$ $n = 22$	$r = 0,76$ $p = .000$ $n = 22$	$r = 0,90$ $p = .000$ $n = 12$	$r = 0,89$ $p = .000$ $n = 12$	$r = 0,79$ $p = .000$ $n = 22$	$r = 0,41$ $p = .186$ $n = 12$	$r = 0,60$ $p = .040$ $n = 12$
Nutzen für persönliche Entwicklung				$r = 0,60$ $p = .003$ $n = 22$	$r = 0,68$ $p = .015$ $n = 12$	$r = 0,70$ $p = .011$ $n = 12$	$r = 0,71$ $p = .000$ $n = 22$	$r = 0,42$ $p = .172$ $n = 12$	$r = 0,62$ $p = .032$ $n = 12$
Referent als Therapeutenmodell					$r = 0,93$ $p = .000$ $n = 12$	$r = 0,87$ $p = .000$ $n = 12$	$r = 0,78$ $p = .000$ $n = 22$	$r = 0,44$ $p = .148$ $n = 12$	$r = 0,65$ $p = .022$ $n = 12$
Referent als persönliches Modell						$r = 0,97$ $p = .000$ $n = 12$	$r = 0,88$ $p = .000$ $n = 12$	$r = 0,46$ $p = .133$ $n = 12$	$r = 0,62$ $p = .033$ $n = 12$
Unterstützung durch Kursleiter							$r = 0,92$ $p = .000$ $n = 12$	$r = 0,51$ $p = .087$ $n = 12$	$r = 0,70$ $p = .011$ $n = 12$
Arbeitsatmosphäre								$r = 0,65$ $p = .023$ $n = 12$	$r = 0,77$ $p = .003$ $n = 12$
Verhalten der Gruppenmitglieder									$r = 0,74$ $p = .006$ $n = 12$

Anmerkung. Signifikante Korrelationen in Fettdruck.

Aufgrund der hohen Interkorrelation der Zufriedenheitseinstufungen ergibt der Vergleich der einzelnen Selbsterfahrungskurse hinsichtlich der verschiedenen Aspekte der Teilnehmerzufriedenheit jeweils ein ähnliches Bild:

Insgesamt bewerten die Auszubildenden die Selbsterfahrungskurse zur Beziehungsgestaltung und zur Berufsethik am positivsten (Vergleich der Mittel der in allen 22 Selbsterfahrungskursen erhobenen Zufriedenheitseinstufungen). Diese Kurse erzielen mit Ausnahme der Kurse *E5 Umgang mit Zuneigung, Erotik und Sexualität* und *E6 Förderung ethischer Kompetenzen* überdurchschnittliche Zufriedenheitseinstufungen. Die Zufriedenheit mit den methodenbezogenen Selbsterfahrungskursen liegt hingegen im mittleren Bereich. Die personbezogenen Selbsterfahrungskurse werden von den

Auszubildenden sehr unterschiedlich bewertet. Während die Zufriedenheit mit dem Kurs *Th2 Wohlbefinden II* überdurchschnittlich hoch ist, erzielen die Kurse *Th1 Wohlbefinden I* und *Th5 Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit* durchschnittliche Zufriedenheitseinstufungen. Die Kurse *Th3 Wohlbefinden III*, *Th4 Umgang mit eigenen Krisen* und *Th6/Th7 Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit* werden im Vergleich mit anderen Kursen eher negativ bewertet.

Auffällig ist, dass die Selbsterfahrungskurse zum Teil trotz gleicher inhaltlicher und didaktischer Konzeption von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als sehr unterschiedlich zufriedenstellend erlebt werden (z. B. *Th5/Th6/Th7 Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit*). Dies ist ein wichtiger Hinweis darauf, dass auch individuelle Faktoren (z. B. Entwicklungsstand) und gruppenspezifische Prozesse für das Gelingen der Selbsterfahrung von großer Bedeutung sind.

Zufriedenheit mit den Inhalten, der Didaktik und dem Nutzen der Selbsterfahrung

Abbildung 8.3 zeigt, dass die Zufriedenheit mit den Inhalten der meisten Selbsterfahrungskurse sehr groß ist. 12 von 22 Kursen erreichen einen Mittelwert größer als 5 (Antwortmöglichkeiten von 1 „gar nicht zufrieden“ bis 6 „sehr zufrieden“), und nur in einem Kurs liegt der Mittelwert im unteren Bereich der Skala (*Th6 Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit*: $M = 3,00$; $SD = 1,41$). Mit dem Themenangebot besonders zufrieden sind die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Kurse *E1/E2/E3 Umgang mit Macht*, *Th2 Wohlbefinden II* und *B4 Schwierige Therapiesituationen*. Als etwas weniger zufriedenstellend werden dagegen die Inhalte der Kurse *Th4 Umgang mit eigenen Krisen*, *Th6/Th7 Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit* und *E6 Förderung ethischer Kompetenzen* bewertet.

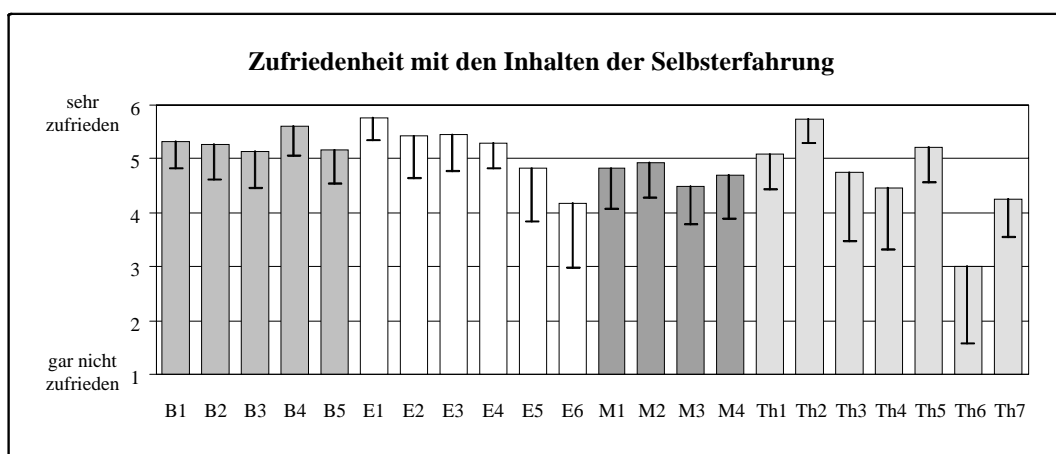


Abbildung 8.3: Zufriedenheit mit den Inhalten der Selbsterfahrung (M , SD) in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B1 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und personbezogenen Kursen (Th1 - Th7); Antwortmöglichkeiten von 1 „gar nicht zufrieden“ bis 6 „sehr zufrieden“

Ingesamt werden die Kurse zur Beziehungsgestaltung (B1 - B5) durchgängig etwas positiver beurteilt als die Kurse zu Therapiemethoden (M1 - M4), während die Kurse zu berufsethischen Fragen (E1 - E6) und die personbezogenen Kurse (Th1 - Th7) teils als sehr befriedigend und teils als eher unbefriedigend erlebt werden. Dies wird besonders in der Gegenüberstellung der drei zum Thema *Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit* durchgeführten Kurse deutlich. Während die beiden im Jahr 1998 durchgeführten Kurse *Th6* und *Th7* eher negativ bewertet wurden, erhielt der inhaltlich und didaktisch gleich konzipierte und vom selben Kursleiter zwei Jahre früher durchgeführte Kurs *Th5* eine sehr positive Beurteilung.

Tabelle 8.6: Zufriedenheit mit dem Nutzen der Selbsterfahrung für die praktische Arbeit und die persönliche Entwicklung in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B1 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und in personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

Kurs	Zufriedenheit mit...		Differenzwerte			
	Nutzen für praktische Arbeit	Nutzen für persönliche Entwicklung	M / SD	Max.	Min.	
	M / SD	M / SD				
B1	Wiederkehrende Probleme	5,17 / 0,75	4,67 / 1,21	0,50 / 0,55	1	0
B2	Wiederkehrende Probleme	5,55 / 0,69	5,18 / 0,87	0,36 / 0,92	2	-1
B3	Schwierige Therapiesituationen	5,71 / 0,49	5,57 / 0,53	0,14 / 0,38	1	0
B4	Schwierige Therapiesituationen	5,20 / 0,84	4,80 / 0,84	0,40 / 0,89	2	0
B5	Neid und Eifersucht	4,94 / 0,83	5,00 / 0,71	-0,06 / 0,97	2	-2
E1	Umgang mit Macht	5,89 / 0,33	5,67 / 0,71	0,22 / 0,44	1	0
E2	Umgang mit Macht	5,71 / 0,49	5,57 / 0,53	0,14 / 0,38	1	0
E3	Umgang mit Macht	5,18 / 0,75	5,09 / 1,04	0,09 / 0,70	1	-1
E4	Zuneigung, Erotik und Sexualität	4,80 / 0,79	4,90 / 0,74	-0,10 / 0,32	0	-1
E5	Zuneigung, Erotik und Sexualität	4,67 / 0,82	5,00 / 0,89	-0,33 / 0,52	0	-1
E6	Förderung ethischer Kompetenzen	4,00 / 1,35	3,92 / 1,24	0,08 / 0,51	1	-1
M1	Therapiemanuale: Depression	4,91 / 1,04	4,64 / 1,12	0,27 / 0,90	2	-1
M2	Therapiemanuale: Stressbewältigung	5,23 / 0,83	4,77 / 0,73	0,46 / 0,88	2	-1
M3	Therapiemanuale: Hauterkrankungen	4,60 / 1,17	4,10 / 1,10	0,50 / 0,53	1	0
M4	Therapeutische Expertise	5,06 / 0,57	4,63 / 0,72	0,44 / 0,89	2	-1
Th1	Wohlbefinden I	4,62 / 0,77	4,77 / 0,60	-0,15 / 0,80	1	-1
Th2	Wohlbefinden II	5,25 / 0,71	5,63 / 0,52	-0,38 / 0,74	1	-1
Th3	Wohlbefinden III	4,25 / 1,39	4,25 / 1,16	0,00 / 1,20	2	-2
Th4	Umgang mit eigenen Krisen	3,91 / 1,14	4,18 / 1,08	-0,27 / 1,10	2	-2
Th5	Sterben, Tod und Endlichkeit	4,56 / 1,13	5,56 / 0,73	-1,00 / 0,71	0	-2
Th6	Sterben, Tod und Endlichkeit	3,00 / 1,67	3,67 / 1,03	-0,67 / 1,37	1	-3
Th7	Sterben, Tod und Endlichkeit	4,25 / 0,89	4,63 / 0,74	-0,38 / 0,74	1	-1

Auch mit dem Nutzen der Selbsterfahrung für die praktische Arbeit und ihre persönliche Entwicklung sind die Teilnehmer/innen insgesamt sehr zufrieden. Mit nur wenigen Ausnahmen liegen die Mittelwerte der Kurse im oberen Skalendrittel (vgl. Tabelle 8.6). Abbildung 8.4 macht deutlich, dass die Selbsterfahrungskurse im Hinblick auf beide Aspekte als ähnlich zufriedenstellend erlebt werden. D. h. Kurse, die aus Sicht der Teilnehmer/innen viele Anregungen für die praktische Arbeit bieten,

werden auch im Hinblick auf die persönliche Entwicklung als gewinnbringend eingestuft. Insgesamt ist in den Kursen zur Beziehungsgestaltung und zu Therapiemethoden die Zufriedenheit mit dem Nutzen für die *praktische Arbeit* etwas größer, während die Teilnehmer/innen der personbezogenen Kursen erwartungsgemäß mit dem Nutzen für die *persönliche Entwicklung* etwas zufriedener sind. Tabelle 8.6 zeigt aber auch, dass die Teilnehmer/innen den Nutzen der Selbsterfahrung für praktische Arbeit und persönliche Entwicklung z. T. unterschiedlich gewichten.

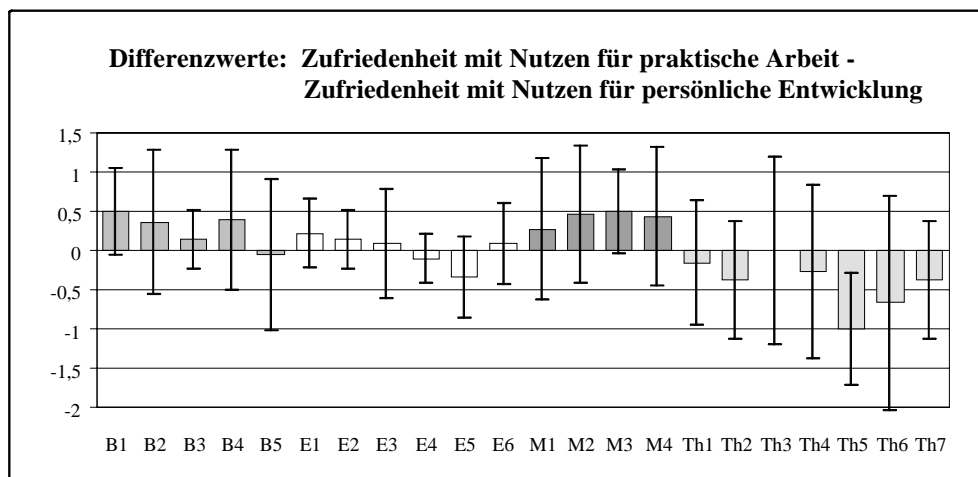


Abbildung 8.4: Zufriedenheit mit dem Nutzen für die praktische Arbeit und die persönliche Entwicklung (M , SD der Differenzwerte) in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B1 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

Zufriedenheit mit der Modellwirkung des Kursleiters und mit seiner Unterstützung

Als weiteres Merkmal der Prozessqualität wurde die Zufriedenheit der Auszubildenden mit der Modellwirkung der Kursleiterin/ des Kursleiters und mit ihrer/ seiner Unterstützung erfasst. Tabelle 8.7 zeigt, dass die Zufriedenheit mit dem Kursleiter als Therapeutenmodell in beinahe allen Kursen außerordentlich hoch ist (Mittelwerte zwischen 5 und 6, Antwortmöglichkeiten von 1 „gar nicht zufrieden“ bis 6 „sehr zufrieden“). Lediglich in den Kursen *E6 Förderung ethischer Kompetenzen* ($M = 4,00$; $SD = 1,13$) und *Th6 / Th7 Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit* ($M_{Th6} = 3,17$; $SD_{Th6} = 0,41$; $M_{Th7} = 4,13$; $SD_{Th7} = 1,25$) sind die Teilnehmer/innen etwas unzufriedener. Die Zufriedenheit mit der persönlichen Modellwirkung und der Unterstützung durch die Kursleiterin/ den Kursleiter, die nur in 12 von 22 Kursen erhoben wurde, ist insgesamt etwas geringer. Die Mittelwerte der Kurse liegen in einem Bereich zwischen 4 und 5,5 und es kommt häufiger vor, dass einzelne Teilnehmer/innen sich eher unzufrieden äußern (Skalenwerte ≤ 3).

Tabelle 8.7: Zufriedenheit mit Therapeutenmodell, persönlichem Modell, Unterstützung und Vertrauenswürdigkeit der Kursleiterin/ des Kursleiters in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B1 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

Kurs	Zufriedenheit mit...					
	Therapeutenmodell ^a		persönlichem Modell ^b		Unterstützung ^b	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
B1 Wiederkehrende Probleme	5,50	0,55				
B2 Wiederkehrende Probleme	5,36	0,67				
B3 Schwierige Therapiesituationen	5,00	1,00				
B4 Schwierige Therapiesituationen	5,40	0,89	5,00	0,71	5,40	0,55
B5 Neid und Eifersucht	5,06	0,83	4,59	0,71	4,88	0,60
E1 Umgang mit Macht	5,89	0,33				
E2 Umgang mit Macht	5,43	0,79	5,00	0,82	5,29	0,76
E3 Umgang mit Macht	5,64	0,50	4,91	0,94	5,00	1,00
E4 Zuneigung, Erotik und Sexualität	5,80	0,42				
E5 Zuneigung, Erotik und Sexualität	5,00	0,89	4,50	1,22	5,00	0,89
E6 Förderung ethischer Kompetenzen	4,00	1,13	3,83	1,34	4,25	0,97
M1 Therapiemanuale: Depression	5,64	0,67				
M2 Therapiemanuale: Stressbewältigung	5,46	0,52				
M3 Therapiemanuale: Hauterkrankungen	5,10	0,88	5,00	1,22	5,30	0,67
M4 Therapeutische Expertise	5,06	0,77	4,81	0,75	5,00	0,73
Th1 Wohlbefinden I	5,31	0,63				
Th2 Wohlbefinden II	5,63	0,52				
Th3 Wohlbefinden III	5,38	0,52	4,50	0,76	4,63	0,74
Th4 Umgang mit eigenen Krisen	5,00	0,77	4,36	0,92	4,64	0,92
Th5 Sterben, Tod und Endlichkeit	5,00	0,87				
Th6 Sterben, Tod und Endlichkeit	3,17	0,41	3,33	1,03	3,50	1,05
Th7 Sterben, Tod und Endlichkeit	4,13	1,25	4,13	1,55	4,63	1,19

Anmerkungen. Antwortmöglichkeiten von 1 „gar nicht zufrieden“ bis 6 „sehr zufrieden“.

^a Erhoben in 22 Kursen. ^b Erhoben in 12 Kursen.

Zufriedenheit mit der Arbeitsatmosphäre und dem eigenen Engagement

Tabelle 8.8 ist zu entnehmen, dass die Zufriedenheit mit der Arbeitsatmosphäre in allen Kursen mit Ausnahme des Kurses *Th6 Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit* sehr groß ist (Mittelwerte größer 4,5). Gleiches gilt ausnahmslos auch für die Zufriedenheit mit dem Verhalten der Gruppenmitglieder untereinander.

Die Zufriedenheit mit dem eigenen Engagement wurde in 12 Selbsterfahrungskursen erfasst (vgl. Tabelle 8.8). Die Mittelwerte aller Kurse liegen im oberen Bereich der Skala. Dennoch fällt auf, dass das eigene Engagement deutlich kritischer bewertet wird als die übrigen Aspekte der Selbsterfahrung. Besonders zufrieden mit dem eigenen Engagement zeigen sich die Teilnehmer/innen der Kurse *B4 Schwierige Therapiesituationen*, *E2 Umgang mit Macht* und *E5 Umgang mit Zuneigung, Erotik und Sexualität*. Am geringsten ist die Zufriedenheit mit dem eigenen Engagement in den

Kursen E6 Umgang mit Gefühlen: Neid und Eifersucht und Th6 Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit.

Tabelle 8.8: Zufriedenheit mit der Arbeitsatmosphäre, dem Verhalten der Teilnehmerinnen untereinander und mit dem eigenen Engagement in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B1 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

Kurs	Zufriedenheit mit...					
	Arbeitsatmosphäre ^a		Teilnehmerverhalten ^b		eigenem Engagement ^b	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
B1 Wiederkehrende Probleme	5,33	0,52				
B2 Wiederkehrende Probleme	5,36	0,67				
B3 Schwierige Therapiesituationen	5,57	0,53				
B4 Schwierige Therapiesituationen	5,60	0,55	5,60	0,55	5,00	1,00
B5 Neid und Eifersucht	4,82	0,88	4,59	0,80	3,88	0,70
E1 Umgang mit Macht	5,33	0,71				
E2 Umgang mit Macht	5,14	0,90	5,00	0,82	5,14	0,90
E3 Umgang mit Macht	5,36	0,67	5,09	0,70	4,73	0,79
E4 Zuneigung, Erotik und Sexualität	5,70	0,67				
E5 Zuneigung, Erotik und Sexualität	5,00	0,63	5,17	0,75	5,17	0,75
E6 Förderung ethischer Kompetenzen	4,42	1,00	4,50	0,67	4,17	0,94
M1 Therapiemanuale: Depression	4,55	1,21				
M2 Therapiemanuale: Stressbewältigung	5,46	0,52				
M3 Therapiemanuale: Hauterkrankungen	5,00	0,94	4,90	0,57	4,50	1,18
M4 Therapeutische Expertise	4,56	0,73	4,63	0,62	4,06	0,77
Th1 Wohlbefinden I	5,15	0,55				
Th2 Wohlbefinden II	5,25	0,46				
Th3 Wohlbefinden III	4,75	1,28	5,13	0,83	4,63	0,74
Th4 Umgang mit eigenen Krisen	4,36	0,67	4,64	0,67	4,55	0,52
Th5 Sterben, Tod und Endlichkeit	5,33	0,71				
Th6 Sterben, Tod und Endlichkeit	3,17	1,33	4,67	0,82	3,50	1,52
Th7 Sterben, Tod und Endlichkeit	4,63	1,41	5,13	0,83	4,63	1,19

Anmerkungen. Antwortmöglichkeiten von 1 „gar nicht zufrieden“ bis 6 „sehr zufrieden“.

^a Erhoben in 22 Kursen. ^b Erhoben in 12 Kursen.

8.2 Merkmale der Ergebnisqualität

Untersucht wurde, welche Anregungen die Auszubildenden der Selbsterfahrung mit Blick auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und berufsethische Fragen, verhaltenstherapeutische Methoden und ihre persönliche Entwicklung entnehmen. Erfasst wurde zudem, in welchem Umfang sie diese Anregungen nach ihrer subjektiven Einschätzung in der therapeutischen Arbeit umsetzen.

8.2.1 Erinnernte Anregungen

Die Einstufung des Anregungsgehalts der Selbsterfahrung erfolgte auf einer Skala von 0 „keine Anregung erhalten“ über 1 „wenige Anregungen“ bis 4 „viele Anregungen“ für jedes Item. Ein Skalenmittelwert von 1 kann bedeuten, dass die Anregungen breitgefächert waren, oder dass zu einzelnen Themen viele Anregungen vermittelt wurden. Um zu prüfen, ob alle Bereiche im gewünschten Umfang angesprochen wurden, ist deshalb neben der Betrachtung auf Skalenebene auch die Betrachtung auf Itemebene notwendig.

Abbildung 8.5 zeigt, dass in den Kursen zur Beziehungsgestaltung (B1 - B5) und zur Berufsethik (E1 - E6) erwartungsgemäß mehr Anregungen zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung vermittelt werden als in den Kursen zu Therapiemethoden (M1 - M4) und in den personbezogenen Kursen (Th1 - Th7). Insgesamt decken die Selbsterfahrungskurse im Hinblick auf Anregungen zur Beziehungsgestaltung alle relevanten Bereiche ab. Auf Itemebene wird deutlich, dass die Auszubildenden sowohl Anregun-

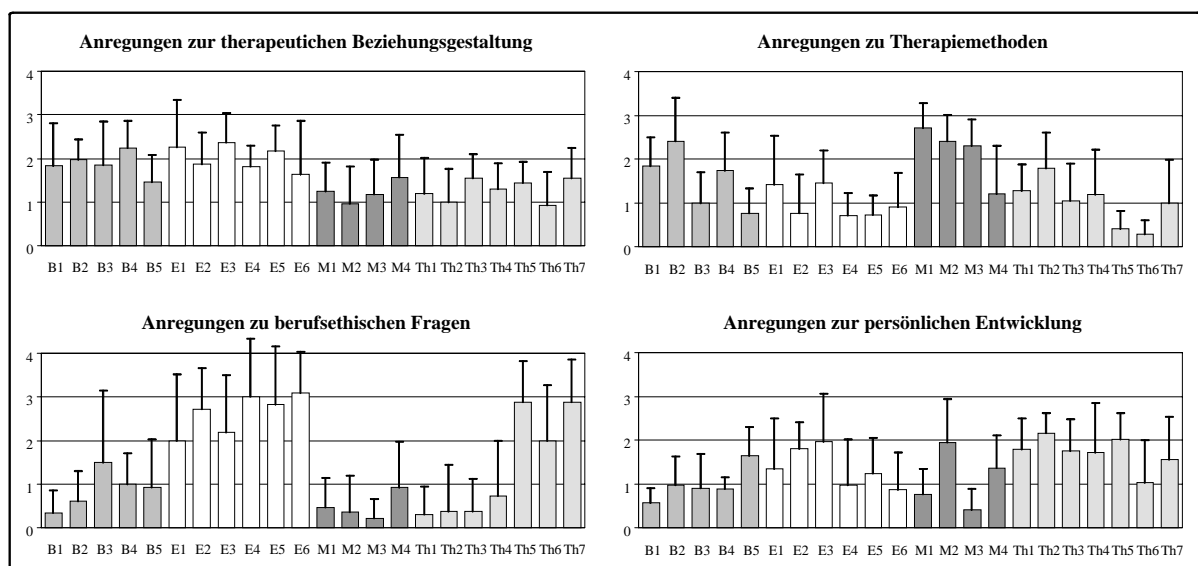


Abbildung 8.5: Anregungen zur Beziehungsgestaltung (9 Items; M , SD), zu berufsethischen Fragen (1 Item; M , SD), zu Therapiemethoden (3 Items; M , SD) und zur persönlichen Entwicklung (5 Items; M , SD) in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B1 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

gen zur Korrektur des bisherigen Umgang mit Patientinnen und Patienten als auch bestätigende Anregungen erhalten (vgl. Tabelle 8.9). Allerdings wird kaum vermittelt, wie sie ihre persönlichen Stärken bei der Durchführung von Therapien gezielt nutzen können. Hervorzuheben ist, dass auch die personbezogenen Kurse z. T. viele Anregungen für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung bieten. Insbesondere stoßen sie eine Auseinandersetzung mit den persönlichen Grenzen als Therapeut/in an. Die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen wird vor allem in Kursen zur Berufsethik (E1 - E6) angeregt wird. Aber auch die Kurse *Th5/Th6/Th7 Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit* bieten diesbezüglich offensichtlich viele Anregungen (vgl. Abbildung 8.5).

Wie zu erwarten geben vor allem die Kurse zum Umgang mit Therapiemanualen (M1 - M3) Impulse, sich mit therapeutischen Methoden auseinanderzusetzen. Aber auch die Teilnehmer/innen der Kurse *B1/B2 Wiederkehrende Probleme in*

Tabelle 8.9: 4 Wochen nach der Selbsterfahrung erinnerte Anregungen in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B1 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und in personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

Kurs	Im Selbsterfahrungsseminar habe ich Anregungen erhalten ...									
	... für die therapeutische Beziehungsgestaltung.	... wie mit Widerständen von Patientinnen umzugehen ist.	... zur Veränderung meiner Einstellungen gegenüber Patientinnen.	... wie ich meine eigenen Gefühle in der Therapie besser regulieren kann.	... zur Korrektur eigenen Verhaltens in der Therapie-situation.	... wie ich meine Stärken in der Therapie besser nutzen kann.	... wo meine persönlichen Grenzen als Therapeutin/Therapeut liegen.	... wo ich Bedarf für gezielte Supervision habe.	... zur Klärung meiner Motivation, warum ich therapeutisch arbeiten möchte.	... die mich in meinem Umgang mit Patientinnen bestätigen.
	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
B1	3,33	3,17	2,17	1,50	1,67	0,83	1,83	1,83	0,17	
B2	3,10	3,00	1,70	1,50	2,90	1,80	1,30	1,40	1,00	
B3	3,17	0,83	1,50	2,40	2,80	0,83	1,83	1,17	0,83	
B4	3,00	1,80	2,20	2,40	3,00	2,20	2,20	2,40	1,00	2,40
B5	2,47	2,13	1,47	1,87	1,40	1,00	1,47	1,07	0,33	1,33
E1	3,13	2,50	2,63	2,50	3,00	1,38	2,13	2,13	0,88	
E2	3,14	2,29	2,29	2,00	2,86	1,14	1,29	1,14	0,71	
E3	2,91	2,70	1,91	2,27	2,45	2,09	2,50	2,55	1,18	2,09
E4	3,50	2,00	1,50	2,90	2,00	1,10	2,60	0,50	0,30	
E5	3,17	1,50	2,17	2,67	2,50	1,50	2,67	2,33	1,00	2,50
E6	2,18	1,45	1,80	1,73	2,00	1,00	1,73	1,45	0,82	1,91
M1	1,55	1,91	1,00	0,73	2,09	1,27	1,18	1,00	0,45	
M2	1,36	1,00	0,79	0,86	1,14	1,21	1,14	0,79	0,36	
M3	2,00	1,89	0,89	0,78	1,44	1,13	1,11	1,22	0,56	1,22
M4	1,88	1,13	1,19	1,31	1,63	1,69	1,50	1,63	2,13	1,88
Th1	1,85	0,92	1,08	1,23	1,54	1,23	1,15	1,38	0,38	
Th2	1,75	0,63	0,75	1,75	0,75	1,75	1,25	0,38	0,00	
Th3	1,50	0,75	0,63	2,38	2,13	1,25	2,50	2,13	0,75	1,00
Th4	1,73	0,73	1,00	1,64	1,73	0,64	1,64	2,09	0,45	
Th5	2,44	1,33	2,11	1,44	1,22	0,44	2,78	0,78	0,33	
Th6	1,50	0,17	1,00	1,40	0,40	0,60	1,40	1,33	0,20	1,40
Th7	2,25	1,63	0,88	1,75	1,50	0,88	2,13	1,88	1,00	1,63

Anmerkungen. Antwortmöglichkeiten von 0 „keine“ bis 4 „viele“. Mittelwerte größer 2 dunkelgrau hinterlegt, Mittelwerte zwischen 1 und 2 hellgrau hinterlegt.

Verhaltenstherapien profitieren in diesem Bereich sehr deutlich (vgl. Abbildung 8.5). Besonders häufig werden allgemeine Anregungen zur Therapieplanung, zur Auswahl geeigneter therapeutischer Ansatzpunkte, zum störungsspezifischen Einsatz verhaltenstherapeutischer Methoden und zu Techniken der Gesprächsführung vermittelt (vgl. Tabelle 8.10). Wie Therapiemethoden an den eigenen Stil angepasst werden können, wird seltener erarbeitet. Auch spezifische Themen wie die Durchführung von Verhaltensanalysen, der Einsatz von Hausaufgaben und die Durchführung von Therapiekontrollen werden kaum behandelt.

Die Teilnehmer/innen aller Kurse profitieren auch persönlich von der Selbsterfahrung (vgl. Abbildung 8.5). Neben den personbezogenen Kursen bieten vor allem die Kurse *E1/E2/E3 Umgang mit Macht*, *B5 Umgang mit Gefühlen: Neid und Eifersucht* sowie der Kurs *M3 Umgang mit Therapiemanualen: Stressbewältigung* Anregungen

Tabelle 8.10: 4 Wochen nach der Selbsterfahrung erinnerte Anregungen in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B1 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und in personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

Kurs	Im Selbsterfahrungsseminar habe ich Anregungen erhalten ...									
	... für die Diagnostik.	... zur Therapieplanung.	... zu verhaltenstherapeutischen Methoden.	... wie ich verhaltenstherapeutische Methoden an meinen eigenen Stil anpassen kann.	... zur verhaltenstherapeutischen Gesprächsführung.	... zur Durchführung von Verhaltensanalysen.	... wie ich geeignete therapeutische Ansatzpunkte finde.	... zum störungsspezifischen Vorgehen.	... zum Einsatz von Hausaufgaben.	... zur Durchführung von Therapiekontrollen.
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>
B1	2,17	2,33	1,00							
B2	1,50	2,90	2,80							
B3	0,17	1,33	1,50							
B4	1,20	2,20	1,80	1,80	2,80	1,40	2,00	2,40	1,40	1,00
B5	1,40	0,47	0,40	0,40	0,53	0,87	2,07	1,07	0,13	0,20
E1	1,75	1,75	0,75							
E2	0,71	0,71	0,86							
E3	1,27	1,73	1,36	1,45	2,45	1,36	2,27	1,36	1,45	0,60
E4	0,33	0,70	1,10							
E5	0,50	1,00	0,67	1,00	1,83	0,17	1,33	1,17	0,17	0,17
E6	0,73	1,64	0,36	0,55	0,82	0,27	1,64	0,27	0,09	0,09
M1	2,18	2,60	3,09							
M2	1,57	2,50	3,14							
M3	2,67	2,33	1,89	1,33	2,11	1,89	2,44	3,22	1,78	1,11
M4	0,69	1,38	1,56	1,31	1,19	1,13	1,19	1,00	0,75	0,69
Th1	0,69	1,77	1,38							
Th2	1,63	1,63	2,13							
Th3	0,88	0,88	1,38	1,13	0,88	0,63	1,38	0,50	0,50	0,25
Th4	0,82	0,91	1,82							
Th5	0,22	0,89	0,11							
Th6	0,00	0,67	0,17	0,17	0,33	0,33	0,83	0,33	0,17	0,17
Th7	1,13	1,63	0,25	0,50	0,63	0,63	2,00	1,00	0,13	0,00

Anmerkungen. Antwortmöglichkeiten von 0 „keine“ bis 4 „viele“. Mittelwerte größer 2 dunkelgrau hinterlegt, Mittelwerte zwischen 1 und 2 hellgrau hinterlegt.

zur persönlichen Weiterentwicklung. Die Betrachtung auf Itemebene (vgl. Tabelle 8.11) zeigt, dass die Selbsterfahrung in erster Linie neue emotional-kognitive Einsichten fördert und zu einer Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgestaltung anregt. Wohlbefinden und persönliche Stärken gewinnen an Stellenwert. Persönliche Probleme und Überforderungen werden dagegen angesprochen. Das gleiche gilt für die soziale Unterstützung. Auffällig ist, dass die Auszubildenden die Selbsterfahrung zwar als entwicklungsförderlich wahrnehmen, ihnen jedoch schwer fällt, zu präzisieren, wo der Gewinn für sie liegt.

Insgesamt bieten die Kurse vielfältige berufsbezogene Anregungen, vor allem für die Gestaltung der Therapiebeziehung. Selbsterfahrung, die über das Erleben der therapeutischen Rolle hinausgeht, ist im Vergleich dazu von untergeordneter Bedeutung.

Tabelle 8.11: 4 Wochen nach der Selbsterfahrung erinnerte Anregungen in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B1 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und in personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

Kurs	Im Selbsterfahrungsseminar habe ich Anregungen erhalten ...										
	... für meine persönliche Weiterentwicklung.	... zur Klärung persönlicher Probleme.	... zur Veränderung eigener, mich im Privaten belastender Gefühle.	... zum Überdenken meiner persönlichen Lebensgestaltung.	... wie ich mein eigenes Wohlbefinden sichern kann.	... für einen besseren Umgang mit persönlichen Überforderungen.	... wie ich besser mit meinen Schwächen umgehen kann.	... die mir zu neuen Einsichten in meine Gefühle/Gedanken verholfen haben.	... die mein Selbstvertrauen stärken.	... die mich zu größerer Eigenständigkeit ermutigen.	... wie ich mir soziale Unterstützung verschaffen kann.
	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
B1	1,67	0,00	0,00	0,00	1,17						
B2	1,20	0,70	0,90	1,10	1,00						
B3	1,50	1,17	0,33	0,17	1,33						
B4	1,80	0,40	0,20	0,60	1,40	1,40	1,60	2,40	2,40	1,60	0,80
B5	2,40	1,40	1,53	0,93	1,93	1,13	1,27	2,47	1,53	1,07	0,67
E1	2,75	0,63	0,88	1,13	1,14						
E2	3,43	1,57	1,14	1,57	1,29						
E3	2,82	1,64	1,27	1,60	2,09	1,82	1,55	3,00	1,91	1,36	1,00
E4	1,80	0,60	0,40	0,40	1,70						
E5	2,33	0,83	0,50	1,00	1,50	1,83	1,33	2,50	2,00	1,00	1,17
E6	1,73	0,64	0,55	0,45	1,00	1,82	0,73	1,64	0,73	1,09	1,45
M1	1,36	0,36	0,36	0,36	1,36						
M2	1,93	1,50	1,64	2,21	2,43						
M3	0,56	0,56	0,22	0,22	0,44	1,11	0,50	1,00	1,44	1,67	0,22
M4	2,60	0,80	0,60	1,07	1,73	1,47	1,27	2,27	2,43	2,00	1,00
Th1	2,38	0,69	1,00	2,00	2,85						
Th2	3,13	0,43	1,33	3,00	3,38						
Th3	2,25	0,75	0,75	2,25	2,75	2,75	1,00	1,63	1,25	0,88	0,50
Th4	2,27	1,45	1,18	1,45	2,18						
Th5	3,56	2,00	1,44	2,33	1,38						
Th6	1,50	0,67	1,00	0,83	1,17	0,83	0,83	1,83	0,33	0,50	0,67
Th7	2,50	0,88	1,25	1,88	1,25	1,63	0,88	2,50	1,38	1,00	1,00

Anmerkungen. Antwortmöglichkeiten von 0 „keine“ bis 4 „viele“. Mittelwerte größer 2 dunkelgrau hinterlegt, Mittelwerte zwischen 1 und 2 hellgrau hinterlegt.

8.2.2 Umgesetzte Anregungen

Die Selbsterfahrungskurse bieten den Auszubildenden ein breites Spektrum an Anregungen, die für sie so konkret fassbar und brauchbar sind, dass sie vier Wochen nach der Selbsterfahrung angeben, sie bereits in ihrer therapeutischen Arbeit genutzt zu haben. Durchschnittlich werden etwa fünf Anregungen pro Kurs praktisch umgesetzt (vgl. Abbildung 8.6). Diese Zahl basiert auf einem Pool von 18 Items (Anregungen zur Beziehungsgestaltung: 9 Items, Anregungen zur Berufsethik: 1 Item, Anregungen zu Therapiemethoden: 3 Items, Anregungen zur persönlichen Entwicklung: 5 Items), d. h. in jedem Kurs wird für etwa ein Viertel der Items angegeben, dass die Selbsterfahrung zu spürbaren Veränderungen in der therapeutischen Arbeit geführt hat.

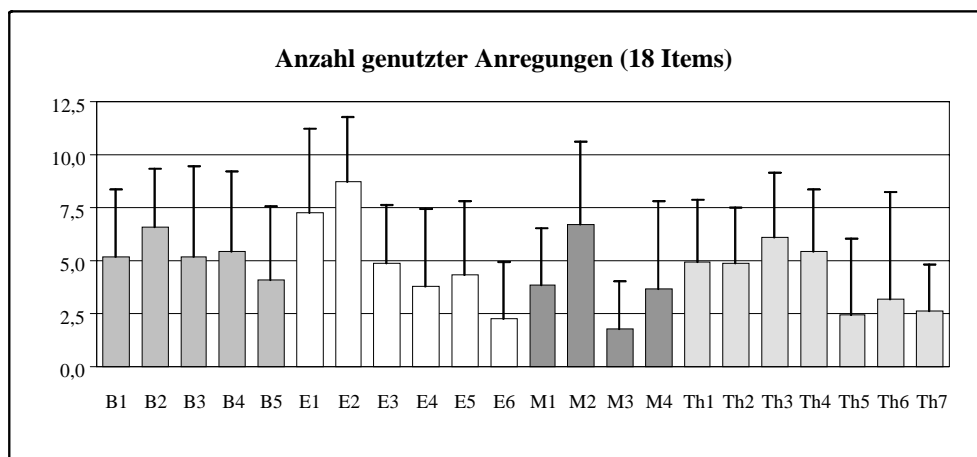


Abbildung 8.6: 4 Wochen nach der Selbsterfahrung umgesetzte Anregungen in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B1 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und in personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

Besonders viele praktisch umsetzbare Anregungen liefern zum einen die Kurse, in denen es um schwierige Therapiesituationen (B1 - B4) und Machtstrukturen in der Therapie (E1 - E3) geht, und zum anderen die Kurse, die das eigene Wohlbefinden (Th1 - Th3) und den Umgang mit Belastungen (*Th4 Umgang mit eigenen Krisen*, *M2 Umgang mit Therapiemanualen: Stressbewältigung*) thematisieren. Als weniger handlungsrelevant bewerten die Auszubildenden dagegen die Kurse *E6 Förderung ethischer Kompetenzen*, *Th5/Th6/Th7 Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit* und *M3 Umgang mit Therapiemanualen: Verhaltenstherapie bei Hauterkrankungen*. Die Inhalte dieser Kurse sind offensichtlich so spezifisch, dass der Transfer des Gelernten in den Therapiealltag schwierig ist bzw. zusätzlicher Unterstützung bedarf.

Tabelle 8.12: 4 Wochen nach der Selbsterfahrung umgesetzte Anregungen in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B1 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und in personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

Kurs	Anregungen zur therapeutischen Beziehungsgestaltung																					
	... für die therapeutische Beziehungsgestaltung.		... wie mit Widerständen von Patientinnen umzugehen ist.		... zur Veränderung meiner Einstellungen gegenüber Patientinnen.		... wie ich meine eigenen Gefühle in der Therapie besser regulieren kann.		... zur Korrektur eigenen Verhaltens in der Therapie-situation.		... wie ich meine Stärken in der Therapie besser nutzen kann.		... wo meine persönlichen Grenzen als Therapeutin/Therapeut liegen.		... wo ich Bedarf für gezielte Supervision habe.		... zur Klärung meiner Motivation, warum ich therapeutisch arbeiten möchte.		... die mich in meinem Umgang mit Patientinnen bestätigen.		... für die Beschäftigung mit ethischen Standards.	
	E ^a	U ^b	E	U	E	U	E	U	E	U	E	U	E	U	E	U	E	U	E	U	E	U
B1	100	83	100	67	83	60	83	60	67	50	50	33	67	75	67	-	17	-	-	-	33	-
B2	100	80	100	90	90	33	90	44	100	100	70	57	80	13	80	-	60	17	-	-	50	-
B3	100	83	33	-	67	25	67	75	83	80	50	33	67	50	50	33	50	33	-	-	50	67
B4	100	80	80	50	100	60	100	40	100	100	100	40	100	20	100	20	80	-	100	20	80	25
B5	100	40	93	29	93	36	87	31	87	31	47	57	73	27	67	10	33	-	67	50	53	25
E1	100	88	88	43	88	86	88	43	100	75	75	17	88	57	75	33	38	33	-	-	75	17
E2	100	100	86	17	86	67	86	83	100	100	57	75	57	-	71	20	29	50	-	-	100	57
E3	100	70	91	50	100	36	91	50	100	64	91	30	91	20	100	36	64	14	91	30	91	10
E4	100	70	90	44	80	13	100	40	90	33	60	50	90	56	30	-	20	-	-	-	90	22
E5	100	67	83	20	100	17	100	50	100	50	83	40	100	17	100	17	50	-	100	50	100	50
E6	91	20	64	29	82	11	73	25	91	30	36	-	64	14	64	43	36	-	91	30	100	64
M1	82	44	91	20	55	33	36	25	82	78	55	17	64	14	64	14	45	-	-	-	36	25
M2	71	40	43	67	50	29	50	14	64	67	57	75	50	43	43	17	29	25	-	-	21	33
M3	100	33	78	29	56	20	56	-	67	50	56	20	67	17	67	-	44	-	67	33	22	-
M4	81	38	56	-	56	33	69	55	69	36	75	25	75	17	81	15	81	31	75	42	53	25
Th1	77	70	54	14	54	43	69	44	69	67	46	67	46	33	46	33	23	-	-	-	23	-
Th2	75	17	38	-	50	25	88	43	50	-	75	33	50	25	25	-	-	-	-	-	13	-
Th3	63	40	50	50	50	25	100	63	88	43	75	50	88	86	88	-	38	33	50	50	25	-
Th4	91	40	45	20	64	29	82	78	91	50	45	60	82	44	91	20	45	20	-	-	36	25
Th5	100	33	67	17	89	13	89	13	67	33	44	-	100	22	44	-	33	-	-	-	100	11
Th6	83	40	17	-	67	25	67	25	33	50	33	50	67	25	50	33	17	-	83	20	100	33
Th7	100	63	75	-	63	40	88	14	63	-	63	-	100	-	88	-	62	-	75	17	100	25

Anmerkungen. ^a Prozentualer Anteil der Teilnehmer/innen, die die Anregungen erinnern. Anteile > 50 % hellgrau hinterlegt. ^b Prozentualer Anteil der Teilnehmer/innen dieser Untergruppe, die die Anregungen bereits umgesetzt haben. Anteile > 50 % dunkelgrau hinterlegt.

Welche Anregungen werden von den Auszubildenden im Einzelnen praktisch umgesetzt? Für den Bereich der therapeutischen Beziehungsgestaltung (vgl. Tabelle 8.12) wird deutlich, dass neben allgemeinen Anregungen vor allem Anstöße zur Korrektur des eigenen Verhaltens, zur Regulierung eigener Gefühle in der Therapiesituation und zur Nutzung persönlicher Stärken oft erinnert und praktisch umgesetzt werden. Der Umgang mit den persönlichen Grenzen als Therapeut/in und die eigenen Einstellungen Patientinnen und Patienten gegenüber werden dagegen seltener verändert, auch wenn viele Teilnehmer/innen angeben, entsprechende Anregungen erhalten zu haben. Gleiches gilt für den Umgang mit Widerständen von Patientinnen. Möglicherweise bietet hier ein Zeitraum von vier Wochen nicht genügend Anlässe, Neues zu probieren. Bedenklich ist, dass Hinweise auf einen gezielten Supervisionsbedarf selten umgesetzt werden, obwohl alle Teilnehmerinnen regelmäßig Supervision erhalten.

Tabelle 8.13: 4 Wochen nach der Selbsterfahrung umgesetzte Anregungen in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B1 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und in personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

Kurs	Anregungen zu Therapiemethoden																			
	... für die Diagnostik.		... zur Therapieplanung.		... zu verhaltenstherapeutischen Methoden.		... wie ich verhaltenstherapeutische Methoden an meinen eigenen Stil anpassen kann.		... zur verhaltenstherapeutischen Gesprächsführung.		... zur Durchführung von Verhaltensanalysen.		... wie ich geeignete therapeutische Ansatzpunkte finde.		... zum störungsspezifischen Vorgehen.		... zum Einsatz von Hausaufgaben.		... zur Durchführung von Therapiekontrollen.	
	E ^a	U ^b	E	U	E	U	E	U	E	U	E	U	E	U	E	U	E	U	E	U
B1	100	17	100	50	67	75														
B2	70	29	100	60	90	78														
B3	17	-	67	50	67	50														
B4	100	20	100	20	80	50	80	75	100	100	100	20	100	60	100	60	80	25	80	25
B5	73	18	33	-	40	-	20	33	40	17	53	38	100	27	47	29	13	-	13	-
E1	75	67	88	86	38	33														
E2	43	67	43	67	57	75														
E3	73	38	100	-	64	29	82	44	91	80	82	22	100	45	82	11	82	-	45	20
E4	30	-	60	17	70	29														
E5	50	-	83	20	67	-	50	67	100	33	17	-	67	25	67	-	17	-	17	-
E6	45	-	73	13	27	25	36	-	45	-	27	-	64	43	27	-	9	-	9	-
M1	91	30	91	20	100	64														
M2	79	36	93	69	100	86														
M3	100	11	100	11	78	29	56	20	78	43	100	-	100	11	100	11	67	-	67	17
M4	44	29	56	56	69	45	50	63	63	60	56	44	56	33	50	13	31	20	38	33
Th1	46	50	85	55	77	30														
Th2	75	33	88	43	88	71														
Th3	50	-	50	75	75	33	63	40	38	-	38	67	75	17	38	-	25	50	25	-
Th4	55	17	45	40	91	50														
Th5	22	-	44	-	11	-														
Th6	-	-	50	33	17	-	17	-	33	50	17	100	67	25	33	50	17	-	17	-
Th7	50	-	75	-	25	-	25	-	50	-	25	-	88	-	38	-	13	-	-	-

Anmerkungen. ^a Prozentualer Anteil der Teilnehmer/innen, die die Anregungen erinnern. Anteile > 50 % hellgrau hinterlegt. ^b Prozentualer Anteil der Teilnehmer/innen dieser Untergruppe, die die Anregungen bereits umgesetzt haben. Anteile > 50 % dunkelgrau hinterlegt.

Hinsichtlich der Auswirkungen der Selbsterfahrung auf den Umgang mit Therapiemethoden ist Tabelle 8.13 zu entnehmen, dass allgemeine Anregungen zur Therapieplanung, zu verhaltenstherapeutischen Methoden und Techniken der Gesprächsführung relativ häufig praktisch umgesetzt werden. Spezifischere Anregungen zur Diagnostik, zu therapeutischen Ansatzpunkten und zum störungsspezifischen Vorgehen, die ebenfalls von vielen Teilnehmerinnen erinnert werden, können dagegen seltener im Therapiealltag genutzt werden.

Impulse für die persönliche Weiterentwicklung, vor allem solche zur Förderung des eigenen Wohlbefindens, aber auch im Umgang mit belastenden Gefühlen, werden offensichtlich schnell aufgegriffen (vgl. Tabelle 8.14). Ebenso häufig berichten die Teilnehmerinnen über spürbare Veränderungen durch neue Einsichten in Gedanken

und Gefühle. Anregungen zur Klärung persönlicher Probleme und zum Umgang mit persönlichen Überforderungen werden dagegen seltener praktisch umgesetzt. Interessant ist, dass auch Anregungen, die das Selbstvertrauen der Teilnehmerinnen stärken und sie zu größerer Selbstständigkeit ermutigen, sich offensichtlich kaum spürbar auf den Alltag auswirken.

Tabelle 8.14: 4 Wochen nach der Selbsterfahrung umgesetzte Anregungen in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B1 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und in personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

Kurs	Anregungen zur persönlichen Entwicklung																					
	... für meine persönliche Weiterentwicklung.		... zur Klärung persönlicher Probleme.		... zur Veränderung eigener, mich im Privaten belastender Gefühle.		... zum Überdenken meiner persönlichen Lebensgestaltung.		... wie ich mein eigenes Wohlbefinden sichern kann.		... für einen besseren Umgang mit persönlichen Überforderungen.		... wie ich besser mit meinen Schwächen umgehen kann.		... die mir zu neuen Einsichten in meine Gefühle/Gedanken verholfen haben.		... die mein Selbstvertrauen stärken.		... die mich zu größerer Eigenständigkeit ermutigen.		... wie ich mir soziale Unterstützung verschaffen kann.	
	E ^a	U ^b	E	U	E	U	E	U	E	U	E	U	E	U	E	U	E	U	E	U	E	U
B1	100	17	-	-	-	-	-	-	50	67												
B2	60	50	50	20	60	50	60	67	80	-												
B3	67	50	50	33	33	50	17	-	67	75												
B4	100	-	40	-	20	-	40	50	80	25	80	50	80	25	100	40	100	20	80	25	40	50
B5	93	57	73	27	80	58	60	11	93	50	73	9	80	33	93	71	87	38	73	27	53	13
E1	88	71	25	100	38	67	50	50	50	50												
E2	100	86	86	83	71	60	86	67	71	60												
E3	100	45	82	22	64	29	64	29	82	44	91	30	82	22	91	70	82	22	73	50	82	22
E4	80	25	30	33	20	-	20	-	70	43												
E5	100	50	50	-	33	-	50	-	83	40	100	-	83	-	100	67	67	25	67	25	67	-
E6	73	38	45	-	36	-	36	-	55	-	73	25	45	-	64	29	36	-	45	-	55	17
M1	73	38	36	25	27	-	36	-	73	75												
M2	93	69	71	60	71	60	100	64	93	77												
M3	44	-	33	33	22	-	22	-	33	-	67	33	38	33	67	33	78	29	78	71	22	-
M4	93	50	60	11	47	14	60	22	80	33	73	27	73	36	87	46	80	42	80	33	53	38
Th1	92	50	38	20	54	29	77	50	100	69												
Th2	100	75	38	-	50	50	100	63	100	100												
Th3	100	75	50	25	50	75	100	63	100	75	100	63	63	80	75	67	75	67	63	40	25	100
Th4	82	56	64	57	55	33	73	50	91	70												
Th5	100	22	89	38	78	43	89	25	67	17												
Th6	67	25	50	33	50	67	33	100	67	50	50	-	50	33	100	50	33	-	33	50	33	100
Th7	100	38	50	25	63	60	88	43	63	20	88	14	50	50	88	29	75	33	50	25	63	20

Anmerkungen. ^a Prozentualer Anteil der Teilnehmer/innen, die die Anregungen erinnern.
 Anteile > 50 % hellgrau hinterlegt. ^b Prozentualer Anteil der Teilnehmer/innen dieser Untergruppe, die die Anregungen bereits umgesetzt haben. Anteile > 50 % dunkelgrau hinterlegt.

8.3 Vorhersage von Merkmalen der Prozessqualität auf Merkmale der Ergebnisqualität

Von welchen Faktoren ist abhängig, dass die Auszubildenden vier Wochen nach der Selbsterfahrung viele Anregungen erinnern und bereits umgesetzt haben? Bestehen Zusammenhänge mit den Vorerfahrungen der Teilnehmer/innen und mit dem Umfang ihrer praktisch-therapeutischen Tätigkeit? Ist es möglich, von den erhobenen Merkmalen der Prozessqualität (Lernbereitschaft, emotionale Beteiligung, Bewertung der Selbsterfahrungsübungen und Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Kursgestaltung) auf Merkmale der Ergebnisqualität (erinnerte und umgesetzte Anregungen) zu schließen? Um diese Fragen geht es in den folgenden Abschnitten.

8.3.1 Vorerfahrungen mit Selbsterfahrung

Aufgrund der gemischten Gruppenzusammensetzung verfügen die Teilnehmer/innen über unterschiedliche themenunspezifischen aber auch themenspezifischen Vorerfahrungen. Erfasst wurde, wie viele Selbsterfahrungsseminare (auch außerhalb der Verhaltenstherapieausbildung) die Teilnehmer/innen insgesamt bereits besucht hatten und ob bzw. wie intensiv sie sich schon zuvor mit dem Thema der Selbsterfahrung beschäftigt hatten (Tabelle 8.15).

Der Anteil derjenigen, die bis zu fünf Selbsterfahrungskurse besucht haben, ist insgesamt gering. Lediglich in den Kursen *M1 Umgang mit Therapiemanualen: Behandlung von Depressionen* und *Th5 Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit* ist etwa die Hälfte der Teilnehmer/innen noch sehr unerfahren. Der Anteil derjenigen, die bereits mehr als zehn Selbsterfahrungskurse besucht haben, ist deutlich größer und beträgt in den meisten Kursen zwischen 20 und 50 Prozent. In den Kursen *Th7 Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit* und *B5 Umgang mit Gefühlen: Neid und Eifersucht* liegt er sogar noch darüber (mehr als 60 Prozent). Das bedeutet, dass ein großer Teil der Auszubildenden auch außerhalb der Verhaltenstherapieausbildung Selbsterfahrungsangebote in Anspruch nimmt bzw. zu einem früheren Zeitpunkt in Anspruch genommen hat (auch im Rahmen früherer Therapieausbildungen).

Auch das Ausmaß, in dem die Teilnehmer/innen sich bereits zuvor mit dem Thema der Selbsterfahrung beschäftigt haben, ist unterschiedlich groß. Auffällig ist, dass in im Kurs *B1 Wiederkehrende Probleme in Verhaltenstherapien* alle Teilnehmer/innen angeben, sich noch gar nicht oder nur wenig mit dem Thema der Selbsterfahrung beschäftigt zu haben. Auch im Kurs *E1 Umgang mit Macht* ist der Anteil der unerfahrenen Teilnehmer/innen mit 63 Prozent noch relativ hoch. In den Kursen *E3 Umgang mit Macht*, *Th1 Wohlbefinden I* und *Th5 Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit* beträgt dieser Anteil etwa ein Drittel. In den übrigen 18 Kursen gibt keine Teilnehmerin/ kein Teilnehmer an, sich noch nicht oder nur wenig mit dem Thema der Selbsterfahrung beschäftigt zu haben. Der Anteil derjenigen, die sich schon intensiv mit dem Kursthema auseinandergesetzt haben, liegt in den meisten Kursen zwischen zehn und

30 Prozent. Systematische Zusammenhänge mit den Kursinhalten sind nicht erkennbar.

Tabelle 8.15: Prozentualer Anteil der Teilnehmer/innen mit geringer und großer Vorerfahrung (themenunspezifisch/ themenspezifisch) in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B1 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

Kurs	Wie viele Selbsterfahrungs- kurse haben Sie bisher insgesamt besucht?		Haben Sie sich zuvor schon mit dem Thema der Selbsterfahrung beschäftigt?	
	< 6 Kurse (%)	> 10 Kurse (%)	wenig ^a (%)	intensiv ^b (%)
B1 Wiederkehrende Probleme	0	33	100	0
B2 Wiederkehrende Probleme	30	40	0	20
B3 Schwierige Therapiesituationen	0	50	0	17
B4 Schwierige Therapiesituationen	0	60	0	0
B5 Neid und Eifersucht	0	27	0	27
E1 Umgang mit Macht	0	25	63	13
E2 Umgang mit Macht	0	43	0	14
E3 Umgang mit Macht	0	64	27	9
E4 Zuneigung, Erotik und Sexualität	0	40	0	0
E5 Zuneigung, Erotik und Sexualität	0	0	0	0
E6 Förderung ethischer Kompetenzen	0	45	0	9
M1 Therapiemanuale: Depression	55	27	0	18
M2 Therapiemanuale: Stressbewältigung	0	64	0	7
M3 Therapiemanuale: Hauterkrankungen	0	0	0	33
M4 Therapeutische Expertise	0	27	0	0
Th1 Wohlbefinden I	0	31	31	0
Th2 Wohlbefinden II	0	0	0	13
Th3 Wohlbefinden III	0	13	0	25
Th4 Umgang mit eigenen Krisen	0	64	0	18
Th5 Sterben, Tod und Endlichkeit	56	22	44	11
Th6 Sterben, Tod und Endlichkeit	0	0	0	17
Th7 Sterben, Tod und Endlichkeit	25	13	0	13

Anmerkungen. ^a Antwortmöglichkeiten 0 „nein“ und 1 „wenig“. ^b Antwortmöglichkeit 4 „intensiv“.

Die metaanalytische Auswertung der Zusammenhänge zwischen Vorerfahrungen und Gewinn durch die Selbsterfahrung zeigt, dass im Mittel die Teilnehmer/innen stärker von der Selbsterfahrung profitieren, die erst wenige Selbsterfahungskurse besucht haben ($r = -0,12$; p (einseitig) = .055) und die sich auch im Vorfeld der Selbsterfahrung weniger intensiv mit dem jeweiligen Thema auseinandergesetzt haben ($r = -0,15$; p (einseitig) = .020). Abbildung 8.7 ist jedoch zu entnehmen, dass in der Mehrzahl der Kurse Vorerfahrungen und Gewinn kaum korreliert sind.

Eine Vorhersage des Ausmaßes, in dem die erinnerten Anregungen von den Teilnehmer/innen umgesetzt werden, ist nicht möglich.

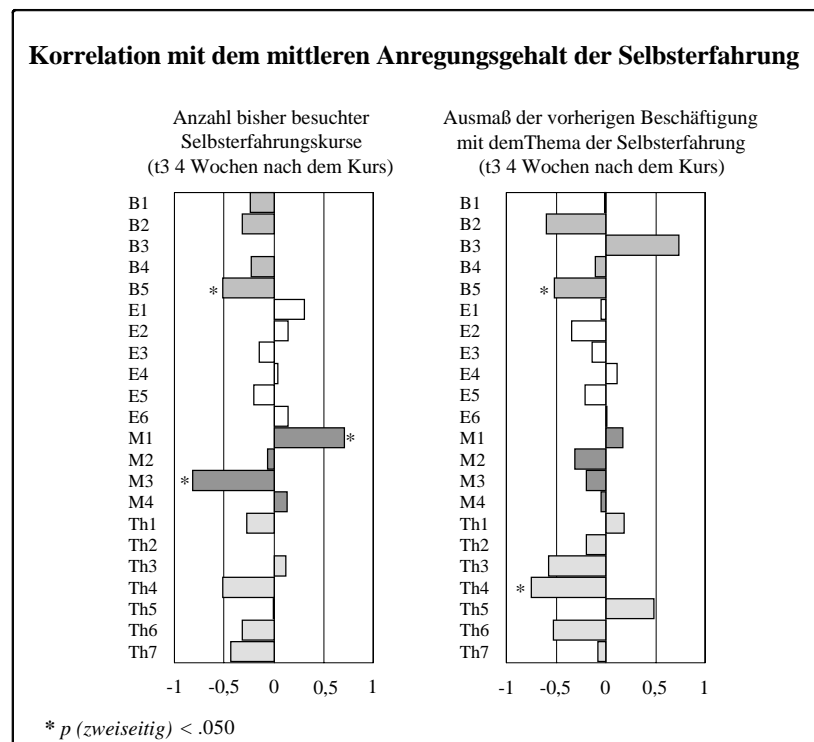


Abbildung 8.7: Vorhersage des mittleren Anregungsgehalts der Selbsterfahrung (t3 vier Wochen nach dem Kurs) aus themenunspezifischen und themenspezifischen Vorerfahrungen der Teilnehmer/innen in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B1 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

8.3.2 Umfang der praktisch-therapeutischen Tätigkeit

Tabelle 8.16 zeigt, dass die Teilnehmer/innen aller Selbsterfahrungskurse in ähnlichem Umfang praktisch-therapeutisch tätig sind. In den vier Wochen nach der Selbsterfahrung behandelten sie durchschnittlich vier bis fünf verschiedene Störungsgruppen. Dabei finden sich in jedem Kurs Teilnehmer/innen, die nur mit ein oder zwei Störungsgruppen arbeiten und solche, deren Klientel vielfältigere Diagnosen aufweist.

In der Mehrzahl der Kurse führte etwa jede zweite Teilnehmerin/ jeder zweite Teilnehmer in den vier Wochen nach der Selbsterfahrung mehr als 20 Einzelsitzungen durch. Gruppensitzungen werden dagegen deutlich seltener durchgeführt. In allen Kursen gibt mindestens ein Drittel der Teilnehmer/innen an, keine Gruppensitzungen durchgeführt zu haben.

Die metaanalytische Auswertung der Korrelationen macht deutlich, dass eine Vorhersage aus dem Umfang der praktisch-therapeutischen Tätigkeit auf das Ausmaß der erinnerten bzw. umgesetzten Anregungen kaum möglich ist. Lediglich zwischen der Anzahl der durchgeführten Einzelsitzungen und dem Ausmaß der erinnerten Anregungen besteht ein negativer Zusammenhang ($r = -0,15$; p (einseitig) = .016). Abbildung 8.8 zeigt, dass vor allem in den Kursen *Th6 Umgang mit Sterben, Tod und*

Endlichkeit und *E2 Umgang mit Macht* die Teilnehmer/innen mit weniger Praxiserfahrungen angeben, stärker von der Selbsterfahrung profitiert zu haben.

Tabelle 8.16: Umfang der praktisch-therapeutischen Tätigkeit in den letzten vier Wochen in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B1 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

Kurs	Anzahl der behandelten Störungsgruppen		Anzahl der durchgeführten Einzelsitzungen ^a		Anzahl der durchgeführten Gruppensitzungen ^a		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	0-5 (%)	> 20 (%)	keine (%)	> 5 (%)	
B1	Wiederkehrende Probleme	4,00	1,79	0	50	50	0
B2	Wiederkehrende Probleme	4,20	2,49	30	50	30	50
B3	Schwierige Therapiesituationen	5,00	2,37	0	67	50	17
B4	Schwierige Therapiesituationen	3,80	2,17	20	20	40	20
B5	Neid und Eifersucht	5,00	2,91	7	60	47	27
E1	Umgang mit Macht	4,63	2,39	25	38	75	13
E2	Umgang mit Macht	4,43	1,90	14	57	43	29
E3	Umgang mit Macht	4,55	2,34	9	55	45	36
E4	Zuneigung, Erotik und Sexualität	5,40	2,80	10	50	60	30
E5	Zuneigung, Erotik und Sexualität	5,00	1,90	17	50	50	33
E6	Förderung ethischer Kompetenzen	4,55	2,02	9	45	73	0
M1	Therapiemanuale: Depression	4,09	1,51	9	55	45	36
M2	Therapiemanuale: Stressbewältigung	5,07	2,43	14	50	50	43
M3	Therapiemanuale: Hauterkrankungen	4,89	2,71	22	33	33	33
M4	Therapeutische Expertise	4,56	2,50	19	44	50	0
Th1	Wohlbefinden I	5,23	2,77	0	46	54	38
Th2	Wohlbefinden II	4,88	2,30	0	50	50	25
Th3	Wohlbefinden III	5,00	2,33	0	63	75	0
Th4	Umgang mit eigenen Krisen	5,27	2,41	9	55	55	18
Th5	Sterben, Tod und Endlichkeit	4,78	2,59	11	44	78	0
Th6	Sterben, Tod und Endlichkeit	4,00	2,19	17	50	67	17
Th7	Sterben, Tod und Endlichkeit	4,00	2,07	25	25	38	38

Anmerkung. ^a Prozentualer Anteil der Teilnehmer/innen, die angeben, die jeweilige Anzahl von Sitzungen durchgeführt zu haben.

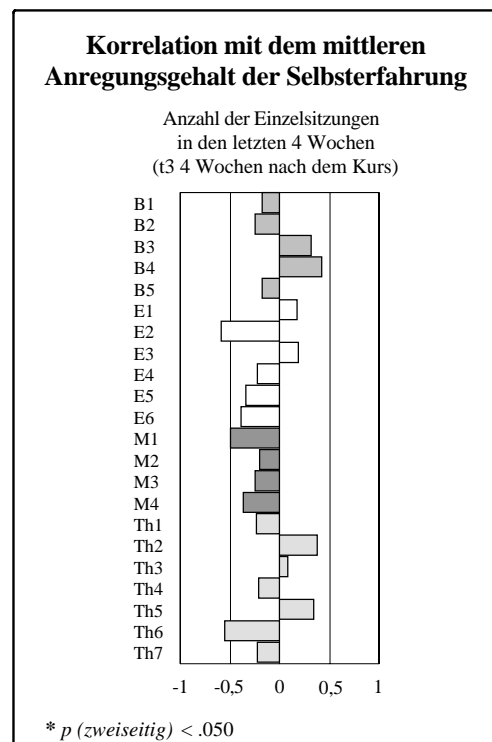


Abbildung 8.8: Vorhersage des mittleren Anregungsgehalts der Selbsterfahrung (t3 vier Wochen nach dem Kurs) aus dem Umfang der Praxistätigkeit in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B1 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

8.3.3 Lernbereitschaft

Abbildung 8.9 zeigt, dass der Zusammenhang zwischen dem Anregungsgehalt der Selbsterfahrung und der Bereitschaft zu aktiver Beteiligung zu Beginn und am Ende des Kurses sowie der Zufriedenheit mit dem eigenen Engagement überwiegend positiv ist, aber deutlich zwischen den Kursen variiert. Die metaanalytische Auswertung bestätigt diesen Eindruck. Die mittlere Korrelation zwischen der Bereitschaft zu aktiver Beteiligung und den erinnerten Anregungen beträgt bei Kursbeginn $r = 0,18$ (p (einseitig) = .007) und am Ende des Kurses $r = 0,22$ (heterogene Korrelationen, p (einseitig) = .008). Die Zufriedenheit mit dem eigenen Engagement und das Ausmaß der erinnerten Anregungen korrelieren im Mittel mit $r = 0,22$ (p (einseitig) = .010).

Das bedeutet, dass über alle Kurse hinweg die Teilnehmer/innen deutlicher von der Selbsterfahrung profitieren, die bei Kursbeginn eine größere Bereitschaft zeigen, sich aktiv am Kursgeschehen zu beteiligen. Noch entscheidender ist, dass die Bereitschaft zu aktiver Beteiligung auch am Ende des Kurses noch groß ist und die Teilnehmer/innen mit dem eigenen Engagement zufrieden sind.

Ob die erinnerten Anregungen auch praktisch umgesetzt werden, läßt sich dagegen nicht aus motivationalen Aspekten und der Zufriedenheit mit dem eigenem Engage-

ment während der Selbsterfahrung vorhersagen. Die mittleren Korrelationen sind statistisch nicht signifikant.

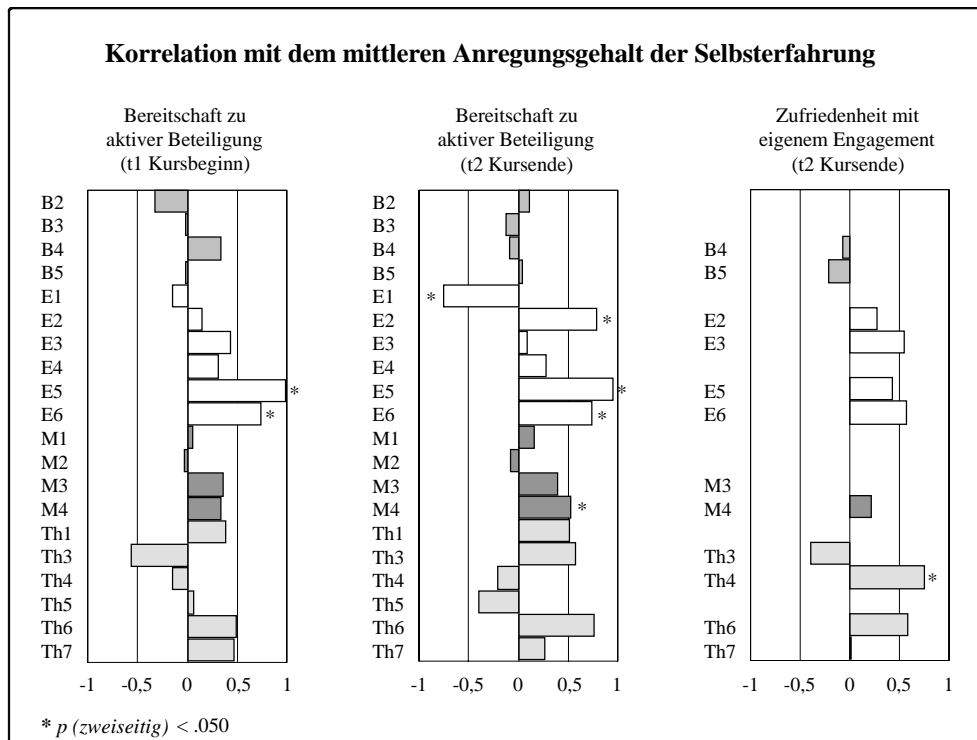


Abbildung 8.9: Vorhersage des mittleren Anregungsgehalts der Selbsterfahrung (t3 vier Wochen nach dem Kurs) aus der Bereitschaft zu aktiver Beteiligung (t1 Kursbeginn, t2 Kursende) und der Zufriedenheit mit dem eigenen Engagement (t2 Kursende) in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B2 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

8.3.4 Emotionale Beteiligung

Eine Vorhersage des subjektiven Gewinns durch die Selbsterfahrung durch das Ausmaß der emotionalen Beteiligung ist nur zum Teil möglich. Die metaanalytische Auswertung ergibt, dass Veränderungen von Stimmung, innerer Sicherheit, angenehmen Körpergefühlen und körperlichen Beschwerden im Mittel nicht signifikant mit den vier Wochen nach der Selbsterfahrung erinnerten Anregungen korrelieren. Statistisch bedeutsam ist hingegen die mittlere Korrelation zwischen dem Anregungsgehalt der Selbsterfahrung und den insgesamt erzielten Veränderungen ($r = 0,16$; p (einseitig) = .022). Abbildung 8.10 zeigt, dass dieses Ergebnis vor allem auf deutliche Zusammenhänge der beiden Variablen in den Kursen *E1/E3 Umgang mit Macht*, *E4/E5 Umgang mit Zuneigung, Erotik und Sexualität* und *Th3 Wohlbefinden III* zurückzuführen ist. In den übrigen Kursen ist der Zusammenhang nur gering ausgeprägt. In dem Kurs *Th5 Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit* gehen

ausgeprägte Befindensänderungen sogar mit einem geringeren Ausmaß erinnertes Anregungen einher.

Das Ausmaß, in dem die erinnerten Anregungen praktisch umgesetzt werden, ist jedoch unabhängig von der emotionalen Beteiligung während der Selbsterfahrung.

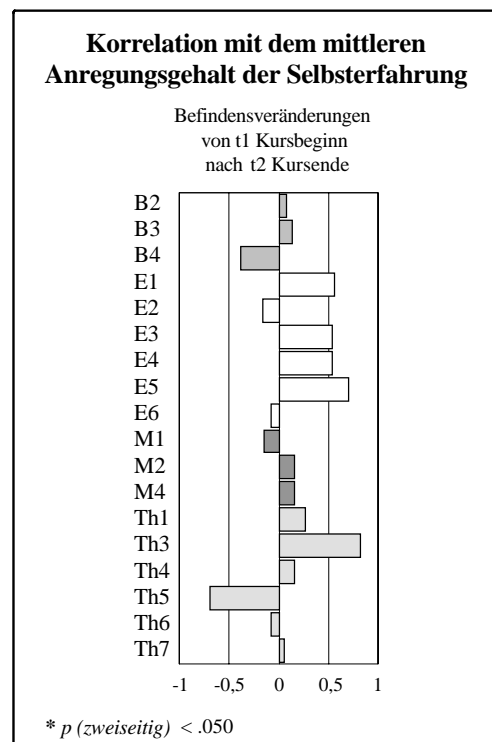


Abbildung 8.10: Vorhersage des mittleren Anregungsgehalts der Selbsterfahrung (t3 vier Wochen nach dem Kurs) aus Befindensveränderungen im Kursverlauf in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B2 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

8.3.5 Modellwirkung und Vertrauenswürdigkeit der Kursleiter/innen

Direkt im Anschluss an den Selbsterfahrungskurs stuften die Auszubildenden ihre Zufriedenheit mit der Kursleiterin/ dem Kursleiter als Therapeutenmodell und als persönliches Modell sowie ihrer/ seiner Unterstützung ein. Vier Wochen nach der Selbsterfahrung gaben sie zudem an, als wie vertrauenswürdig sie die Kursleiterin/ den Kursleiter erlebt hatten. In allen Kursen wurden die Kursleiter/innen als sehr vertrauenswürdig erlebt (Mittelwerte > 3, Antwortmöglichkeiten von 0 „gar nicht vertrauenswürdig“ bis 4 „sehr vertrauenswürdig“), lediglich die Teilnehmer/innen des Kurses *Th6 Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit* äußerten sich etwas zurückhaltender ($M = 2,50$; $SD = 1,05$).

Wie Abbildung 8.11 zeigt, profitieren in den meisten Kursen die Teilnehmer/innen in höherem Maße von der Selbsterfahrung, die mit der Wirkung der Kursleiterin/ des Kursleiters als Therapeutenmodell ($r = 0,24$; p (einseitig) = .000), aber auch als persönliches Modell ($r = 0,33$; p (einseitig) = .000) zufriedener sind. Die metaanalytische Auswertung macht darüber hinaus deutlich, dass auch die Qualität der Beziehung zur Kursleiterin/ zum Kursleiter eine Vorhersage auf den Gewinn durch die Selbsterfahrung erlaubt. Die Teilnehmer/innen, die mit ihrer/ seiner Unterstützung zufriedener sind ($r = 0,26$; p (einseitig) = .002) und die sie/ ihn auch vier Wochen nach der Selbsterfahrung als vertrauenswürdiger einschätzen ($r = 0,18$; p (einseitig) = .005), erinnern mehr Anregungen aus dem Selbsterfahrungskurs (vgl. Abbildung 8.12).

Ob die erinnerten Anregungen auch genutzt werden, läßt sich nur aus der Zufriedenheit mit dem Therapeutenmodell vorhersagen. Der Zusammenhang ist zudem weniger eng, die mittlere Korrelation beträgt $r = 0,13$ (p (einseitig) = .033) (vgl. Abbildung 8.13).

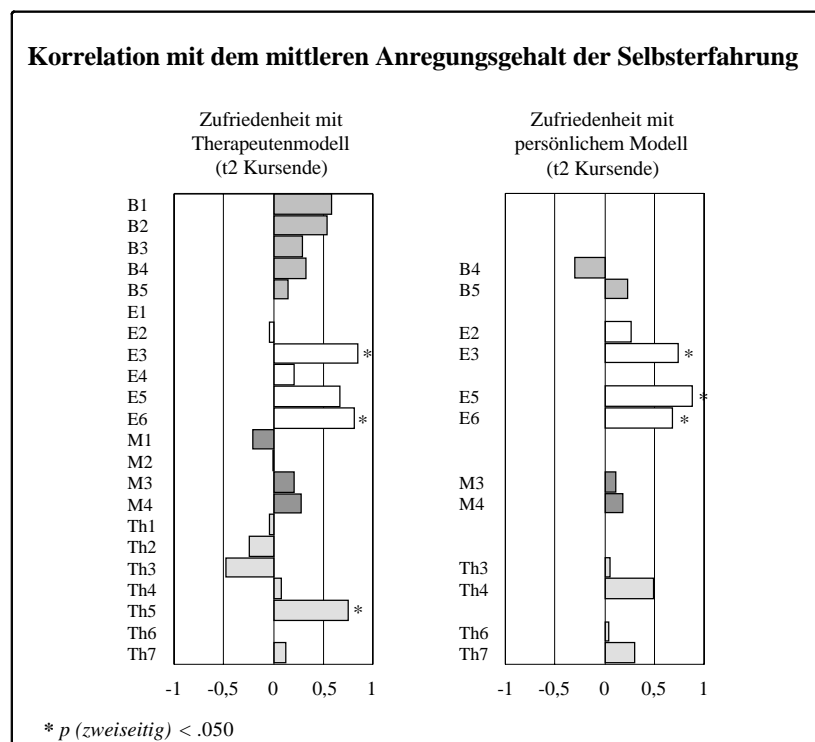


Abbildung 8.11: Vorhersage des mittleren Anregungsgehalts der Selbsterfahrung (t3 vier Wochen nach dem Kurs) aus Zufriedenheit mit Therapeutenmodell und persönlichem Modell in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B2 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

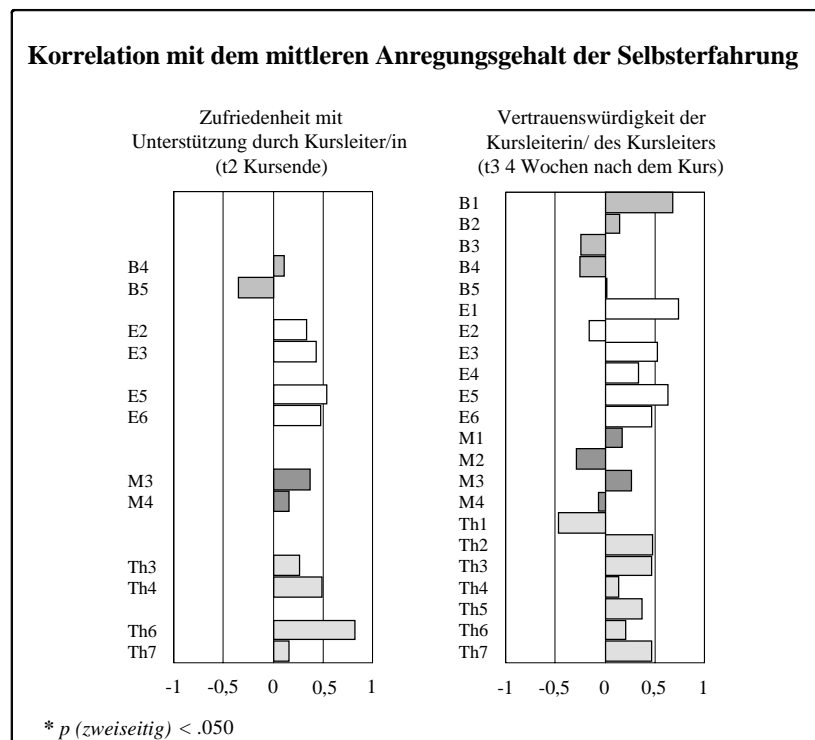


Abbildung 8.12: Vorhersage des mittleren Anregungsgehalts der Selbsterfahrung (t3 vier Wochen nach dem Kurs) aus Zufriedenheit mit Unterstützung und Vertrauenswürdigkeit der Kursleiterin/ des Kursleiters

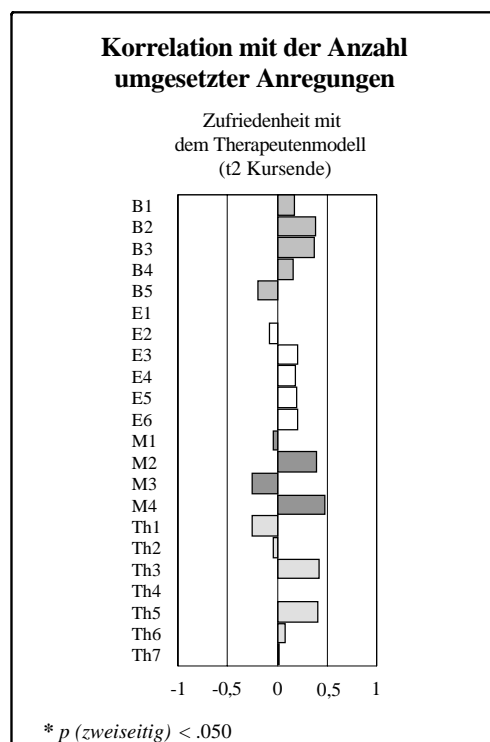


Abbildung 8.13: Vorhersage der Anzahl umgesetzter Anregungen (t3 vier Wochen nach dem Kurs) aus der Zufriedenheit mit dem Therapeutenmodell

8.3.6 Gruppenbedingungen

Die metaanalytische Auswertung zeigt, dass die Teilnehmer/innen, die zufriedener mit der Arbeitsatmosphäre sind, vier Wochen nach der Selbsterfahrung mehr Anregungen erinnern ($r = 0,30$; p (einseitig) = .000; vgl. Abbildung 8.14). Die mittlere Korrelation zwischen der Zufriedenheit mit dem Teilnehmerverhalten und dem Anregungsgehalt der Selbsterfahrung ist jedoch statistisch nicht signifikant ($r = 0,13$; p (einseitig) = .094). Auch die praktische Umsetzung der erinnerten Anregungen erfolgt unabhängig von den wahrgenommenen Gruppenbedingungen.

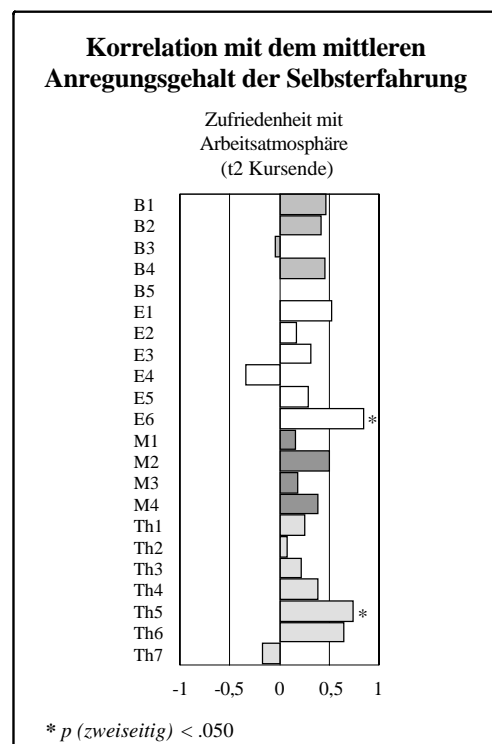


Abbildung 8.14: Vorhersage des mittleren Anregungsgehalts der Selbsterfahrung (t3 vier Wochen nach dem Kurs) aus der Zufriedenheit mit der Arbeitsatmosphäre in Kursen zur Beziehungsgestaltung (B2 - B5), zur Berufsethik (E1 - E6), zu Therapiemethoden (M1 - M4) und personbezogenen Kursen (Th1 - Th7)

8.4 Wichtige, arbeitserleichternde und störende Aspekte der Selbsterfahrung

Am Ende jedes Selbsterfahrungskurses sollten die Auszubildenden stichwortartig die Fragen „Was war das Wichtigste für Sie?“, „Was war arbeitserleichternd?“ und „Was hat Sie gestört? / Veränderungsvorschläge“ beantworten. Die Mehrzahl der Teilnehmer/innen war bereit, die eigenen Erfahrungen zu schildern, so dass wir im Mittel von jedem Teilnehmer vier Aussagen zu wichtigen Aspekten, drei Aussagen zu arbeitserleichternden Aspekten und zwei Aussagen zu störenden Aspekten der Selbsterfahrung erhielten (vgl. Tabelle 8.17). Die Anzahl der Kommentare, mit der einzelne Teilnehmer/innen im Ausgangsmaterial vertreten sind, schwankt jedoch beträchtlich – unter anderem aufgrund der unterschiedlichen Anzahl der jeweils besuchten Selbsterfahrungskurse. Zu wichtigen Aspekten der Selbsterfahrung liegen uns Aussagen von insgesamt 28 Teilnehmer/innen vor, arbeitserleichternde Lernbedingungen wurden von 16 Teilnehmer/innen und störende Lernbedingungen von 22 Teilnehmer/innen beschrieben.

Tabelle 8.17: Ausgangsmaterial der qualitativen Inhaltsanalyse

	Wichtige Aspekte	Arbeitserleichternde Aspekte	Störende Aspekte
Summe	143 Kommentare	118 Kommentare	71 Kommentare
Erhoben in	22 Kursen	12 Kursen	22 Kursen
Anzahl der Kommentare pro Kurs	M = 6,50 SD = 2,43 Range: 3 - 13	M = 5,58 SD = 1,71 Range: 3 - 8	M = 3,23 SD = 2,11 Range: 0 - 8
Kommentierungshäufigkeit pro Kurs (%)	M = 66,31 SD = 13,70 Range: 45,45 - 100	M = 60,12 SD = 16,08 Range: 37,50 - 85,71	M = 34,02 SD = 23,02 Range: 0 - 83,33
Kommentare von insgesamt	28 Teilnehmer/innen	16 Teilnehmer/innen	22 Teilnehmer/innen
Anzahl der Kommentare pro Teilnehmer/in	M = 4,47 SD = 3,26 Range: 0 - 12	M = 2,75 SD = 2,57 Range: 0 - 8	M = 2,22 SD = 2,33 Range: 0 - 9

Die inhaltsanalytische Auswertung basiert auf insgesamt 332 Kommentaren. 143 Kommentare beschreiben wichtige Aspekte (erhoben in 22 Kursen) und 118 Kommentare beschreiben arbeitserleichternde Aspekte (erhoben in 12 Kursen). Störende Aspekte werden von den Auszubildenden deutlich seltener benannt (71 Kommentare, erhoben in 22 Kursen).

Bei der Interpretation des Datenmaterials ist zu berücksichtigen, dass die einzelnen Selbsterfahrungskurse mit einer unterschiedlichen Anzahl von Kommentaren im Ausgangsmaterial vertreten sind (vgl. Tabelle 8.18). Dies ist auch – aber nicht nur - auf unterschiedliche Teilnehmerzahlen zurückzuführen.

Tabelle 8.18: Prozentualer Anteil der Kursteilnehmer/innen, die Angaben zu wichtigen, arbeitserleichternden und störenden Aspekten der Selbsterfahrung machten

Kurs	Wichtige Aspekte		Arbeits-erleichternde Aspekte		Störende Aspekte		
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	
B1*	Wiederkehrende Probleme in Verhaltenstherapien	50	3			17	1
B2*	Wiederkehrende Probleme in Verhaltenstherapien	82	9			36	4
B3*	Schwierige Therapiesituationen	57	4			29	2
B4	Schwierige Therapiesituationen	80	4	80	4	20	1
B5	Umgang mit Gefühlen: Neid und Eifersucht	76	13	41	7	18	3
E1*	Umgang mit Macht	80	8			0	0
E2	Umgang mit Macht	100	7	86	6	57	4
E3	Umgang mit Macht	73	8	45	5	9	1
E4*	Umgang mit Zuneigung, Erotik und Sexualität	60	6			20	2
E5	Umgang mit Zuneigung, Erotik und Sexualität	50	3	50	3	17	1
E6	Förderung ethischer Kompetenzen	83	10	58	7	58	7
M1*	Umgang mit Therapiemanualen: Behandlung von Depressionen	64	7			73	8
M2*	Umgang mit Therapiemanualen: Stressbewältigung	50	7			29	4
M3	Umgang mit Therapiemanualen: Verhaltenstherapie bei Hauterkrankungen	70	7	80	8	20	2
M4	Auf dem Weg zu therapeutischer Expertise	59	10	47	8	18	3
Th1*	Wohlbefinden I	46	6			31	4
Th2*	Wohlbefinden II	63	5			0	0
Th3	Wohlbefinden III	75	6	75	6	63	5
Th4	Umgang mit eigenen Krisen	45	5	55	6	45	5
Th5*	Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit	67	6			44	4
Th6	Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit	67	4	67	4	83	5
Th7	Umgang mit Sterben, Tod und Endlichkeit	63	5	38	3	63	5

Anmerkung. * Arbeitserleichternde Aspekte wurden erst nach einer Modifikation der eingesetzten Fragebögen (1998) erfragt.

Im Mittel machen in jedem Selbsterfahrungskurs zwei Drittel der Teilnehmer/innen Angaben zu wichtigen und arbeitserleichternden Aspekten, während sich nur ein Drittel der Teilnehmer/innen zu störenden Aspekten äußert. Wie Tabelle 8.18 zeigt unterscheiden sich die einzelnen Kurse hinsichtlich der Kommentierungshäufigkeit. Auffällig ist vor allem der hohe Anteil der Teilnehmer/innen der Kurse *M1 Umgang mit Therapiemanualen: Behandlung von Depressionen*, *Th3 Wohlbefinden III* und *Th6/Th7 Umgang mit Endlichkeit, Tod und Sterben*, der störende Lernbedingungen benennt (zwischen 63 und 83 Prozent). Das heißt jedoch nicht, dass von den Teilnehmer/innen dieser Kurse keine wichtigen Aspekte beschrieben oder keine arbeitserleichternde Lernbedingungen wahrgenommen werden. Die korrelative Auswertung zeigt, dass Wichtiges und Arbeitserleichterndes unabhängig von störenden Aspekten bemerkt wird ($r_{\text{Wichtiges-Störendes}} = 0,16$; p (zweiseitig) = .474; $n = 22$; $r_{\text{Arbeitserleichterndes-Störendes}} = 0,24$; p (zweiseitig) = .457; $n = 12$). Der Zusammenhang zwischen wichtigen

und arbeitserleichternden Aspekten ist etwas enger, jedoch ebenfalls nicht statistisch signifikant ($r_{\text{Wichtiges-Arbeitserleichterndes}} = 0,54$; p (zweiseitig) = .070; $n = 12$).

Es überrascht nicht, dass Kurse, in denen viele Teilnehmer/innen störende Aspekte kommentieren, im Mittel als weniger zufriedenstellend erlebt werden ($r_{\text{Störendes-Zufriedenheit}} = 0,71$, p (zweiseitig) = .000, $n = 22$). Zwischen der mittleren Zufriedenheit der Teilnehmer/innen und der Häufigkeit, mit der wichtige und arbeitserleichternde Aspekte kommentiert werden, besteht hingegen kein statistisch signifikanter Zusammenhang ($r_{\text{Wichtiges-Zufriedenheit}} = 0,13$, $p = .574$, $n = 22$; $r_{\text{Arbeitserleichterndes-Zufriedenheit}} = 0,11$, $p = .737$, $n = 12$).

Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse wurden die Kommentare der Teilnehmer/innen zu 13 Kernaussagen verdichtet, die den Bereichen *Inhalte und Ergebnisse der Selbsterfahrung*, *Vorgehen in der Selbsterfahrung* und *Interaktion* zuzuordnen sind. Diese drei Bereiche sind ebenso wenig wie die Kernaussagen selbst trennscharf voneinander abzugrenzen. Die Überschneidungen sind sowohl inhaltlicher Natur (die Inhalte der Selbsterfahrung bestimmen das Vorgehen, das Vorgehen basiert auf der Interaktion zwischen Teilnehmerinnen und Kursleiter, etc.), als auch darauf zurückzuführen, dass die Kommentare der Teilnehmer/innen vielfach sehr kurz und damit unpräzise sind. Eine eindeutige Interpretation und Kategorisierung ihrer Antworten ist nicht immer möglich.

Im folgenden werden die 13 Kernaussagen anhand typischer Kommentare erläutert. Ziel ist es, die inhaltliche Bandbreite der Kommentare zur Selbsterfahrung zu verdeutlichen, Qualitätskriterien aus Teilnehmersicht abzuleiten und auf die Fragen aufmerksam zu machen, die sich aus der inhaltsanalytischen Auswertung ergeben haben, deren Beantwortung das Datenmaterial jedoch nicht erlaubt.

8.4.1 Inhalte und Ergebnisse der Selbsterfahrung

„Wirkliche“ Selbsterfahrung stellt persönliche Bezüge her.

Offensichtlich haben die Auszubildenden eine mehr oder weniger klar umrissene Vorstellung davon, was Selbsterfahrung ausmacht, und legen bei der Bewertung der Selbsterfahrung ein *implizites Selbsterfahrungskonzept* zugrunde. Mehrfach weisen sie darauf hin, dass ein Selbsterfahrungskurs „wirkliche“, „echte“, „intensive“ oder „effektive“ Selbsterfahrung geboten hat. Als störend bewerten sie es, wenn ein Kurs „zu wenig“ Selbsterfahrung bietet (vgl. Tabelle 8.19).

Durch welche Merkmale zeichnet sich „wirkliche“ Selbsterfahrung aus Sicht der Teilnehmer/innen aus? Die Kommentare machen deutlich, dass sie es für wichtig erachten, dass in der Selbsterfahrung Bezüge zu ihren persönlichen Erfahrungen hergestellt werden. Mehrere Teilnehmer/innen heben hervor, dass eine intensive Selbsterfahrung deshalb möglich war, weil im Rahmen des Kurses auf einzelne Gruppenmitglieder und deren Persönlichkeit eingegangen wurde bzw. eine sehr

persönliche, individuelle Anleitung und Rückmeldung erfolgte. Eine Teilnehmerin/ ein Teilnehmer weist darauf hin, dass es für sie/ ihn besonders wichtig war, dass die Selbsterfahrung über das Erleben der Therapeuten- oder Patientenrolle („Patientenspielen“) hinausging. Als störend erleben es die Teilnehmer/innen, wenn individuelle Problemsituationen nicht oder nur oberflächlich bearbeitet werden. Möglicherweise sind dies Hinweise darauf, dass die Auszubildenden sich wünschen, dass in der Selbsterfahrung für sie Zusammenhänge mit der eigenen Biographie erkennbar werden. Dieses Anliegen wird von ihnen jedoch nicht explizit formuliert. Die Kommentare der Teilnehmer/innen lassen auch offen, ob ihre emotionale Beteiligung für sie ein wichtiger Maßstab bei der Bewertung der Selbsterfahrung ist.

Als arbeitserleichternd wird beschrieben, dass die Kursleiterin/ der Kursleiter durch Nachfragen die Selbstexploration unterstützt. Eine Teilnehmerin/ ein Teilnehmer notiert „Bitte noch mehr so anregende, fordernde Selbsterfahrung!“. Dieser Kommentar macht deutlich, dass Selbsterfahrung auch aus Teilnehmersicht der Anregung von außen bedarf. Ein anderer Blickwinkel zeigt sich in der Anmerkung „viel Raum für persönliche Erfahrungen und Einstellungen“. Hier schreibt die Teilnehmerin/ der Teilnehmer sich eine aktivere Rolle zu, da es an ihr/ ihm liegt, den gebotenen Raum zur eigenen Entfaltung zu nutzen.

Tabelle 8.19: „Wirkliche“ Selbsterfahrung stellt persönliche Bezüge her.

Was war das Wichtigste?

- bot wirklich Selbsterfahrung
- eine "wirkliche" Selbsterfahrung, in der es (auch) um eigene Anteile ging
- echte Selbsterfahrung, da es um persönliche Erfahrungen und nicht um Patientenspielen ging
- sehr intensive Selbsterfahrung, die auch sehr individuell war, d. h. auf die einzelnen Teilnehmer und deren Persönlichkeit wurde eingegangen
- intensive, sehr persönliche Anleitung und Rückmeldung als Selbsterfahrung
- Selbsterfahrung hoch dosiert
- Bitte noch mehr so anregende, fordernde Selbsterfahrung!
- viel Raum für persönliche Erfahrungen und Einstellungen
- Selbsterkenntnisse sammeln

Was war arbeitserleichternd?

- Referent sprach die Teilnehmer direkt auf eigene Erfahrungen an, der Theorie folgte immer eine Selbsterfahrung! Bisher die erste wirkliche Selbsterfahrung in diesem Rahmen.
- Direktes Nachforschen am konkreten eigenen Beispiel; geringe Gruppengröße, so dass individuelle, d. h. für individuelle Teilnehmer Machtmuster herausgearbeitet werden konnten.

Was war störend? Was hat gefehlt? Veränderungsvorschläge

- Selbsterfahrungsaspekt zu kurz gekommen für ein gerade als solches angekündigtes Seminar
 - viel zu wenig Selbsterfahrung
 - mehr Selbsterfahrungsaspekte
 - Erarbeitung von spezifischen Problemen der Teilnehmer als Selbsterfahrung
 - dass tatsächliche individuelle Problemsituationen nicht angesprochen wurden
 - zu wenig konkret, persönliche Themen zu oberflächlich bearbeitet
-

Selbsterfahrung sensibilisiert und regt zur Reflexion an.

Als besonders wichtiges Ergebnis der Selbsterfahrung heben die Auszubildenden hervor, dass sie angeregt werden, sich mit Themen auseinanderzusetzen, mit denen sie sich bisher generell oder im Rahmen der Therapieausbildung noch nicht intensiv beschäftigt haben (vgl. Tabelle 8.20). Sie beschreiben eine Sensibilisierung für die Bedeutung dieser Themen im Rahmen ihrer therapeutischen Tätigkeit. Wichtig ist aus Teilnehmersicht, dass die Selbsterfahrung neue Perspektiven eröffnet, Denkanstöße und Anregungen bietet und so zum Kennenlernen und zur Klärung eigener Positionen beiträgt. Angesprochen wird damit die *kognitive Verarbeitung* des Erfahrenen, einschließlich der Auseinandersetzung mit theoretischen Konzepten der Verhaltenstherapie (z. B. anhand von Therapiemanualen), aber auch mit psychoanalytischen, soziologischen oder theologischen Ansätzen.

Auffällig ist, dass die Auszubildenden nur selten konkret benennen, welche wesentlichen Erkenntnisse sie sich im Rahmen der Selbsterfahrung erschließen konnten (z. B. „Macht als positive Kraft sehen und in der Therapie einsetzen“, „genug Zeit haben, damit Genuss/ Wohlbefinden entstehen kann“). Hinterläßt die Selbsterfahrung tatsächlich nur ein mehr oder minder diffuses Gefühl, profitiert und etwas hinzugelern zu haben? Oder sind die Teilnehmer/innen am Ende der Selbsterfahrung nicht hinreichend motiviert, für sie wichtige Ergebnisse so zu reflektieren, dass sie sie präzise erfassen und auch vor anderen darlegen können? Diese Fragen können anhand des vorliegenden Datenmaterials nicht beantwortet werden.

Tabelle 8.20: Selbsterfahrung sensibilisiert und regt zur Reflexion an.

Was war das Wichtigste?

- erste Begegnung mit dem Thema, Ideen zu Macht
 - Sensibilisierung für das Thema im therapeutischen Kontext
 - Anregung, mich mit dem Thema auseinanderzusetzen
 - Aufgreifen eines so wichtigen Themas, auch als Selbsterfahrungsanteil
 - Eröffnung neuer Sichtweisen auf Therapiesitzungen
 - viele Denkanstöße
 - vielfältige Anregungen
 - Standpunktbestimmung
 - auf eigene Macht-Ohnmachtsstrukturen aufmerksam geworden zu sein
 - Anregung zu Klärung des eigenen Umgangs mit Tod / Sterben
 - gute Reflexion, Anregungen zur Selbstkritik
 - Überblick über die Manuale
 - Ressourcenorientierung, Blick auf das Positive
 - Phasenmodelle von Trauer und Sterben
 - Konzept der Ethik-Konsultation
 - theoretische Ansätze aus anderer Therapierichtung erfahren
 - gesellschaftliche Betrachtungsweisen, theologische Aspekte
-

Selbsterfahrung zeigt Entwicklungsmöglichkeiten auf.

Ein weiterer, den Teilnehmer/innen besonders wichtiger Aspekt ist, dass es ihnen durch die Selbsterfahrung gelingt, eigene Entwicklungsmöglichkeiten zu erkennen (vgl. Tabelle 8.21). Eine Teilnehmerin/ ein Teilnehmer schreibt „Dass ich immer noch was lernen kann - prima!“. Andere Kommentare zeigen, dass die Selbsterfahrung die Auszubildenden motiviert, (Selbst-)Veränderungen in Angriff zu nehmen und sich selbst an kritische Punkte der eigenen Entwicklung heranzuwagen. Störend ist aus Teilnehmersicht, wenn der Abstand zum (therapeutischen) Idealselbst als sehr groß wahrgenommen wird.

Die Kommentare der Teilnehmer/innen thematisieren nicht, welche Bedeutung der Akzeptanz des eigenen So-Seins im Rahmen der Selbsterfahrung zukommt.

Tabelle 8.21: Selbsterfahrung zeigt Entwicklungsmöglichkeiten auf.*Was war das Wichtigste?*

- Dass ich immer noch was lernen kann - prima!
- jetzt Bewusstsein der Weiterentwicklung
- die Erkenntnis, dass ich viel verändern kann
- Motivierung zu Wohlbefindenserfahrungen
- Anregung, an kritische Punkte der Weiterentwicklung heranzugehen

Was war störend? Was hat gefehlt? Veränderungsvorschläge

- dass ich immer noch nicht meinem Therapeutenmodell entspreche

Selbsterfahrung ist praxisrelevant.

Ein wesentliches Qualitätsmerkmal ist aus Sicht der Auszubildenden die Praxisrelevanz der Selbsterfahrung. Für sie ist es wichtig und arbeitserleichternd, dass in der Selbsterfahrung Anregungen erhalten, die sie in ihrer alltäglichen therapeutischen Arbeit umsetzen können, d. h. dass Möglichkeiten des *Transfers* des Gelernten explizit aufgezeigt werden (vgl. Tabelle 8.22). Als störend erleben es die Teilnehmer/innen, wenn die praktische Anwendbarkeit nur angerissen wird bzw. es ihnen nicht gelingt, Bezüge zur persönlichen Arbeitssituation herzustellen.

Der Nutzen für die eigene therapeutischer Tätigkeit erschließt sich oftmals aus Fallbeispielen, anhand derer die Kursleiterin/ der Kursleiter zentrale Inhalte der Selbsterfahrung veranschaulicht, oder aus der Besprechung von Fällen, die von den Auszubildenden selbst eingebracht werden. Die Anmerkung einer Teilnehmerin/ eines Teilnehmers, die Selbsterfahrung habe dazu beigetragen, wesentliche Kernaspekte eigener Fälle zu erkennen, zeigt, dass dabei die Grenzen zur Supervision fließend sind.

Die Auszubildenden entnehmen der Selbsterfahrung handlungsleitende Regeln für den Umgang mit ihren Patientinnen und Patienten, vor allem in schwierigen Therapiesituationen. Das zeigen Kommentare wie „der Umgang mit Neid in der therapeutischen Situation, wann spricht man es an, wann lieber nicht“, „strategische Überlegun-

gen zu Sterben/ Trauer: sozialen Druck wegnehmen“ oder „Strategie zu bekommen, um Unsicherheiten in therapeutischen Situationen zu klären“ und „klare, einfache, gute Beispiele im therapeutischen Vorgehen, um Probleme aus dem Weg zu räumen“.

Tabelle 8.22: Selbsterfahrung ist praxisrelevant

Was war das Wichtigste?

- der praktische Nutzen für die eigene Arbeit, neue Anregungen und Methoden
- neue Anregungen zur Umsetzung von Strategien
- viele praktische Hinweise
- praktische Vorgehensweise wurde anschaulich vermittelt
- praktisch gut anwendbare Beispiele
- Beispiele, Regeln im Umgang mit Patienten
- der Umgang mit Neid in der therapeutischen Situation, wann spricht man es an, wann lieber nicht
- Ich konnte doch mehr mitnehmen, als ich ursprünglich erwartet hatte, da die Übertragbarkeit auf andere chronische Erkrankungen mitbesprochen wurde.
- Denkmodell bekommen für „Hintergrundprobleme“, die sich auf mein praktisches Handeln auswirken
- neue Aspekte, und zwar sehr wichtige Kernaspekte, in kurzer Zeit bei eigenen Fällen mit seiner Hilfe herauszubekommen

Was war arbeitserleichternd?

- Praxisnähe
- konkrete Beispiele
- Fallbesprechung

Was war störend? Was hat gefehlt? Veränderungsvorschläge

- praktische Anwendbarkeit wurde nur angerissen
- mehr über persönliche Arbeitssituation und Vorschläge anderer
- Ich hätte statt einem Fall lieber mehrere Fälle besprochen, um mehr Ideen für eigenen Fall zu bekommen (der besprochene Fall war mir zu speziell und dadurch nicht exemplarisch genug)

8.4.2 Vorgehen in der Selbsterfahrung

Körperübungen, Imagination und Rollenspiele ermöglichen neue Erfahrungen.

Viele Teilnehmer/innen heben die durchgeführten Übungen, seien es Körperübungen, geleitete Phantasien oder Rollenspiele als wichtigstes und auch arbeitserleichterndes Element der Selbsterfahrung hervor (vgl. Tabelle 8.23). Dabei wird lediglich von einigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern genauer ausgeführt, *was* die Selbsterfahrungsübungen so bedeutsam macht. Sie bringen z. B. Erstaunen darüber zum Ausdruck, wie viele Eindrücke und Erinnerungen sich während einer Imaginationübung einstellten und wie viele Sinneskanäle angesprochen wurden.

Kommentare, in denen die Auszubildenden es als störend bewerten, wenn zu wenige Selbsterfahrungsübungen durchgeführt wurden oder auf eine Verhaltensebene zu wenig eingegangen wurde (z. B. „evtl. mehr bildhafte bzw. Vorstellungselemente“, „evtl. statt mehrfach über Imagination mehr als einmal (Bild) über reale Reize vorgehen“), machen deutlich, dass Selbsterfahrung aus ihrer Sicht die körperbezogene/

emotionale Ebene ebenso wie die kognitive Ebene und die handlungsbezogene/ interaktive Ebene ansprechen sollte.

Offen bleibt, ob es den Auszubildenden vor allem auf die Erfahrungen ankommt, die sie während der Übungen machen, oder ob sie der Reflexion und dem Austausch im Anschluss an die Selbsterfahrungsübungen eine ebenso große Bedeutung beimessen.

Tabelle 8.23: Körperübungen, Imagination und Rollenspiele ermöglichen neue Erfahrungen.

Was war das Wichtigste?

- am schönsten waren die Wohlbefinden auslösenden Körperübungen
- über die vielen plastischen Eindrücke, die sich eingestellt haben, war ich erstaunt
- wie viele Erinnerungen durch Fotos/ imaginative Übungen ausgelöst werden können
- eigene Erfahrungen im Umgang mit Erotik im Rollenspiel sammeln
- Erkenntnisse, die sich beim Rollenspiel bezüglich kognitiver Techniken ergaben
- Selbsterfahrungsübung und Raum, über eigene Erfahrungen zu berichten

Was war arbeitserleichternd?

- vielfältige Übungen
- entspannende Körperübungen zwischendurch
- Rollenspiele

Was war störend? Was hat gefehlt? Veränderungsvorschläge

- etwas mehr praktische Übungen
 - auf kognitive Elemente zu wenig eingegangen
 - gewöhnungsbedürftige körperorientierte Übungen (ungewöhnlich, doch interessant)
-

Abwechslungsreiche Didaktik begünstigt Selbsterfahrung.

Tabelle 8.24: Abwechslungsreiche Didaktik begünstigt Selbsterfahrung.

Was war das Wichtigste?

- Gute Mischung aus Theorie, Übungen, Gruppenarbeit
- Übungen und Rollenspiele, Kleingruppenarbeit
- Viele Rollenspiele, verschiedene Themenbereiche

Was war arbeitserleichternd?

- Wechsel Gruppenarbeit/ Plenum/ Theorievortrag
- Die strukturierten Arbeitsmaterialien
- Videos, Handout, regelmäßige Pausen
- Kurze 3 Min. „Übungen“ sehr gut, dichte Stoffvermittlung hielt Aufmerksamkeit aufrecht
- Tempo des Workshops

Was war störend? Was hat gefehlt? Veränderungsvorschläge

- Zu viel Theorie am Vormittag
 - Lange Monologe des Referenten, viel Theorie
 - Viel Monolog, wenig Möglichkeit zur Beteiligung
 - Zu lange Gesprächsanalyse
 - Zu lange beim Thema Entspannung verweilt (die Entspannungsübung an sich war prima!)
 - Rückmeldungsrunden zu lang: etwas rafften!
 - Material zur praktischen Nutzung und als Erinnerungshilfe
-

Die Kommentare zeigen, dass die Teilnehmer/innen viel Wert auf einen gezielten Wechsel zwischen erfahrungsbildenden Elementen (Körperübungen, Imagination, Rollenspiele), reflexiven Phasen (Austausch in Kleingruppen) und Theorievermittlung legen (vgl. Tabelle 8.24). Als arbeitserleichternd werden ein hohes Tempo des Kurses, eine dichte Stoffvermittlung und viele kleine Pausen beschrieben, da dies hilft, die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten. Kritisch merken die Teilnehmer/innen an, wenn einzelne Elemente des Kurses aus ihrer Sicht zu lang geraten (z. B. Rückmeldungsrunden) oder einzelne Themen zu ausführlich bearbeitet werden. Positiv bewerten sie den Einsatz verschiedener Medien wie Musik und Videos und das Aushändigen von schriftlichen Arbeitsmaterialien, die später als Erinnerungshilfe genutzt werden können.

Generell ist den Auszubildenden daran gelegen, dass die Vermittlung der theoretischen Grundlagen sich auf ein Minimum beschränkt. Als störend erleben sie es, wenn die Ausführungen der Kursleiterin/ des Kursleiters zu viel Zeit in Anspruch nehmen und ihnen zu wenig Gelegenheit zu aktiver Beteiligung geboten wird.

Selbsterfahrung bietet Strukturierungshilfen.

Mit Blick auf das Vorgehen in der Selbsterfahrung lassen die Kommentare der Teilnehmer/innen erkennen, dass Strukturierungshilfen für sie wichtig und arbeitserleichternd sind (vgl. Tabelle 8.25). Eine klare Strukturierung unterstützt nicht nur die kognitive Verarbeitung und den Wissenserwerb, sondern ermöglicht auch ein zielorientiertes Arbeiten, dass von den Teilnehmer/innen als wichtig erachtet wird. Klare Vorgaben und Anweisungen bewerten sie deshalb positiv.

Tabelle 8.25: Selbsterfahrung bietet Strukturierungshilfen.

Was war das Wichtigste?

- sehr strukturierte Durchführung
- ruhiges, gelassenes, zielorientiertes Vorgehen

Was war arbeitserleichternd?

- klare Strukturierung bei einem nicht leicht zu überschauenden „diffusen“ Thema
- klare Konzeptualisierung, hohe Arbeitsorientierung in angenehmer Weise
- klare Struktur, sehr klare Vorgaben
- gute Anweisung

Was war störend? Was hat gefehlt? Veränderungsvorschläge

- mehr Struktur (Philosophie, Religion, Psychoanalyse vermischt)
 - die Struktur des Workshops war mit teilweise nicht klar, sollte zu Beginn geklärt werden
-

Selbsterfahrung braucht Zeit.

Mehrfach wird von den Auszubildenden der Wunsch geäußert, die Selbsterfahrung zeitlich auszudehnen und zur Bearbeitung eines Themas zwei Tage vorzusehen. Als störend erleben sie es zum einen, wenn aus ihrer Sicht wesentliche Aspekte eines

Themas nicht umfassend behandelt werden oder wenn unter Zeitdruck gearbeitet wird (vgl. Tabelle 8.26).

Kommentare, in denen ein guter Zeitplan als arbeitserleichternd beschrieben wird, lassen erkennen, dass eine wichtige Aufgabe der Kursleiterin/ des Kursleiters darin besteht, das Thema sinnvoll einzugrenzen und zu verdeutlichen, dass die zur Verfügung stehende Zeit ausreicht, um sich das Thema in einem ersten Zugang zu erschließen. Das verlangt auch eine klare Strukturierung des Selbsterfahrungskurses (s. o.).

Tabelle 8.26: Selbsterfahrung braucht Zeit.

<i>Was war arbeitserleichternd?</i>
- guter Zeitplan
<i>Was war störend? Was hat gefehlt? Veränderungsvorschläge</i>
- Selbsterfahrung war zu kurz, sollte auf 2 Tage gelegt werden
- 2 Tage für dieses Thema
- zu kurz, die wesentlichen Dinge wurden zu spät zum Thema
- etwas gehetzt

Selbsterfahrung entspricht nicht immer den Erwartungen der Teilnehmer/innen.

Störend oder irritierend kann aus Teilnehmersicht sein, wenn in der Selbsterfahrung unerwartete Schwerpunkte gesetzt werden oder eine Vorbereitung auf die Thematik anhand von Literatur nicht möglich ist (vgl. Tabelle 8.27). Interessant ist, dass es einigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern dennoch gut gelingt, sich mit der nötigen Offenheit auf die Inhalte einzustellen, die ihnen geboten werden. Als arbeitserleichternd werden Mitbestimmungsmöglichkeiten erlebt. Es liegt auf der Hand, dass auch die Darlegung der Struktur und der Zielsetzung des Selbsterfahrungskurses durch die Kursleiterin/ den Kursleiter zu Beginn der Selbsterfahrung dazu beitragen kann, die Erwartungen der Teilnehmer/innen zu korrigieren.

Tabelle 8.27: Selbsterfahrung entspricht nicht immer den Erwartungen der Teilnehmer/innen.

<i>Was war arbeitserleichternd?</i>
- Gut: Mitbestimmung der Themen
<i>Was war störend? Was hat gefehlt? Veränderungsvorschläge</i>
- Das eigentliche Thema ging meines Erachtens etwas unter (Wohlbefinden statt Krisen)
- Der religiöse „Touch“ hat mich schon etwas irritiert
- Hatte aufgrund der vorher gelesenen Literatur die Erwartung, dass an eigenen Zielen und Plänen gearbeitet wird. Das hätte ich gut gefunden.
- Meine Erwartungen waren andere, aber dennoch hat nichts gefehlt

Selbsterfahrung kann überfordern.

Kritisch kommentieren die Auszubildenden, wenn sie die Selbsterfahrung als sehr anstrengend erleben oder sie sich kognitiv überfordert fühlen (vgl. Tabelle 8.28).

Offensichtlich gelingt es ihnen nicht immer, so auf die Kursgestaltung Einfluss zu nehmen, dass das Vorgehen den eigenen Bedürfnissen und Fähigkeiten entspricht. Die Gründe hierfür werden sowohl der Person der Kursleiterin/ des Kursleiters (Mangel an Flexibilität, unzureichende Bereitschaft, sich auf Wünsche der Teilnehmer/innen einzustellen) als auch der eigenen Person (Mangel an Motivation, unzureichende Fähigkeit, eigene Bedürfnisse und Grenzen wirkungsvoll zu artikulieren) zugeschrieben.

Tabelle 8.28: Selbsterfahrung kann überfordern.

Was war störend? Was hat gefehlt? Veränderungsvorschläge

- sehr anstrengend
 - war sehr viel zu verarbeiten, kognitiv sehr anstrengend, hohe Anforderungen an Konzentration
 - Ich habe nicht immer alles verstanden und hatte nicht das Gefühl, dass konkretes Nachfragen erwünscht ist.
 - Für den Vortrag fehlte mir die Schulung der Denkstruktur, daher war manches nicht verständlich für mich.
 - Eigene Müdigkeit (zeitweise)
-

8.4.3 Interaktion mit anderen

Selbsterfahrung ermöglicht Modelllernen.

Die Kommentare der Teilnehmer/innen zeigen, dass der Interaktion mit der Kursleiterin/ dem Kursleiter und den Gruppenmitgliedern im Rahmen der Selbsterfahrung eine zentrale Bedeutung zukommt. Wichtig und arbeitserleichternd ist aus ihrer Sicht vor allem, dass sie kompetente Modelle erleben (vgl. Tabelle 8.29). Diese haben Vorbildfunktion (z. B. „Modellwirkung als Therapeut; Konkretheit, Direktheit, Treffsicherheit“, „die Geschwindigkeit des Referenten, auf den Punkt zu kommen“, „Natürlichkeit des Referenten, gutes Therapeutenmodell“), können im Sinne von Abgrenzung aber auch dazu anregen, den eigenen Arbeitsstil zu reflektieren und weiterzuentwickeln.

Tabelle 8.29: Selbsterfahrung ermöglicht Modelllernen.

Was war das Wichtigste?

- Modellwirkung als Therapeut; Konkretheit, Direktheit, Treffsicherheit
- Natürlichkeit des Referenten, gutes Therapeutenmodell
- therapeutisches Vorgehen des Referenten (Modell)
- andere als Beispiele/ Modelle zu sehen
- Gute Therapeutenmodelle, auch auf Video, die in ihrer Art und nicht nur im „technischen Vorgehen“ sehr unterschiedlich waren. Das hat mich dazu angeregt, meine Arbeit in Zukunft auch im Hinblick auf meinen persönlichen Stil zu reflektieren.

Was war arbeitserleichternd?

- Dozent als Modell
-

Beziehung zur Kursleiterin/ zum Kursleiter

Die Teilnehmer/innen erleben eine von gegenseitiger Wertschätzung und Sympathie getragene Beziehung zur Kursleiterin/ zum Kursleiter als wichtig und vor allem arbeitserleichternd. Einerseits zeigen Kommentare, in denen Einfühlsamkeit, Behutsamkeit und die unterstützende Art der Kursleiterin/ des Kursleiters hervorgehoben werden, dass die Teilnehmer/innen Wert darauf legen, sich verstanden zu fühlen. Andererseits beschreiben sie es als arbeitserleichternd, dass die Kursleiterin/ der Kursleiter deutlich Stellung bezieht (dieser Aspekt scheint auch im Hinblick auf ihre/ seine Modellfunktion relevant), klare Grenzen setzt sowie direkt und präzise nachfragend auf die Teilnehmer/innen eingeht. Mit Blick auf die Gestaltung der Gruppenatmosphäre bewerten die Teilnehmer/innen eine Kombination aus Zurückhaltung und deutlicher Steuerung als günstig. Ein dominantes oder gar schulmeisterliches Auftreten der Kursleiterin/ des Kursleiters wird als störend erlebt (vgl. Tabelle 8.30).

Tabelle 8.30: Beziehung zur Kursleiterin/ zum Kursleiter

<i>Was war das Wichtigste?</i>
- die Einfühlsamkeit des Referenten
- der behutsame Zugang
- gute Anleitung des Gruppengesprächs, zurückhaltender Gruppenleiter, der dennoch deutlich steuert
- seine Art, Gruppen zu führen
<i>Was war arbeitserleichternd?</i>
- die positive, unterstützende Art der Kursleiterin
- die sympathische Ausstrahlung der Referentin
- ruhige Ausstrahlung des Referenten
- humorvolle Referentin
- die direkte Art des Leiters
- Grenzsetzung und Strukturanalyse seitens des Dozenten
- Klarheit der Nachfragen des Leiters
- klare Haltung der Dozentin
- gute Moderation der Referentin bei Diskussion
<i>Was war störend? Was hat gefehlt? Veränderungsvorschläge</i>
- Kursleiterin z. T. zu dominant
- ein geringerer Einsatz des „pädagogischen Zeigefingers“ hätte eine angenehmere Arbeitsatmosphäre geschaffen
- schulmeisterliches Verhalten der Kursleitung

Beziehungen innerhalb der Gruppe

Als wichtig und arbeitserleichternd beschreiben die Auszubildenden eine vertrauensvolle und entspannte Arbeitsatmosphäre, die einen regen Austausch ermöglicht. Dabei kommt es für sie auch darauf an, dass andere Gruppenmitglieder sich experimentierfreudig auf neue Erfahrungen einlassen und bereit sind, offen darüber zu sprechen. Günstig ist aus ihrer Sicht, dass die Selbsterfahrung in einer kleinen Gruppe durchgeführt wird. Als störend wird neben eigenen Hemmungen im Umgang mit

großen Gruppen auch das Verhalten einzelner Teilnehmer/innen bewertet, z. B. wenn diese die Diskussion dominieren (vgl. Tabelle 8.31).

Tabelle 8.31: Beziehungen innerhalb der Gruppe

Was war das Wichtigste?

- gute Atmosphäre
- vertrauensvoller Umgang miteinander
- ruhige Lern- und Arbeitsatmosphäre; Austausch mit Kollegen war sehr anregend
- Erfahrungsaustausch
- Offenheit der anderen Teilnehmer
- kleine Gruppe

Was war arbeitserleichternd?

- das gute Gruppenklima
- ruhige Arbeitsatmosphäre
- lockere, nette Arbeitsatmosphäre
- trotz des schwierigen Themas offene Arbeitsatmosphäre
- Austausch, andere Meinungen
- Experimentierfreudigkeit der anderen Teilnehmer
- Die kleine Gruppengröße!

Was war störend? Was hat gefehlt? Veränderungsvorschläge

- große Gruppe, meine Hemmungen damit
 - einzelne Teilnehmerin reißt die Diskussion an sich
-

9 Diskussion

Auf die Notwendigkeit einer regelmäßigen Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung psychotherapeutischer Behandlungen ist in den letzten Jahren vielfach hingewiesen worden (Laireiter & Vogel, 1998). Damit sind auch die Ansprüche an die Ausbildung von Therapeutinnen und Therapeuten gestiegen (Frank, 1999a; Reimer, Schüler & Ströhm, 1998). Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen der kontinuierlichen empirischen Evaluation der postgradualen Verhaltenstherapie-Ausbildung, die am Fachbereich Psychologie der Universität Gießen durchgeführt wird. Im Zentrum des Interesses stand der Ausbildungsbaustein Selbsterfahrung.

Für die Verhaltenstherapie-Ausbildung wird seit einiger Zeit eine Vielzahl von Selbsterfahrungskonzepten diskutiert, deren gemeinsamer Nenner darin besteht, dass Selbsterfahrung die therapeutische Kompetenz der angehenden Therapeutinnen und Therapeuten verbessern soll. Die Vorstellungen darüber, welche Ziele und Funktionen Selbsterfahrung im einzelnen erfüllen soll, und welche Inhalte und Methoden am besten geeignet sind, diese Ziele zu erreichen, gehen jedoch auseinander. Dies spiegelt sich in einer heterogenen Praxis der Einbindung von Selbsterfahrung in die Verhaltenstherapie-Ausbildung wider (vgl. Bruch & Hoffmann, 1996; Laireiter & Elke, 1994; Lieb, 1998b).

Bisher beschränkte die empirische Forschung sich im Wesentlichen auf retrospektive Teilnehmerbefragungen. Nach Abschluss der Selbsterfahrung schätzten die Auszubildenden ein, welche Bedeutung dieses Ausbildungselement für ihre professionelle und persönliche Entwicklung hatte. Tenor dieser Untersuchungen war, dass Selbsterfahrung ein unverzichtbarer Bestandteil der Verhaltenstherapie-Ausbildung ist (z. B. Hippler, 1994b; Hopffgarten v. Laer & Mempel, 1998; Lieb, 1998c; Schmelzer & Pöhlmann, 1996; Zimmer & Zimmer, 1998). Nahezu durchgängig wurde Selbsterfahrung als Ganzes betrachtet. Um Stärken und Schwächen eines Selbsterfahrungskonzepts zu untersuchen und mit anderen Selbsterfahrungskonzepten zu vergleichen, ist jedoch eine differenzierte Betrachtung einzelner Aspekte und Bestandteile der Selbsterfahrung erforderlich. Dabei ist noch offen, anhand welcher *spezifischen* Kriterien die Qualität verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung zu beurteilen ist.

9.1 Methodische Grenzen der durchgeführten Untersuchung

Zur Evaluation des Gießener Selbsterfahrungsprogramms wurden im Rahmen der vorliegenden Arbeit grundlegende Qualitätsmerkmale aus der Perspektive der Teilnehmer/innen untersucht. Ziel war es, möglichst direkt eine Verbesserung der Praxis zu unterstützen. Im Unterschied zu den meisten bisherigen Studien wurde die Wirkung verschiedener themenorientierter Selbsterfahrungskurse differenziert betrachtet. Da die Untersuchung explorativ/ deskriptiv angelegt war, ist eine Übertragung der Ergebnisse auf Selbsterfahrungsprogramme, die andere inhaltliche und methodische Schwerpunkte setzen, nur unter Vorbehalt möglich.

Die Teilnehmer/innen bewerteten verschiedene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität direkt im Anschluss und vier Wochen nach der Selbsterfahrung. Ergänzend dazu konnten sie ihr Erleben in freien Antworten schildern. Bei der Interpretation der Befunde ist zu berücksichtigen, dass die Auszubildenden Lernbedingungen und Ergebnisse der Selbsterfahrung nur kurz reflektierten, d. h. sie reagierten spontan und beschrieben lediglich erste Eindrücke. Die Validität ihrer Angaben kann zudem durch die Tendenz, sozial erwünscht zu antworten, eingeschränkt sein.

Um mögliche Wirkprinzipien verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung zu identifizieren, wurden korrelative Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Prozess- und der Ergebnisqualität analysiert. Selbstverständlich bedeutet das Bestehen einer Korrelation zwischen zwei Variablen nicht notwendigerweise, dass eine kausale Beziehung zwischen diesen beiden Variablen besteht. Korrelationsstatistische Ergebnisse können nur als erster Hinweis auf mögliche Wirkprinzipien verstanden werden. Hinzu kommt, dass der Korrelationskoeffizient lediglich das Ausmaß der linearen Beziehung zwischen abhängiger und unabhängiger Variable beschreibt. Liegt eine kurvilineare Beziehung vor, wird die Stärke des Zusammenhangs unterschätzt. Eine lineare Beziehung zwischen Merkmalen der Prozess- und Ergebnisqualität bedeutet „mehr bewirkt mehr“. Ebenso plausibel ist für die Selbsterfahrung die Annahme, dass die Teilnehmer/innen Anregungen dann gewinnbringend verarbeiten, wenn die Lernbedingungen *hinreichend* gut sind (Schwellenmodell). Zudem könnten Form und Ausmaß des Zusammenhangs zwischen Prozess- und Ergebnisqualität in Abhängigkeit von der spezifischen Thematik der Selbsterfahrung variieren. Die untersuchte Stichprobe war zu klein, um systematische Vergleiche zwischen einzelnen Selbsterfahrungskursen durchzuführen. Abschließend bleibt festzuhalten, dass die Erfassung von einfachen Basismerkmalen der Ausbildungsqualität es zwar erlaubt, vorhandene Korrelationen als Grundlage für die Entwicklung gerichteter Hypothesen zu nutzen. Das Fehlen von Korrelationen kann jedoch nicht als Beleg für fehlende Zusammenhänge verstanden werden. Insgesamt ist bei der Generalisierung der Befunde deshalb Zurückhaltung geboten.

Nachfolgend werden qualitative und quantitative Ergebnisse der Studie zusammengeführt und ihre Implikationen für die Konzeption und Durchführung von Selbsterfahrungskursen diskutiert.

9.2 Ziele und Ergebnisse der Selbsterfahrung

9.2.1 Thematische Schwerpunkte: Berufliche und persönliche Relevanz

Noch ist umstritten, ob sich verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung auf die Bearbeitung berufsbezogener Inhalte beschränken darf oder ob darüber hinaus auch das persönliche Wachstum der Auszubildenden gefördert werden sollte. Da die Therapietheorie - anders als in der Psychoanalyse (Ringler, 1994) oder in der klientenzentrierten Therapie (Korbei, 1996) - der persönlichen Entwicklung des Therapeuten

als Voraussetzung effektiver therapeutischer Arbeit keine besondere Bedeutung beimisst, steht in der Regel die Schulung therapeutischer Kompetenzen im Vordergrund der Selbsterfahrung (z. B. Caspar, 1998; Schmelzer, 1998). Einige Autorinnen und Autoren betonen jedoch, dass gerade unerfahrene Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer im Rahmen der Selbsterfahrung die Gelegenheit erhalten sollten, persönliche Lebensthemen zu bearbeiten, um deren unkontrollierten Einfluss auf die therapeutische Arbeit zu verhindern (z. B. Hippler, 1994; Zimmer, Zimmer & Wagner, 1994). Zum Teil wird dabei eine Trennung von beruflichem und privatem Selbst vorgenommen, die ebenfalls auf Kritik stößt (Lieb et al., 1998; Scobel, 1996).

Aus Sicht der Auszubildenden stehen berufsbezogene Inhalte im Vordergrund, aber auch die Auseinandersetzung mit persönlichen Themen ist für sie wichtig. Die von Schmelzer und Pöhlmann (1996) befragten Ausbildungsteilnehmer/innen erwarteten vor allem, Inhalte mit unmittelbarem Bezug zur therapeutischen Tätigkeit zu bearbeiten. An zweiter Stelle standen für sie Themen aus dem Bereich „Persönliche Psychohygiene“. Darüber hinaus erhofften sie sich von der Selbsterfahrung eine allgemeine Verbesserung ihrer Selbstkenntnis. Eine Untersuchung von Roder et al. (2001) ergab, dass sich die Auszubildenden in erster Linie wünschten, im Rahmen der Selbsterfahrung ihre psychotherapeutischen Basisqualifikationen zu erweitern und berufliche Probleme zu reflektieren. Im direkten Vergleich war die private Selbsterfahrung für sie weniger bedeutsam.

Auch die von uns befragten Auszubildenden maßen sowohl Praxisrelevanz der Selbsterfahrung als auch persönlichen Bezügen große Bedeutung bei. Sie legten Wert darauf, dass die Selbsterfahrung sie zur Reflexion verschiedener Themen und ihrer Bedeutung für die Durchführung von Therapien anregte und sich so neue Perspektiven für die therapeutische Tätigkeit erschlossen. Ebenso wichtig war für die Teilnehmer/innen, dass ihnen die Selbsterfahrung – ähnlich wie die Supervision – handlungsleitende Impulse bot, z. B. konkrete Hinweise zum Umgang mit schwierigen Therapiesituationen. Selbsterfahrung ohne unmittelbaren Nutzen für die praktisch-therapeutische Tätigkeit ist für die Auszubildenden wenig hilfreich. Doch auch ein ausschließlich auf den Erwerb beruflicher Kompetenzen zentriertes Vorgehen greift aus ihrer Sicht zu kurz. Die Auszubildenden legten bei der Bewertung der Selbsterfahrungskurse ein implizites Selbsterfahrungskonzept zugrunde, das die Bedeutung persönlicher Bezüge betont. Es war ihnen wichtig, in der Selbsterfahrung ihre persönliche Lebenssituation und individuelle Weiterentwicklungsmöglichkeiten zu reflektieren.

Die bisher vorliegenden Untersuchungen zur Wirkung verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung zeigen, dass die Erwartungen der Auszubildenden weitgehend erfüllt werden. Subjektiv nehmen sie zahlreiche Verbesserungen im Umgang mit ihren Patientinnen und Patienten wahr (Döring-Seipel, Schüler & Seipel, 1995; Zimmer & Zimmer, 1998) und berichten Zuwächse hinsichtlich ihres Selbstvertrauens und ihrer Selbstkenntnis (Lieb, 1998b). In überwiegend personbezogenen Selbsterfahrungs-

programmen werden aus Sicht der Teilnehmer/innen allerdings zu wenig umsetzbare Anregungen für die therapeutische Praxis vermittelt, z. B. für die Bewältigung problematischer Therapiesituationen (Hippler, 1994b; Roder et al., 2001).

Das Gießener Selbsterfahrungsprogramm hat einen deutlich berufsbezogenen Schwerpunkt. Dies spiegelt sich in den Angaben der Teilnehmer/innen zum Anregungsgehalt der verschiedenen Kurse wider. Insgesamt wurden hinsichtlich aller Zielfertigkeiten wichtige Lernanreize vermittelt. Dabei ging es um die flexible Gestaltung der therapeutischen Beziehung, den reflektierten Umgang mit berufsethischen Fragen, die patientengerechte Anwendung verhaltenstherapeutischer Methoden und die persönliche Weiterentwicklung. Ähnlich wie in anderen Studien (z. B. Döring-Seipel, Schüler & Seipel, 1995; Zimmer & Zimmer, 1998) standen Anregungen zur Regulation des eigenen Verhaltens in der Interaktion mit Patientinnen/ Patienten und zum Aufbau eines kooperativen Arbeitsbündnisses im Vordergrund. Nach eigener Einschätzung profitierten die Auszubildenden vor allem mit Blick auf den professionellen Umgang mit herausfordernden Therapiesituationen (z. B. Widerstand von Patientinnen/ Patienten). Sie gaben an, ihre Gefühle und Einstellungen sowie ihr Verhalten sensibler wahrzunehmen und bewusster steuern zu können. Zudem bot die Selbsterfahrung ihnen die Möglichkeit, eigene Grenzen kennenzulernen und zu erkennen, wann sie für ihr therapeutisches Handeln eine gezielte Supervision benötigen. Anregungen zu verhaltenstherapeutischen Methoden entnahmen die Teilnehmer/innen in erster Linie Kursen, die den Umgang mit Therapiemanualen bei verschiedenen Störungsbildern und typische Probleme bei der Durchführung von Verhaltenstherapien thematisierten. Vorrangig waren für sie Anregungen zur Auswahl von geeigneten therapeutischen Ansatzpunkten und zur Therapieplanung, aber auch zur Umsetzung verhaltenstherapeutischer Interventionen.

Unabhängig von den bearbeiteten Themen war die Zufriedenheit der Auszubildenden mit dem Nutzen der Selbsterfahrung für die praktische Arbeit und für die persönliche Entwicklung in allen Kursen etwa gleich groß und eng korreliert. Im unmittelbaren Zufriedenheitsurteil der Teilnehmer/innen war eine Trennung von praxis- und personbezogener Selbsterfahrung nicht möglich. Erst vier Wochen nach der Selbsterfahrung unterschieden sich die Kurse deutlich im subjektiven Anregungsgehalt. Je nach thematischem Schwerpunkt wurden den Kursen überwiegend Anregungen zur beruflichen bzw. persönlichen Weiterentwicklung entnommen. Dennoch war das Spektrum der Lernanreize in den einzelnen Kursen so breit gefächert, dass die Auszubildenden eigenständig Transferleistungen erbrachten und Bezüge zur ihrer individuellen beruflichen und privaten Situation herstellten.

Für das Gießener Selbsterfahrungsprogramm konnte in Übereinstimmung mit den Ergebnissen früherer Untersuchungen gezeigt werden, dass die angehenden Therapeutinnen und Therapeuten mit der Selbsterfahrung in hohem Maße zufrieden sind und nach eigener Einschätzung vor allem therapeutisch aber auch persönlich davon profi-

tieren. Offensichtlich ist aus Teilnehmerperspektive eine Vielzahl von Themen geeignet, ihre Weiterentwicklung zu fördern.

9.2.2 Individuelle Entwicklungsimpulse: Bearbeitung persönlicher Probleme und Förderung eines eigenständigen Arbeitsstils

Angesichts der vielfach beschriebenen hohen psychischen Belastung von Therapeutinnen und Therapeuten (vgl. Reimer, 1996) muss im Ausbildungskontext ein offener Umgang mit dem – aus Sicht der Auszubildenden sicher sensiblen – Thema Eigentherapie gepflegt werden. Bereits seit langem gibt es Belege dafür, dass psychisch gesunde und wenig belastete Therapeutinnen/ Therapeuten bessere Behandlungsergebnisse erzielen (z. B. Parloff, Waskow & Wolfe, 1978). Die meisten Therapeutinnen/ Therapeuten nehmen während ihrer Ausbildung aber auch im Anschluss daran Eigentherapien in Anspruch (Dobernic & Laireiter, 2000; Holzman, Searight & Hughes, 1996; Pope & Tabachnick, 1994). Für die Aufnahme einer Eigentherapie sind meist persönliche Probleme (bis hin zu klinisch relevanten Störungen) und der Wunsch nach persönlichem Wachstum ausschlaggebend (Liaboe et al., 1989). Doch obwohl die Effekte von Eigentherapien von den Therapeutinnen/ Therapeuten selbst äußerst positiv bewertet werden (Macaskill & Macaskill, 1992; Norcross, 1990), fehlt der Nachweis, dass Eigentherapien die therapeutische Effektivität erhöhen (Beutler, Machado & Allstetter Neufeldt, 1994; Binder, 1993; Lange, 1994). Der größte *subjektive* Nutzen für die therapeutische Tätigkeit besteht darin, theoretische Konzepte mit persönlicher Bedeutung zu füllen, im eigenen Therapeuten ein geeignetes Rollenmodell zu erleben und dadurch die eigene professionelle Identität weiterzuentwickeln (Mackey & Mackey, 1993, 1994).

Ob und in welcher Form Angebote zur Bearbeitung persönlicher Probleme im Rahmen der Verhaltenstherapie-Ausbildung hilfreich oder gar notwendig sind, ist bisher ungeklärt. Laireiter (2000) weist darauf hin, dass die häufige Inanspruchnahme von Psychotherapien durch Therapeutinnen und Therapeuten ein Hinweis darauf sein kann, dass diese ihr Selbsthilfe-Potenzial und die ihnen zur Verfügung stehenden sozialen Ressourcen zu wenig nutzen. Die hierzu erforderlichen Fähigkeiten (z. B. persönliche Probleme frühzeitig wahrnehmen, Unterstützung von anderen einfordern und annehmen) sollten im Rahmen der verhaltenstherapeutischen Selbsterfahrung geschult werden, um langfristig zur emotionalen Stabilisierung der angehenden Therapeutinnen und Therapeuten beizutragen.

Die von uns befragten Auszubildenden thematisierten persönliche Schwierigkeiten und Belastungen nur in geringem Umfang. Eigentherapeutische Elemente haben im Gießener Selbsterfahrungsprogramm eine untergeordnete Bedeutung. Entsprechende Anregungen bieten vor allem Kurse zum Umgang mit eigenen Krisen und zur Förderung des eigenen Wohlbefindens. Die Auszubildenden bewerteten diese Kurse als besonders gewinnbringend für ihre persönliche Weiterentwicklung. Sie fühlten sich

zum Überdenken ihrer persönlichen Lebensgestaltung und setzten sich mit ihrem Umgang mit Überforderungssituationen und mit ihrer Selbstfürsorge auseinander.

Ein spezifisches Anliegen der Gießener Verhaltenstherapie-Ausbildung ist es, die Auszubildenden bei der Entwicklung eines autonomen Arbeitsstils zu unterstützen (Frank, 1996). Als Integration von beruflicher und privater Identität, von intellektuellem Verständnis und Gefühlen, von Theorie und Praxis wird die Entwicklung einer selbständigen therapeutischen Arbeitsweise auch als ein wesentliches Ergebnis von Eigentherapien beschrieben (Mackey & Mackey, 1993, 1994). Entwicklungsmodelle der Supervision (Hogan, 1994; Loganbill, Hardy & Delworth, 1982; Skovholt & Rønnestad, 1992; Überblick bei Rzepka-Meyer, 1997) gehen davon aus, dass die angehenden Therapeutinnen und Therapeuten als Anfänger/innen eine klare handlungsorientierte Anleitung benötigen. Mit zunehmender therapeutischer Kompetenz werden später Anregungen notwendig, die es ihnen ermöglichen, die Therapeutenrolle individuell, d. h. ihren persönlichen Fähigkeiten entsprechend, zu gestalten. Aufgabe der Supervisorin/ des Supervisors ist es, eine angemessene Balance zwischen der Konfrontation mit und Korrektur von Fehlern einerseits und der positiven Verstärkung der bereits erworbenen Fertigkeiten andererseits zu finden. Um eine sensible Selbstwahrnehmung zu fördern, sind eine differenzierte Diagnostik des individuellen Arbeitsstils und klare Rückmeldungen hinsichtlich der jeweiligen Stärken und Schwächen notwendig.

Die von uns befragten Auszubildenden gaben an, die Selbsterfahrung habe ihnen einen bewussteren Umgang mit eigenen Gefühlen, Einstellungen und Verhaltensweisen ermöglicht. Die Frage, wie eigene Stärken in der therapeutischen Arbeit sinnvoll genutzt und verhaltenstherapeutische Methoden an den eigenen Stil angepasst werden können, sollte jedoch noch stärker ins Zentrum der Selbsterfahrung rücken. Möglichst konkret sollten gemeinsam mit den Auszubildenden Wege erarbeitet werden, wie sie persönliche Ressourcen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten gezielt einsetzen können.

Im Rahmen von Selbsterfahrungskursen, bei denen sich die Zusammenarbeit zwischen Kursleiter/in und Gruppe auf einen oder zwei Tage beschränkt, kann eine so spezifische Zielsetzung nur in begrenztem Umfang umgesetzt werden. Die systematische Integration entsprechender Selbsterfahrungsanteile in die Supervision stellt deshalb eine sinnvolle Ergänzung der Selbsterfahrung dar. Im Rahmen der Gießener Verhaltenstherapie-Ausbildung wird die Gruppensupervision während der dreijährigen Ausbildungszeit kontinuierlich bei einer Supervisorin bzw. einem Supervisor absolviert. Dies ist eine günstige Voraussetzung, um Selbsterfahrung als „Unterprogramm“ (Lieb, 1994) in die Supervision einzubinden. Für eine vertiefende Auseinandersetzung mit persönlichen Problemen und mit dem eigenen Arbeitsstil kann darüber hinaus eine Einzelselbsterfahrung genutzt werden (Ubben, 1995).

9.2.3 Transfer in den therapeutischen Alltag

Entscheidend für die Qualität einer Therapieausbildung ist, ob das Gelernte in der therapeutischen Praxis Anwendung findet. Binder (1993) und Alberts und Edelstein (1990) kritisieren in ihren Überblicksarbeiten zurecht, dass empirisch kaum belegt ist, dass die im Rahmen der Ausbildung erworbenen Fertigkeiten außerhalb der Lernsituation gezielt und patientengerecht eingesetzt werden. Auch für die verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung ist nicht nachgewiesen, dass sie die therapeutische Praxis nachhaltig verändert. In einer Pilotstudie untersuchten Hoyer und Stangier (2000) die unmittelbaren Auswirkungen von Selbsterfahrung auf die nachfolgende Therapie-sitzung. Sie fanden im prä-post-Vergleich keine bedeutsamen Modifikationen des therapeutischen Handelns. Fraglich ist jedoch, ob angesichts der Vielzahl der unkontrolliert intervenierenden Variablen ein messbarer Effekt der Selbsterfahrung in einem derart kurzen Zeitraum überhaupt zu erwarten ist.

In der vorliegenden Studie schätzten die Teilnehmer/innen vier Wochen nach der Selbsterfahrung ein, in welchem Umfang sie die erhaltenen Anregungen umsetzen konnten. Ziel war es, die Auszubildenden zu einer situationsnahen und selbstkritischen Bewertung der beobachtbaren Auswirkungen der Selbsterfahrung im beruflichen und privaten Kontext zu veranlassen.

Kurse zu allgemeinen Themen hatten für die Teilnehmer/innen eine größere Handlungsrelevanz. Besonders häufig setzten sie Anregungen aus Kursen zum Umgang mit schwierigen Therapiesituationen und zum Umgang mit sozialer Macht in der therapeutischen Beziehung um. Auch die Auseinandersetzung mit eigenen Krisen und mit dem eigenen Wohlbefinden in der Selbsterfahrung hatte subjektiv einen spürbaren Einfluss auf das alltägliche Handeln. Anregungen aus Kursen, in denen spezifischere Themen bearbeitet wurden (z. B. der Einsatz von Therapiemanualen bei der Behandlung von Hauterkrankungen oder der Umgang mit Sterben und Tod), realisierten die Auszubildenden seltener. In diesen Kursen sollten Möglichkeiten des Transfers in den therapeutischen Alltag explizit thematisiert werden. Die Teilnehmer/innen aller Kurse setzten Anregungen zur persönlichen Weiterentwicklung besonders häufig um. Einerseits signalisieren sie damit ein großes Interesse an Impulsen, die über den Erwerb professioneller Kompetenzen hinausgehen. Andererseits geben sie vor allem den Eindruck wieder, „etwas“ in ihrem Leben verändert zu haben, ohne dass die Umsetzung der Anregungen situationsgebunden erinnert wird.

Für eine verbesserte Lernzielkontrolle ist es notwendig, die Ergebnisse verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung noch konkreter und verhaltensbezogener zu erfassen. Indem die Auszubildenden bereits im Selbsterfahrungskurs angeregt werden darzulegen, in welchen Situationen sie neue Verhaltensweisen erproben können, kann die Anwendung des Gelernten zusätzlich unterstützt werden.

9.3 Didaktik und Wirkprinzipien der Selbsterfahrung

In der psychoanalytischen und klientenzentrierten Ausbildung ist die Selbsterfahrung stark von der jeweiligen Therapietheorie geprägt. Im Rahmen einer Eigentherapie sollen die Auszubildenden therapeutische Methoden und Strategien, zentrale Wirkprinzipien der Therapie sowie die Schwierigkeiten therapeutischer Veränderungsprozesse am eigenen Leib kennenlernen (Ringler, 1994; Korbei, 1996). In der verhaltenstherapeutischen Selbsterfahrung kommen dagegen vielfältige didaktische Methoden zum Einsatz (vgl. Laireiter & Elke, 1994; Lieb, 1998a; Döring-Seipel, Schüler & Seipel, 1994; Mackinger, 1995; Schmelzer, 1994b; Ubben, 1995). Die bisher durchgeführten Teilnehmerbefragungen belegen zwar durchgängig - mit einer Ausnahme (Bruch, 1996) - eine positive Bewertung der Ergebnisse der Selbsterfahrung, auf eine Erfassung von Merkmalen der Prozessqualität wurde jedoch weitgehend verzichtet (Zimmer & Zimmer, 1998; Döring-Seipel, Schüler & Seipel, 1995; Hippler, 1994b).

Eine Besonderheit der vorliegenden Studie ist, dass die Wirkung von Selbsterfahrungskursen zu verschiedenen berufs- und personbezogenen Themen differenziert untersucht wurde. Die Befunde zur Vorhersage der Ergebnisqualität durch die Prozessqualität waren uneinheitlich. *Im Mittel* erwiesen sich jedoch ähnlich wie in den Untersuchungen von Lieb (1998c, 1998d) und Klicpera (1997) das eigene Engagement und die Zufriedenheit mit der Interaktion innerhalb der Gruppe und mit der Kursleiterin/ dem Kursleiter als besonders relevante Prädiktoren.

9.3.1 Bedürfnisgerechte und zielorientierte Gestaltung der Selbsterfahrung

Modelle der Entwicklung therapeutischer Kompetenzen beschreiben für die Supervision, wie sich die Lernbedürfnisse der Auszubildenden in verschiedenen Phasen spezifisch verändern (Hogan, 1964; Loganbill, Hardy & Delworth, 1982; Skovholt & Rønnestad, 1992; Stoltenberg & Delworth, 1987). Das Konzept der Passung besagt dabei, dass sie nur die Anregungen gewinnbringend aufgreifen, die ihrem individuellen Entwicklungsstand entsprechen. Ein optimales Lernergebnis wird dann erzielt, wenn die therapeutischen und persönlichen Stärken und Schwächen der Auszubildenden richtig eingeschätzt und die Entwicklungsimpulse darauf abgestimmt werden. Sowohl eine Über- als auch eine Unterforderung der Teilnehmer/innen sind zu vermeiden.

Die von uns befragten Auszubildenden waren mit der inhaltlichen und didaktischen Konzeption des Gießener Selbsterfahrungsprogramms sehr zufrieden. Ihre Zufriedenheitseinstufungen waren eng korreliert, d. h. sie beurteilten die verschiedenen Aspekte der Selbsterfahrung nicht unabhängig voneinander. Auch die Selbsterfahrungsübungen bewerteten die Teilnehmer/innen sehr positiv. In den Kursen, in denen die Selbsterfahrungsübungen aus ihrer Sicht besonders erkenntnisfördernd waren, erlebten sie sie auch als interessanter und angenehmer. Ein direkter Zusammenhang

mit der Schwierigkeit der Selbsterfahrungsübungen bestand nicht, allerdings wurden schwierigere Übungen eher als unangenehm bewertet. Im Sinne entwicklungspsychologischer Modellvorstellungen kommt damit einer herausfordernden und doch ressourcenorientierten Gestaltung der Selbsterfahrung eine zentrale Bedeutung zu.

Unabhängig von ihrer Zufriedenheit mit der Kursgestaltung beschrieben die Auszubildenden zahlreiche wichtige und arbeitserleichternde Aspekte der Selbsterfahrung. Störende Aspekte wurden insgesamt seltener wahrgenommen bzw. kommentiert. Äußerten die Teilnehmer/innen sich dennoch kritisch über einen Selbsterfahrungskurs, so ging dies mit deutlicher Unzufriedenheit einher. Versteht man die Zufriedenheit der Auszubildenden als günstige Voraussetzung für eine bedürfnisgerechte und damit entwicklungsförderliche Selbsterfahrung, sollten Kursleiter/innen deshalb besonders aufmerksam reagieren, wenn die Teilnehmer/innen sie auf Störungen hinweisen.

Auffällig ist, dass arbeitserleichternde Lernbedingungen von den Auszubildenden zwar häufiger aber weniger präzise und differenziert beschrieben wurden als wichtige oder störende Aspekte der Selbsterfahrung. Dies gilt auch für die eigene Mitwirkung im Kurs. Offensichtlich fällt es den Auszubildenden leichter, Gründe für ihre Unzufriedenheit zu benennen, als darzulegen, was zu ihrer Zufriedenheit beigetragen hat. Wenn es den Auszubildenden tatsächlich größere Schwierigkeiten bereitet, günstige Lernbedingungen wahrzunehmen und zu reflektieren, sollte ihre Fähigkeit, aktiv und an den eigenen Wünschen und Möglichkeiten orientiert auf das Kursgeschehen Einfluss zu nehmen, gezielt gefördert werden.

In Übereinstimmung mit entwicklungspsychologischen Modellvorstellungen bewerteten die von uns befragten Auszubildenden es als störend, wenn sie sich überfordert oder unter Zeitdruck fühlten, oder wenn die Selbsterfahrung nicht ihren Erwartungen entsprach. Dabei wurden auch gruppenspezifische Phänomene deutlich: Trotz gleicher inhaltlicher und didaktischer Konzeption und gleicher Kursleitung unterschieden sich einzelne Selbsterfahrungskurse im Urteil der Teilnehmer/innen erheblich. Zu Beginn der Selbsterfahrung sollten deshalb die gegenseitigen Erwartungen geklärt werden. Eine hohe Transparenz hinsichtlich der Zielsetzung der Selbsterfahrung ist aus Teilnehmerperspektive günstig. Die Kursleiterin/ der Kursleiter sollte verdeutlichen, aus welche Gründen sie/ er bestimmte Schwerpunkte setzt. Eine stärkere Einbeziehung der Teilnehmer/innen erfordert auf seiten der Kursleiter/innen besondere Fähigkeiten im Umgang mit Kritik. Sie müssen in der Lage sein, Vorschläge flexibel aufzugreifen und in das eigene Konzept zu integrieren bzw. zu begründen, warum dies nicht möglich ist.

In empirischen Untersuchungen haben sich strukturierte Trainingsansätze in der Ausbildung von Therapeutinnen und Therapeuten als überlegen erwiesen (Überblick bei Binder, 1993). Für die Selbsterfahrung zeigte eine Untersuchung von Klicpera (1997), dass diejenigen Auszubildenden subjektiv stärker profitierten, die eine Systematik im Aufbau der Selbsterfahrung wahrnahmen. Günstig war außerdem, wenn

sie den Lehrtherapeutinnen und Lehrtherapeuten ein hohes Maß an Strukturierungsfähigkeit sowie die Fähigkeit, Theorie und Praxis zu verbinden, zuschrieben. Auch für die von uns befragten Auszubildenden war eine klare Strukturierung und Zielorientierung sehr wichtig. Es ist davon auszugehen, dass ein strukturiertes Vorgehen in der Selbsterfahrung die kognitive Verarbeitung des Erlebten unterstützt. Lernprozesse werden begünstigt, indem ein Anknüpfen an bereits vorhandene Kenntnisse erleichtert wird.

Insgesamt erwies sich die Zufriedenheit der Teilnehmer/innen in der vorliegenden Studie als ein durchaus geeigneter Prädiktor des subjektiven Gewinns durch die Selbsterfahrung. Dies spricht für eine bedürfnisgerechte Gestaltung der Ausbildung und für eine stärkere Berücksichtigung der Interessen und Wünsche der Auszubildenden.

9.3.2 Selbstgesteuertes Lernen

Expertise entsteht durch *aktive* Wissenskonstruktion, d. h. durch die bewusste Verarbeitung und Reflexion von (beruflichen) Erfahrungen (Gruber, 1999). Im Vordergrund stehen dabei die Analyse von Fehlern und die generalisierende Ableitung von Mustern und Regeln. Notwendig sind zudem gezieltes Üben (*deliberate practice*; Ericsson, Krampe & Tesch-Römer, 1993) sowie die Motivation, mit wachsender Kompetenz zunehmend selbst die Verantwortung für die Lernumgebung und die eigenen Lernprozesse zu übernehmen (Glaser, 1996).

Jeder persönliche Änderungsprozess erfordert großes Engagement und viel Eigeninitiative (Caspar, 1998). Lernen durch Selbsterfahrung setzt deshalb bei den Auszubildenden eine besondere Bereitschaft voraus, sich aktiv mit der eigenen Person auseinanderzusetzen, sich auf neue Erfahrungen einzulassen und diese gemeinsam mit anderen zu reflektieren (Lieb 1998a; Schmelzer, 1994). Die Bedeutung der individuellen Mitarbeit- und Reflexionsbereitschaft für den Erwerb therapeutischer Kompetenzen durch Supervision wird auch von Modellen der sozialen Beeinflussung (Dixon & Claiborn, 1987; Dorn, 1985) herausgestellt. Empirisch ist belegt, dass die Zufriedenheit mit der Supervision steigt, wenn eigene Fälle eingebracht werden (Rzepka-Meyer, 1997). Supervidierte, deren Lernbereitschaft und Bedürfnis nach Denkanstößen größer ist und deren Offenheit für dialogische Arbeit günstiger eingeschätzt wird, profitieren stärker von der Supervision (Rzepka-Meyer, Frank & Vaitl, 1998).

Für die Selbsterfahrung zeigte eine Studie von Klicpera (1997), dass jene Auszubildende den Gewinn durch die Selbsterfahrung positiver bewerten, die höhere Anforderungen an die eigene Mitarbeit wahrnehmen. In einer Untersuchung von Lieb (1998c, 1998d) erwies sich darüber hinaus die Bereitschaft der Auszubildenden, persönliche Probleme einzubringen und sich auch außerhalb der Selbsterfahrung intensiv mit sich selbst zu beschäftigen, als wichtiges subjektives Wirkprinzip.

Auch in der vorliegenden Studie hatte die Möglichkeit zu aktiver Mitarbeit für die angehenden Therapeutinnen und Therapeuten einen hohen Stellenwert. Die Auszubildenden brachten durchgängig ein ausgeprägtes Interesse an Selbsterfahrung zum Ausdruck und bewerteten ihre Lernbereitschaft als sehr groß. Dennoch war die Zufriedenheit mit dem eigenen Engagement in allen Kursen geringer als die Zufriedenheit mit anderen Aspekten der Selbsterfahrung. In ihren freien Angaben kritisierten die Teilnehmer/innen, wenn sie nur wenig Gelegenheit zu aktiver Beteiligung hatten, z. B. wenn die Vermittlung theoretischer Grundlagen zu viel Raum einnahm und der Redeanteil der Kursleiterin/ des Kursleiters zu groß war. Allerdings kommentierten sie den eigenen Beitrag zum Gelingen der Selbsterfahrung nur selten, d. h. sie nahmen ihn nicht als bedeutsam wahr oder reflektierten ihn kaum.

Vergleichbare Befunde finden sich bei der Bewertung von Supervisionssitzungen (Rzepka-Meyer, 1997; Schön, Frank & Vaitl, 2001). Möglicherweise sind sich die Auszubildenden ihrer Mitgestaltungsmöglichkeiten nicht hinreichend bewusst, oder sie erleben eigenes lernförderliches Verhalten als selbstverständlich und heben es deshalb nicht besonders hervor. Denkbar ist auch, dass sie ihren persönlichen Gestaltungsspielraum unreflektiert nutzen oder eigene Interessen und Bedürfnisse nur wenig differenziert wahrnehmen (vgl. Rzepka-Meyer, 1997) oder zurückstellen. Die Kursleiter/innen sollten deshalb die Teilnehmer/innen bei der Entwicklung eines aktiven Rollenverständnisses unterstützen, damit sie lernen, eigene Handlungsspielräume zu erkennen und ihren Einfluss geltend zu machen.

Dies ist umso wichtiger, als Teilnehmer/innen, deren Bereitschaft zu aktiver Beteiligung am Kursgeschehen (vor allem am Ende der Selbsterfahrung) größer war und die mit dem eigenen Engagement zufriedener waren, subjektiv stärker von der Selbsterfahrung profitierten. Ohne ein aktives Eintreten der Auszubildenden für die eigenen Interessen ist eine bedürfnisgerechte Ausbildung nicht denkbar. Die Selbststeuerung von Lernprozessen bietet die Möglichkeit, das eigene Lernen zu optimieren und das Selbsterfahrungsangebot noch besser zu nutzen. Das Engagement der Teilnehmer/innen sollte deshalb frühzeitig durch Selbsterfahrungsübungen, Gruppendiskussionen und Reflexionsphasen, die dem aktiven Nachvollziehen der vermittelten Inhalte dienen, gefördert werden. Die Kursleiter/innen sollten sie explizit ermutigen, Fragen zu stellen und mit eigenen Beiträgen das Kursgeschehen mitzugestalten.

Darüber hinaus zeigte die vorliegende Studie, dass der subjektive Gewinn durch die Selbsterfahrung für unerfahrene Teilnehmer/innen größer ist. Sie haben erst wenige Selbsterfahrungskurse besucht und sich weniger mit dem spezifischen Thema der Selbsterfahrung beschäftigt. Für die Auszubildenden war besonders wichtig, dass die Selbsterfahrung ihre Sensibilität für therapeutisch relevante Themen erweiterte und ihnen *neue* Perspektiven eröffnete. Es ist davon auszugehen, dass sie das Selbsterfahrungsangebot zunehmend selektiv wahrnehmen, nachdem Prozesse der Auseinandersetzung mit sich selbst und eine selbstkritische Reflexion des eigenen therapeutischen Verhaltens angestoßen sind. Fortgeschrittenen Therapeutinnen und Therapeuten sind

bereits viele Aspekte der eigenen Person und des eigenen therapeutischen Handelns bewusst zugänglich. Möglicherweise wählen sie präziser aus, welche Anregungen für ihre professionelle und persönliche Entwicklung wesentlich und damit weiterführend sind. Als ein Zeichen wachsender therapeutischer Autonomie ist dies im Sinne der Entwicklung und Festigung eines eigenständigen therapeutischen Arbeitsstils positiv zu bewerten.

Allgemeinpsychologische Modelle der Entstehung von Expertise betonen nicht nur die Bedeutung einer zunehmenden Selbstverantwortlichkeit der Lernenden für den Kompetenzerwerb, sondern auch die Notwendigkeit gezielten Übens (*deliberate practice*; Ericsson, Krampe & Tesch-Römer, 1993). Übungsmöglichkeiten bieten sich den angehenden Therapeutinnen und Therapeuten sowohl im Rahmen ihrer Ausbildung als auch in ihrer praktisch-therapeutischen Tätigkeit. Berufliche Erfahrungen sind für die Erweiterung der therapeutischen Kompetenzen ganz entscheidend, da deklaratives Wissen erst durch aktives Problemlösen im Feld zu prozeduralem Wissen wird (Gruber & Mandl, 1996). Dennoch erlaubte der Umfang und die Vielfältigkeit der Praxiserfahrungen der Teilnehmer/innen in der vorliegenden Studie keine Vorhersage des subjektiven Gewinns durch die Selbsterfahrung. Bei einer Teilstichprobe (Schön, Frank & Vaitl, 1998) hatten diejenigen Teilnehmer/innen in höherem Maße von der Selbsterfahrung profitiert, die mit einer größeren Anzahl von Patientinnen und Patienten gearbeitet und verschiedene Störungsbilder behandelt hatten.

Bei der Interpretation dieser uneinheitlichen Befunde ist zu berücksichtigen, dass Übungsmöglichkeiten in der Ausbildungssituation und im beruflichen Alltag sich deutlich voneinander unterscheiden. Die Ausbildungssituation bietet den Freiraum, neue Verhaltensweisen zu erproben und einzuüben. Bei der täglichen Arbeit greift man in der Regel - und besonders unter Handlungsdruck - auf gut eingeschliffene Verhaltensweisen zurück. Erschwerend kommt hinzu, dass in der Therapiesituation (anders als z. B. im -Rollenspiel) ein präzises Feedback fehlt und korrigierende Wiederholungen nicht möglich sind. Möglicherweise sind deshalb die Lernbereitschaft und -fähigkeit der Auszubildenden für den Erwerb therapeutischer Kompetenzen von größerer Bedeutung als ein Arbeitsumfeld, das vielfältige Möglichkeiten zur Umsetzung der erhaltenen Anregungen bereitstellt. Für die Supervision bestätigen Befunde von Rzepka-Meyer, Frank und Vaitl (1998), dass der Einfluss der „reinen“ Berufserfahrung im Hinblick auf die therapeutische Entwicklung nicht relevant ist. Es scheint vielmehr auf die Formen klinisch-therapeutischer Erfahrung anzukommen, die zu einer vertiefenden kognitiv-emotionalen Auseinandersetzung mit therapeutischen Problemen veranlassen (z. B. das Anfertigen von Fallberichten).

Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung sollte deshalb auch darauf abzielen, den Auszubildenden zu vermitteln, wie sie sich die zum Lernen notwendigen Freiräume schaffen und durch aufmerksame Beobachtung und Reflexion der eigenen therapeutischen Tätigkeit ihre Behandlungskompetenzen weiterentwickeln können. Am Ende der Selbsterfahrung sollten Möglichkeiten aufgezeigt bzw. erarbeitet werden, wie die

Teilnehmer/innen sich selbständig mit einem Thema weiterbeschäftigen können. Geeignet ist z. B. eine vertiefende Auseinandersetzung mit der entsprechenden (Fach-) Literatur, die Fortsetzung des Austausch mit anderen Ausbildungsteilnehmer/innen in Eigenregie fortzusetzen oder das Aufgreifen des Themas in der Supervision. Einige Ausbildungsinstitute verwirklichen diesen Ansatz bereits, indem sie Intervisionspartnerschaften (Ubben, 1995) oder eine regelmäßige Kleingruppenarbeit vorsehen. Eine systematische Evaluation der durch diese zusätzlichen Maßnahmen erzielten Lernerfolge steht jedoch noch aus.

9.3.3 Emotionale Beteiligung

Selbsterfahrung soll Lernprozesse unter Einbeziehung aller Verhaltensebenen anstoßen (*erfahrungsorientiertes Lernen*; Döring-Seipel, Schüler & Seipel, 1994, 1995). Die *prozessuale Aktivierung* (Grawe, 1998) ist als wichtiges therapeutisches Wirkprinzip auch für persönliche Veränderungsprozesse in der Selbsterfahrung wesentlich (Caspar, 1998; Seipel & Döring-Seipel, 1998). Die angehenden Therapeutinnen und Therapeuten sollen eigene zentrale Schemata kennenlernen und für die vorbereitete Verhaltenssteuerung sensibler werden, indem sie sie mit ihrem *impliziten Selbst* (Grawe, 1998) auseinandersetzen. Die Aktualisierung zentraler Schemata geht mit intensiven Gefühlen einher (Zimmer, Zimmer & Wagner, 1994). Lern- und Veränderungsprozesse, die das implizite Selbst betreffen, beinhalten als „Lernen durch Erfahrung“ deshalb mehr als eine rein kognitive Auseinandersetzung (Epstein, 1990). Schmelzer (1998) konzipiert Selbsterfahrung als zweistufigen Prozess: Im ersten Schritt machen die Auszubildenden eine emotional bedeutsame Erfahrung, die sie im zweiten Schritt systematisch reflektieren, vor allem auf dem Hintergrund ihrer therapeutischen Tätigkeit.

Die Annahme, dass die Wirksamkeit von Selbsterfahrung entscheidend vom Ausmaß der emotionalen Beteiligung abhängt, ist theoretisch gut begründet jedoch empirisch nicht gesichert. In einer Studie von Lieb (1998a, 1998b) bewerteten die Auszubildenden Konflikte und Krisen, die anfangs mit negativen Gefühlen, nach einer konstruktiven Lösung aber auch mit positiven Gefühlen einhergehen, als wenig relevant für die Wirkung der Selbsterfahrung. Auch die Bedeutung einer eigenen Verhaltensanalyse und Selbstmodifikation, die als persönlicher Einsichts- bzw. Änderungsprozess emotionales Engagement erfordern, wurde als eher gering eingeschätzt.

Auch die vorliegende Studie kann nicht endgültig klären, wie wichtig die emotionale Beteiligung der Teilnehmer/innen für die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung ist. Die Auszubildenden bewerteten eine erlebnis- und handlungsorientierte sowie abwechslungsreiche Didaktik als arbeitserleichternd. Körperübungen, Imagination und Rollenspiele vermittelten ihnen neue Erfahrungen, die sowohl ihre therapeutische Arbeit bereicherten als auch zu ihrer persönlichen Weiterentwicklung beitrugen. Diese didaktischen Elemente waren aus Sicht der Auszubildenden deshalb

sehr wesentlich für die Selbsterfahrung. Kritisch bemerkten sie, wenn die Vermittlung theoretischer Grundlagen zu breiten Raum einnahm, so dass die kognitive Auseinandersetzung mit dem Thema der Selbsterfahrung im Vordergrund stand.

Dennoch waren in den meisten Selbsterfahrungskursen die Veränderungen von Stimmung, innerer Sicherheit und körperlichem Befinden *im Mittel* im Tagesverlauf gering. Dabei unterschieden sich die emotionalen Reaktionen der Teilnehmer/innen auf die Selbsterfahrung deutlich hinsichtlich Richtung und Intensität. Die Veränderungen von Stimmung, innerer Sicherheit und körperlichem Befinden erlaubten keine Vorhersage des subjektiven Gewinns. Es bestand jedoch ein Zusammenhang mit dem Ausmaß der *insgesamt* erlebten emotional-körperlichen Beteiligung. Aber auch hier war das Bild uneinheitlich: Während in den meisten Selbsterfahrungskursen die Teilnehmer/innen mehr Anregungen erinnerten, die eine stärkere emotionale Beteiligung angaben, profitierten in einzelnen Kursen jene Teilnehmer/innen in höherem Maße, deren Stimmung, innere Sicherheit und körperliches Befinden sich im Kursverlauf kaum verändert hatten. Ein systematischer Zusammenhang mit den Inhalten der Selbsterfahrung bestand nicht.

Sowohl theoretisch als auch empirisch ist genauer zu klären, welche Gefühlsqualitäten und –intensitäten das Lernen durch Selbsterfahrung begünstigen. Die unklare Befundlage kann heißen, dass der emotionale Beteiligung in der verhaltenstherapeutischen Selbsterfahrung eine geringere Bedeutung zukommt als bisher angenommen. Allerdings ist hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs eine stärkere Differenzierung erforderlich. Eine Veränderungsmessung zwischen Kursbeginn und Kursende wie in der vorliegenden Studie erlaubt nicht, die Wirkung einzelner Selbsterfahrungsübungen miteinander zu vergleichen, zumal sich im Tagesverlauf die Effekte der Selbsterfahrungsübungen mit allgemeinen Ermüdungserscheinungen vermischen. Weiterführende Erkenntnisse können sich aus der Erfassung der individuellen Bedeutung einzelner Selbsterfahrungsübungen für die Teilnehmer/innen und der sie begleitenden Emotionen ergeben.

9.3.4 Interaktion: Vertrauensbasis und Modellwirkung

In allen Selbsterfahrungskonzepten haben günstige Ausgangsbedingungen und eine gute Arbeitsatmosphäre vor allem in der Eingangsphase einen hohen Stellenwert (vgl. Bruch & Hoffmann, 1996; Laireiter & Elke, 1994; Lieb, 1998b). Kohäsion, wechselseitiges Vertrauen und eine kooperative Arbeitshaltung sollen es den Auszubildenden ermöglichen, sich im Rahmen der Selbsterfahrung zu öffnen und sich auf neue Erfahrungen einzulassen. Diese instrumentellen Gruppenbedingungen (Dziewas, 1980) stellen eine wichtige Voraussetzung dafür dar, dass die angehenden Therapeutinnen und Therapeuten eigene Schwächen wahrnehmen und kritisches Feedback konstruktiv verarbeiten. Empirisch nachgewiesen ist, dass eine vertrauensvolle Supervisionsbeziehung zur gewinnbringenden Zusammenarbeit von Supervisor/in und Supervidierten beiträgt (Allen, Szollos & Williams, 1986; Dodenhoff, 1981; Heppner &

Handley, 1981; Heppner & Roehlke, 1984; Worthen & McNeill, 1996). Nach Scobel (1996) sind qualifizierte Rückmeldungen erfahrener Kolleginnen und Kollegen für die professionelle Entwicklung ganz entscheidend. In der Selbsterfahrung können die Auszubildenden lernen, sich dieser Konfrontation zu stellen.

Aus Sicht der von uns befragten Auszubildenden war die Interaktion mit der Kursleiterin/ dem Kursleiter und mit den anderen Gruppenmitgliedern ein ganz zentraler Bestandteil der Selbsterfahrung. Selbst-Erfahrung war für sie in der Auseinandersetzung mit anderen möglich, die ihnen Feedback und Anregungen gaben. In allen Selbsterfahrungskursen waren die Teilnehmer/innen mit der Arbeitsatmosphäre sehr zufrieden. Zwischen der Zufriedenheit mit der Arbeitsatmosphäre und der Zufriedenheit mit allen anderen Aspekten der Kursgestaltung bestand mit Ausnahme des Verhaltens der anderen Gruppenmitglieder ein enger Zusammenhang. Möglicherweise liegt aus Sicht der Teilnehmer/innen die Verantwortung für die Arbeitsatmosphäre in erster Linie bei der Kursleiterin/ dem Kursleiter. Die Teilnehmer/innen, die mit der Arbeitsatmosphäre zufriedener waren, profitierten subjektiv stärker von der Selbsterfahrung. Bereits in einer Untersuchung von Klicpera (1997) war die positive Bewertung der Supervisionsgruppe und deren Rückmeldungen zu eigenen Stärken und Schwächen für die Selbsteinschätzung des Kompetenzzuwachses entscheidend.

Für Lernprozesse in der Supervision ist die Orientierung an der Supervisorin/ am Supervisor sehr wesentlich (Dixon & Claiborn, 1987; Dorn, 1985). Auch empirisch hat sich das Lernen am Modell als eine der effektivsten Formen der Vermittlung therapeutischer Kompetenzen erwiesen (Halgin & Murphy, 1995; Matarazzo & Garner, 1992; Matarazzo & Patterson, 1986). Angehende Therapeutinnen und Therapeuten beschreiben als wichtigen subjektiven Gewinn von Eigentherapien, ein geeignetes Rollenmodell erlebt zu haben (Mackey & Mackey, 1993, 1994). Nach anfänglicher Idealisierung der Lehrtherapeutin/ des Lehrtherapeuten und Identifizierung mit ihr/ ihm entwickeln sie nach und nach eine differenziertere Sichtweise. Einen vergleichbaren Prozess zunehmender Autonomie und Eigenständigkeit beschreiben auch die Entwicklungsmodelle der Supervision (Hogan, 1964; Loganbill, Hardy & Delworth, 1982; Skovholt & Rønnestad; 1992; Stoltenberg & Delworth, 1987).

Die von uns befragten Auszubildenden erlebten die Kursleiter/innen als sehr vertrauenswürdig und waren mit deren Modellwirkung als Therapeut/in und als Person äußerst zufrieden. Die Teilnehmer/innen, die die Beziehung zur Kursleiterin/ zum Kursleiter besonders positiv bewerteten, erinnerten mehr Anregungen aus der Selbsterfahrung. Maßgeblich für die Umsetzung der Anregungen im therapeutischen Alltag war, dass die Auszubildenden mit der Wirkung der Kursleiterin/ des Kursleiters als Therapeutenmodell zufrieden waren. Auch die freien Angaben der Auszubildenden zeigten, dass das Lernen am Modell für sie ein besonders wichtiger und zugleich arbeitserleichternder Aspekt der Selbsterfahrung war.

In therapeutischen Gruppen können Patientenmodelle (sogenannte *Coping*-Modelle) den Prozess der *Problembewältigung* besser verdeutlichen als Therapeutenmodelle (sogenannte *Mastery*-Modelle) (Fiedler, 1996). Dies gilt sicher auch für Selbsterfahrungsgruppen: Die Auszubildenden profitieren nicht nur davon, die Kursleiter/innen als erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten bei ihrer Arbeit beobachten zu können, sondern erhalten wichtige Anregungen auch dadurch, dass sie andere Auszubildende in Rollenspielen erleben können. Dabei trägt die Identifikation mit und die Abgrenzung von den Kolleginnen und Kollegen zur Erweiterung der therapeutischen Fähigkeiten und zur Ausbildung eines individuellen Arbeitsstils bei. Um günstige Lernvoraussetzungen zu schaffen, sollte die Kursleiterin/ der Kursleiter deshalb nicht nur die eigene therapeutische Expertise einbringen, sondern auch die gegenseitige professionelle Wertschätzung der Gruppenmitglieder fördern. Sie/ er sollte systematisch Situationen herstellen (z. B. in Rollenspielen, anhand von Videoaufnahmen oder Fallbeispielen aus der eigenen Praxis), in denen die angehenden Therapeutinnen und Therapeuten sich mit therapeutischen Handlungsstrategien von anderen auseinandersetzen.

Frühere Befunde unserer Arbeitsgruppe (Schön, Frank & Vaitl, 2001) zeigten, dass in verhaltenstherapeutischen Gruppensupervisionen Gruppenkonflikte eine besondere Herausforderung für die Zusammenarbeit darstellen. Untersucht wurden Supervisionsgruppen, die über drei Jahre hinweg kontinuierlich mit einer Supervisorin/ einem Supervisor zusammenarbeiteten. In einzelnen Gruppen dominierten Konflikte das Supervisionsgeschehen zeitweilig so stark, dass die inhaltliche, an den Ausbildungszielen orientierte Auseinandersetzung in den Hintergrund trat. In den jetzt von uns untersuchten Selbsterfahrungskursen traten entsprechende Konflikte nicht auf bzw. wurden von den Auszubildenden nicht als störend kommentiert. Möglicherweise ist dies auf die wechselnde Zusammensetzung der Selbsterfahrungsgruppen zurückzuführen, deren Zusammenarbeit auf einen Tag beschränkt war. Denkbar ist, dass es den Auszubildenden unter diesen Bedingungen leichter fällt, persönliche Konflikte zurückzustellen und sich auf fachliche Fragen zu konzentrieren. Nicht auszuschließen ist aber auch, dass die Auszubildenden es angesichts ihnen zunächst unbekannter Kursleiter/innen vermeiden, bestehende Gruppenkonflikte offen auszutragen.

Roder et al. (2000) dokumentierten den Verlauf des Gruppenerlebens in einem Selbsterfahrungsprogramm, das sich über vier Wochenenden erstreckte. Am dritten Wochenende wurde das Interaktionsverhalten der Teilnehmer/innen hinsichtlich therapeutisch relevanter Merkmale (z. B. Empathie, Kooperation, Reflexionsvermögen, lösungsorientierte Haltung) durch die Gruppe und die Kursleiter/innen bewertet. Dieses Wochenende erlebten die Auszubildenden als besonders gewinnbringend. Sie beurteilten den eigenen Lernprozess, ihre Selbständigkeit, ihr Wohlbefinden sowie die Verbundenheit mit der Gruppe positiv. Gleichzeitig waren an diesem Wochenende Ärger und Kritik stark ausgeprägt. Dennoch nahmen weder Zurückhaltung, Gehemmtheit und Isolation der Teilnehmer/innen subjektiv zu noch entstand eine

negative Gruppenstimmung. Anders als in einer Studie von Lieb (1998a, 1998b) wurden Konflikte hier als anregend wahrgenommen. Es bedarf weiterer Forschung, um zu klären, wie das entwicklungsförderliche Potenzial von schwierigen Interaktionssituationen in der Selbsterfahrung gezielt genutzt werden kann (vgl. Lieb, 1998d).

Den interpersonalen Beziehungen kommt in der Selbsterfahrung mindestens in dreifacher Hinsicht große Bedeutung zu: Eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre vermittelt den Auszubildenden Sicherheit, fördert ihre Offenheit und stellt damit eine günstige Voraussetzung für individuelle Lernprozesse dar. Die Interaktion mit der Kursleiterin/ dem Kursleiter und den anderen Gruppenmitgliedern bietet den Auszubildenden die Möglichkeit, durch Lernen am Modell, d. h. durch die Identifikation mit und die Abgrenzung von anderen, das eigene Repertoire therapeutischer Strategien zu erweitern und ihre professionelle Identität weiterzuentwickeln. Zugleich können die interpersonalen Beziehungen in der Selbsterfahrung als Diagnostikum und Erprobungsfeld für die Beziehungsfertigkeiten der angehenden Therapeutinnen und Therapeuten genutzt werden, sowohl in Rollenspielen als auch im direkten Kontakt mit den anderen Gruppenmitgliedern.

9.4 Ausblick

Seipel (1998) konzipiert Selbsterfahrung als eine besondere Form des Lernens, die nicht auf der kognitiven Ebene ansetzt, sondern auf emotional-körperlichen Prozessen beruht. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit deuten jedoch nicht darauf hin, dass in der Selbsterfahrung grundsätzlich andere Lernprozesse angestoßen werden als in der Supervision oder in Kursen zur theoretischen Vertiefung. Der inhaltliche und didaktische Schwerpunkt der Selbsterfahrung ist ausschlaggebend dafür, in welchem Ausmaß die Teilnehmer/innen sich persönlich angesprochen fühlen und emotional beteiligt sind.

Als lernförderlich beschreiben die Auszubildenden interne und externe Bedingungen, die Lernen generell begünstigen und die nicht nur die Selbsterfahrung, sondern auch die Supervision und Kurse zur theoretischen Vertiefung bereichern. Das implizite Selbsterfahrungskonzept der Auszubildenden zeigt, wie wichtig es ihnen ist, individuelle Bezüge zu den bearbeiteten Themen herzustellen (*selbstbestimmtes/ signifikantes Lernen* nach Rogers, 1974). Arbeitserleichternd sind für sie vor allem Vermittlungsmethoden mit ausgeprägter erlebnismäßiger Komponente, z. B. Körperübungen, Imagination und Rollenspiele (*prozessuale Aktivierung* nach Grawe, 1998). Die Kursleiter/innen sollten die Teilnehmer/innen von Anfang an in die Kursgestaltung einbeziehen und durch Selbsterfahrungsübungen, Gruppendiskussionen und gezielte Reflexionsphasen ihre aktive Beteiligung fördern. Das Engagement der angehenden Therapeutinnen und Therapeuten für ihre professionelle und persönliche Weiterentwicklung - auch im Sinne der selbstverantwortlichen Gestaltung von Lern-

prozessen - ist theoretisch wie empirisch von zentraler Bedeutung für den Kompetenzerwerb.

Ein weiteres wesentliches Ergebnis der vorliegenden Arbeit ist, dass den Selbsterfahrungskursen je nach inhaltlichem Schwerpunkt unterschiedliche Anregungen entnommen werden. Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung darf sich deshalb weder auf ein im wesentlichen durch die Gruppendynamik getragenes Vorgehen (z. B. Hippler, 1994; Roder, 1994) noch auf ein Vorgehen nach dem „Gießkannen-Prinzip“ („von jedem etwas“) (Mackinger, 1995; Schmelzer, 1994a, 1998) beschränken. Nach wie vor besteht großer Diskussions- und Klärungsbedarf, welche Lernziele für die Verhaltenstherapie-Ausbildung zentral sind und in der Selbsterfahrung Vorrang haben sollten. Eine lernzielorientierte Evaluation der Selbsterfahrung ist nur auf der Basis einer präzisen Bestimmung und Operationalisierung dieser Lernziele möglich. Für die verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung bietet das Konzept der Selbstregulation einen geeigneten theoretischen Rahmen zur Ableitung von Lernzielen. Es verbindet verhaltenstheoretische Vorstellungen vom Selbst (Epstein, 1990; Grawe, 1998; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996), die auch für die Durchführung von Verhaltenstherapien maßgeblich sind, mit empirisch fundierten Modellen der Vermittlung und des Erwerbs therapeutischer Kompetenzen.

10 Zusammenfassung

Selbsterfahrung ist heute ein fester Bestandteil der Ausbildung von Verhaltenstherapeutinnen und -therapeuten. Die Entwicklung theoretischer Konzepte und die lernzielorientierte Evaluation von Selbsterfahrungsprogrammen hat jedoch gerade erst begonnen.

Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung soll die therapeutische Kompetenz der Auszubildenden fördern, indem systematisch eine intensive Auseinandersetzung mit dem eigenen Erleben und Verhalten angeregt wird. Ziel ist es, durch die Reflexion subjektiv bedeutsamer Erfahrungen und das Experimentieren mit neuen Denk- und Verhaltensmöglichkeiten die Selbstregulationsfähigkeit der angehenden Therapeutinnen und Therapeuten zu verbessern. Die Auszubildenden sollen für die Stärken und Schwächen ihrer Handlungsstrategien sensibilisiert und bei der Entwicklung eines eigenständigen therapeutischen Arbeitsstils unterstützt werden.

Vorrangiges Anliegen der vorliegenden Studie war es, Qualitätsmerkmale verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung aus Sicht der Auszubildenden zu bestimmen. Untersucht wurden Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität von 22 themenzentrierten Selbsterfahrungskursen, die im Rahmen der postgradualen Verhaltenstherapie-Ausbildung am Fachbereich Psychologie der Universität Gießen durchgeführt wurden. Im Zentrum des Interesses standen die Lernbereitschaft und die emotionale Beteiligung der Auszubildenden sowie die Modellwirkung der Kursleiterin/ des Kursleiters und die Arbeitsatmosphäre. Ergänzend wurden Kommentare der Auszubildenden zu arbeits erleichternden und störenden Aspekten der Selbsterfahrung erfasst. Vier Wochen nach jedem Kurs wurde der subjektive Gewinn für die therapeutische Arbeit und die persönliche Entwicklung ermittelt.

Die Selbsterfahrung wurde insgesamt sehr positiv bewertet. Berufs- und personbezogene Selbsterfahrungskurse boten den Auszubildenden eine breite Palette von Anregungen, die sie in ihrer therapeutischen Tätigkeit aber auch außerhalb des Arbeitskontextes umsetzten. Dabei stand die Regulation des eigenen Verhaltens in der Interaktion mit Patientinnen und Patienten im Vordergrund. Wichtig und arbeits erleichternd war aus Sicht der Teilnehmer/innen, dass die behandelten Themen eine hohe therapiepraktische *und* persönliche Relevanz aufwiesen. Als lernförderlich beschrieben sie eine erlebnisorientierte, abwechslungsreiche Didaktik sowie ein strukturiertes und zielorientiertes Vorgehen. Der subjektive Gewinn durch die Selbsterfahrung war für jene Auszubildenden größer, die eine hohe Lernbereitschaft mitbrachten und mit der Modellwirkung der Kursleiterin/ des Kursleiters und mit der Arbeitsatmosphäre besonders zufrieden waren.

Implikationen dieser Befunde für die Konzeption und Durchführung von Selbsterfahrungskursen werden diskutiert.

11 Literatur

- Ahlers, C. (1996). Selbsterfahrung in der systemischen Ausbildung. *Psychotherapie-Forum*, 4, 217-222.
- Alberts, G. & Edelstein, B. (1990). Therapist training: A critical review of skill training studies. *Clinical Psychology Review*, 10, 497-511.
- Allen, G. J., Szollos, S. J. & Williams, B. E. (1986). Doctoral students' comparative evaluations of best and worst psychotherapy supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 91-99.
- Allstetter Neufeldt, S., Karno, M. P. & Nelson, M. L. (1996). A qualitative study of experts' conceptualization of supervisee reflectivity. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 3-9.
- Anderson, J. R. (1982). Aquisition of cognitiv skill. *Psychological Review*, 89, 369-406.
- Anderson, J. R. (1987). Skill aquisition: Compilation of weak-method problem solutions. *Psychological Review*, 94, 192-210.
- Bereiter, C. & Scardamalia (1986). Educational relevance of the study of expertise. *Interchange*, 17, 10-19.
- Beutler, L. E., Crago, M. & Arizmendi, T. G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (3rd ed., pp. 257-310). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. & Allstetter Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed., pp. 229-269). New York: Wiley.
- Binder, J. L. (1993). Is it time to improve psychotherapy training? *Clinical Psychology Review*, 13, 301-318.
- Bootzin, R. R. & Ruggill, J. S. (1988). Training issues in behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 703-709.
- Butschek, C. & Werdigier, R. (1994). Therapeuten unterliegen den Lernprinzipien ebenso wie Patienten - Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 171-180). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Bruch, M. H. (1996). Was bringt die Zukunft? In M. Bruch & N. Hoffmann (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* (S. 247-270). Heidelberg: Springer.
- Caspar, F. (1989). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Hans Huber.
- Caspar, F. (1994). Selbsterfahrung aus der Sicht des Plananalyse-Ansatzes. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 109-120). Tübingen: DGVT-Verlag.

- Caspar, F. (1998). Selbsterfahrung und Psychotherapie als kreatives Handeln. In H. Lieb (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten* (S. 69-90). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Caspar, F. & Grawe, K. (1992). Psychotherapie: Anwendung von Methoden oder ein heuristischer interagierender Prozeß? *Report Psychologie*, 7, 10-22.
- Cremerius, J. (1992). Der Lehranalytiker begeht jeden einzelnen dieser Fehler. In U. Streek & H.-V. Werthmann (Hrsg.), *Lehranalyse und psychoanalytische Ausbildung* (S. 52-69). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Crombach, G. & Kinzl, J. (1994). Berufsorientierte Selbsterfahrung für Ausbildungskandidaten: Theoretische Überlegungen und erste praktische Erfahrungen. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 160-170). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Crits-Christoph, P. & Mintz, J. (1991). Implications of the therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 20-26.
- Dixon, D. & Claiborn, C. (1987). A social influence approach to counselor supervision. In J. Maddux, C. Stoltenberg & R. Rosenwein (Eds.), *Social Processes in Clinical and Counseling Psychology*. (83-93). New York: Springer.
- Dodenhoff, J. T. (1981). Interpersonal attraction and direct-indirect supervisor influence as predictors of counselor trainee effectiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 47-62.
- Döring-Seipel, E., Schüler, P. & Seipel, K. H. (1994). Konzept eines Trainings „zielorientierte Selbstreflexion“ (Selbsterfahrung) für Therapeuten. In I. Plath & S. Kowal (Hrsg.), *Beiträge zur psychologischen Wissensvermittlung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung* (S. 63-74). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Döring-Seipel, E., Schüler, P. & Seipel, K. H. (1995). Selbsterfahrung für Verhaltenstherapeuten: Konzept eines Trainings zielorientierter Selbstreflexion: Erste Erfahrungen. *Verhaltenstherapie*, 5, 138-148.
- Dorn, F. (1985). Utilizing the social influence model in clinical supervision. *The Clinical Supervisor*, 3, 77-84.
- Dorsch, F., Häcker, H. & Stapf, K.-H. (Hrsg.). (1992). *Psychologisches Wörterbuch* (11. ergänzte Aufl.). Bern: Huber.
- Dreyfus, H. L. & Dreyfus, E. J. (1987). Künstliche Intelligenz. Reinbek: Rowohlt.
- Dziewas, H. (1980). Instrumentelle Gruppenbedingungen als Voraussetzung des individuellen Lernprozesses. In K. Grawe (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in Gruppen* (27-55). München: Urban & Schwarzenberg.
- D’Zurilla, T. J. & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Ellis, M. V., Ladany, N., Krenzel, M. & Schult, D. (1996). Clinical supervision research from 1981-1993: A methodological critique. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 35-50.

- Epstein, S. (1983). The unconscious, the preconscious, and the self-concept. In S. Suls & A. G. Greenwald (Eds.), *Psychological perspectives on the self* (pp. 219-247). Hillsdale: Erlbaum.
- Epstein, S. (1990). Cognitive-Experiential Self-Theory. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 165-192). New York: Guilford.
- Ericsson, K. A. & Charness, N. (1994). Expert performance: Its structure and acquisition. *American Psychologist*, 8, 725-747.
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T. & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, 100, 363-406.
- Everts, D. B. (1990). Leertherapie, een kwestie van affect of effect? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 16, 3-11.
- Ewan, J. & Duncan, P. (1993). Personal therapy in the training of psychologists. *Canadian Psychology*, 34, 186-197.
- Fengler, J. (1984). Kriterien zur Beurteilung von Selbsterfahrungs-Angeboten in der Erwachsenenbildung. *Gruppendynamik*, 15, 313-322.
- Fengler, J. (1994). *Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation* (3. Aufl.). München: Pfeiffer.
- Ferenczi, S. (1928/1982). Das Problem der Beendigung von Analysen. In M. Balint (Hrsg.), *Sandor Ferenczi: Schriften zur Psychoanalyse, Bd. 2* (S. 227-336). Frankfurt: Fischer.
- Fiedler, P. (1986). Verhaltenstherapie in Gruppen: Überblick und Perspektiven. *Gruppendynamik*, 17, 341-360.
- Fiedler, P. (1996). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Frischenschlager, O. (1996). Idee und Wandel der Selbsterfahrung in der Psychoanalyse. *Psychotherapie-Forum*, 4, 187-193.
- Frank, R. (1996). Das Gießener Weiterbildungsmodell in Klinischer Psychologie/Verhaltenstherapie: Konzepte und Ergebnisse. In H. S. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.). *Verhaltenstherapie – Selbstregulation – Selbstmanagement* (S. 457-475). Göttingen: Hogrefe.
- Frank, R. (1999a). Qualitätssicherung durch Psychotherapie-Supervision. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch* (S. 647-682). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Frank, R. (1999b). Die Relevanz der Supervisionsforschung für die Praxis der Psychotherapie. In H. Petzold & M. Märtens (Hrsg.), *Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis* (Bd. 1) (S. 327-349). Paderborn: Junfermann.
- Frank, R. (1999c). Verhaltenstherapeutische Weiterbildung in Deutschland: Bilanz und Ausblick. *Verhaltenstherapie*, 9, 44-51.

- Frank, R. (2000). Wohlbefinden von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: Evaluation von Selbsterfahrung während der Aus- und Weiterbildung. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie – Empirische Befunde* (S. 539-571). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Frank, R. & Vaitl, D. (1998). Forschung zur verhaltenstherapeutischen Weiterbildung in Deutschland. *Verhaltenstherapie*, 8, 230-233.
- Frank, R., Walter, B. & Vaitl, D. (1992). Spannungsfeld Supervision: Eine Verlaufsstudie zur Beziehung zwischen Supervisoren und Supervidierten während einer verhaltenstherapeutischen Supervision. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 265-294). München: Röttger.
- Frank, R., Rzepka, U. & Vaitl, D. (1996). Auswirkungen von Psychotherapie-Supervision auf die Entwicklung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In H. Bents, R. Frank & E.-R. Rey (Hrsg.), *Erfolg und Mißerfolg in der Psychotherapie* (S. 218-239). München: Röttger.
- Freud, A. (1966). Auswahlverfahren im idealen Lehrinstitut. Eine Utopie. In *Die Schriften der Anna Freud IX* (S. 2433-2438). München: Kindler.
- Glaser, R. (1996). Changing the agency for learning: Acquiring expert performance. In K. A. Ericsson (Ed.), *The road to excellence: The acquisition of expert performance in the arts and sciences, sports and games* (pp. 303-311). New Jersey: Erlbaum.
- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 215-244). München: Röttger.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. R. (1990). Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, ganzes Heft.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1995). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Gruber, H. (1999). Erfahrung als Grundlage beruflicher Kompetenz. In W. Hacker & M. Rinck (Hrsg.), *Schwerpunktthema „Zukunft gestalten“ (Bericht über den 41. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie)* (S. 255-263). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Gruber, H. & Mandl, H. (1996). Das Entstehen von Expertise. In J. Hoffmann & W. Kintsch (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Serie: Kognition, Lernen (Bd. 7)* (S. 583-615). Göttingen: Hogrefe.
- Guy, J. D., Stark, M. J. & Poelstra, P. L. (1988). Personal therapy for psychologists before and after entering professional practice. *Professional Psychology*, 19, 474-476.

- Halgin, R. P. & Murphy, R. A. (1995). Issues in the training of psychotherapists. In M. Bongar (Ed.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (Vol. 1) (pp. 434-455). New York: University press.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., Strupp, H. H., Butler, S. F. & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses to training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 441-447.
- Heppner, P. P. & Handley, P. G. (1981). A study of oft the interpersonal influences process in supervision. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 437-444.
- Heppner, P. P. & Roehlke, H. J. (1984). Differences among supervisees at different levels of training: Implications for a developmental model of supervision. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 76-90.
- Hippler, B. (1994a). Personorientierte Selbsterfahrung in der Ausbildung zur VerhaltenstherapeutIn: Theoretische Grundlagen. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 32-44). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Hippler, B. (1994b). Personorientierte Selbsterfahrung in der Ausbildung zur VerhaltenstherapeutIn: Praktische Umsetzung. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 139-159). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Hippler, B. (1998). Personorientierte Selbsterfahrung in der Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten. In H. Lieb (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten* (S. 153-201). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Hogan, R. A. (1994). Issues and approaches in supervision. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1, 139-141.
- Holloway, E. L. (1992). Developmental models of supervision: Is it development? *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 209-216.
- Holloway, E. L. & Allstetter Neufeldt, S. (1995). Supervision: Its contributions to treatment efficacy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63, 207-213.
- Holzman, L. A., Searight, H. R. & Hughes, H. M. (1996). Clinical psychology graduate students and personal psychotherapy: Results of an exploratory survey. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 98-101.
- Hopffgarten v. Laer, A. & Mempel, s. (1998). Evaluation der verhaltenstherapeutischen Ausbildung am Institut für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie (IFKV), Bad Dürkheim. *Verhaltenstherapie*, 8, 259-262.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Hoyer, J. & Stangier, U. (2000). Wirkt sich Selbsterfahrung in der Ausbildung auf die Qualität der Therapiestunden aus? Pilotstudie und Forschungsvorschläge. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Empirische Befunde* (S. 525-538). Tübingen: DGVT-Verlag.

- Hunter, J. E. & Schmidt, F. L. (1990). *Methods of meta-analysis. Correcting error and bias in research findings*. Newbury Park: Sage Publications.
- James, W. (1890). *The principles of psychology (Vol. 1)*. New York: Holt.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie (2. Aufl.)*. Berlin: Springer.
- Keil, W. W. (1996). Lehrtherapie im klientenzentrierten Ansatz. *Personzentriert*, 2, 7-33.
- Kirkpatrick, D. L. (1979). Techniques for evaluating training programs. *Training and Development Journal*, 33, 78-92.
- Klicpera, Ch. (1997). Ausbildung in systemischer Familientherapie: Qualität und wirksame Faktoren im Urteil der Absolventen. In M. Scholze, B. Rauscher-Gföhler & Ch. Klipcera (Hrsg.), *Unterwegs in der systemischen Familientherapie: Reflexionen und Beispiele* (S. 182-210). Wien: Facultas.
- Knickenberg, R. J. (1994). Selbsterfahrung: Historischer Rückblick und heutiger Stand in der Verhaltenstherapie. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 25, 41-45.
- Kolodner, J. L. (1997). Educational implications of analogy. A view from case-based reasoning. *American Psychologist*, 52, 57-66.
- Korbei, L. (1996). Zur Idee der Selbsterfahrung in der Ausbildung zum/zur klientenzentrierten Psychotherapeuten/Psychotherapeutin. *Psychotherapie-Forum*, 4, 203-209.
- Kutter, P. (1996). Selbsterfahrung in der psychotherapeutischen Ausbildung. Thesen, Erfahrungen, Synthese. *Psychotherapie-Forum*, 4, 181-186.
- Krüll, M. (1992). Die epistemologische Herausforderung des feministischen und des systemischen Denkens. In I. Rücker-Embsen-Jonasch & A. Ebbecke-Nohlen (Hrsg.), *Balanceakte* (S. 16-33). Heidelberg: Carl Auer.
- Laireiter, A.-R. (1994a). Ansätze einer konzeptuellen und funktionalen Präzisierung des Begriffes Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 243-281). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Laireiter, A.-R. (1994b). Zum gegenwärtigen Stand der Implementierung von Selbsterfahrung in deutschsprachige Ausbildungscurricula in Verhaltenstherapie. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 201-226). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Laireiter, A.-R. (1998a). Funktionen und Modelle von Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. In H. Lieb (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten* (S. 21-44). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Laireiter, A.-R. (1998b). Den Rest in die Selbsterfahrung: Selbsterfahrung als Projektionsfeld unerledigter Themen in der Verhaltenstherapie. In H. Lieb

- (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten* (S. 269-295). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Laireiter, A.-R. (2000a). Selbsterfahrung in der Psychotherapie: 1. Inanspruchnahme von Psychotherapie durch PsychotherapeutInnen. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie – Empirische Befunde* (S. 45-88). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Laireiter, A.-R. (2000b). Selbsterfahrung in der Psychotherapie: 2. Evaluation: Effekte von Eigentherapie und Selbsterfahrung auf die Person des Therapeuten, seine therapeutische Kompetenz und die Prozeß- und Ergebnisqualität der Psychotherapie. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie – Empirische Befunde* (S. 89-233). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Laireiter, A.-R. & Elke, G. (Hrsg.). (1994a). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Laireiter, A.-R. & Elke, G. (1994b). Zur Bedeutung von Selbsterfahrung für die Verhaltenstherapie: Einleitung und Überblick. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 1-13). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Laireiter, A.-R. & Fiedler, P. (1996). Selbsterfahrung und Eigentherapie. In M. Bruch & N. Hoffmann (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* (S. 82-123). Berlin: Springer.
- Laireiter, A.-R. & Vogel, H. (1998). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Lambert, M. J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 57, 469-485.
- Lambert, M. J. & Arnold, R. C. (1987). Research and the supervisory process. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 217-224.
- Lange, A. (1994). Nicht-schulenspezifische Faktoren und die Pflicht zur Lehrtherapie: Eine kritische Auseinandersetzung. *Psychologische Rundschau*, 45, 148-156.
- Langer, A. & Frank, R. (1999). Erfassung verhaltenstherapeutischer Kompetenzen durch direkte Verhaltensbeobachtung: Entwicklung eines Beobachtungsbogens für eine kriterienorientierte Supervision. *Verhaltenstherapie*, 9, 30-37.
- Lehr, D. (1994). Zum Stellenwert lerntheoretisch fundierter Selbstreflexion im Rahmen der Ausbildung von Verhaltenstherapeuten. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 121-125). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Liaboe, G. P., Guy, J. D., Wong, T. & Deahnert, J. R. (1989). The use of personal therapy by psychotherapists. *Psychotherapy in Private Practice*, 7, 115-134.
- Lieb, H. (1994). Selbsterfahrung als Selbstreferenz. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 80-105). Tübingen: DGVT-Verlag.

- Lieb, H. (1998a). Einleitung und Überblick. In H. Lieb (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten* (S. 1-9). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Lieb, H. (Hrsg.). (1998b). *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Lieb, H. (1998c). Veränderungen und Wirkvariablen in der Selbsterfahrung aus Sicht der Teilnehmer: Resultate einer Evaluationsstudie. *Verhaltenstherapie*, 8, 270-278.
- Lieb, H. (1998d). Was bewirkt Selbsterfahrung? Resultate einer Evaluationsstudie im Institut für Aus- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie (IFKV) Bad Dürkheim. In H. Lieb (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten* (S. 225-268). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Lieb, H., Weyrauch, M., Langlotz-Weis, M. & Koppenhöfer, E. (1998). Selbsterfahrung im IFKV: Konzept - Zielsetzung - Praxis. In H. Lieb (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten* (S. 109-136). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Lindenmeyer, J. (1997). Supervision und Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H. C. Vollmer (Hrsg.), *Die Person des Therapeuten in der Behandlung Suchtkranker – Persönlichkeit und Prozeßqualität* (S. 95-115). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lissmann, U. (1997). *Inhaltsanalyse von Texten*. Landau: Verlag Empirische Pädagogik.
- Loganbill, D., Hardy, E. & Delworth, U. (1982). Supervision: A conceptual model. *Journal of Counseling Psychology*, 10, 3-42.
- Luhmann, N. (1988). *Macht*. Stuttgart: Enke.
- Luhmann, N. (1991). *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie* (3. Aufl.). Frankfurt: Suhrkamp.
- Lutz, R. (1981). Verhaltenstherapeutisch fundierte Selbsterfahrung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 13, 608-618.
- Macaskill, N. D. (1988). Personal therapy in the training of the psychotherapist: Is it effective? *British Journal of Psychotherapy*, 4, 219-226.
- Macaskill, N. & Macaskill, A. (1992). Psychotherapists-in-training evaluate their therapy: Results of a UK survey. *British Journal of Psychotherapy*, 9, 133-138.
- Mackey, R. A. & Mackey, E. F. (1993). The value of personal psychotherapy to clinical practice. *Clinical Social Work Journal*, 21, 97-110.
- Mackey, R. A. & Mackey, E. F. (1994). Personal psychotherapy and the development of a professional self. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 75, 490-498.
- Mackinger, H. (1995). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Praxismanual*. Bergheim: Mackinger.
- Mahoney, M. J. (1997). Psychotherapists' personal problems and self-care patterns. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 14-16.

- Manteufel, A. & Schiepek, G. (1994). Kontextbezogene Selbsterfahrung und Systemkompetenz. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 57-79). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Margraf, J. (1996). Grundprinzipien und historische Entwicklung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd. 1) (S. 1-30). Berlin: Springer.
- Margraf, J. & Brengelmann, J. C. (Hrsg.) (1992). *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. München: Röttger.
- Matarazzo, R. G. & Garner, A. M. (1992). Research on training for psychotherapy. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy. A century of change* (pp. 850-877). Washington: APA.
- Matarazzo, R. G. & Patterson, D. R. (1986). Methods of teaching therapeutic skills. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 821-843). New York: Wiley.
- Mayring, P. (1997). *Qualitative Inhaltsanalyse* (6. durchgesehene Aufl.). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Murray, D. W. (1993). What is the western concept of the self? On forgetting David Hume. *Ethos*, 21, 3-23.
- Norcross, J. C. (1990). Personal therapy for therapists: One solution. *Psychotherapy in Private Practice*, 8, 45-59.
- Norcross, J. C. & Prochaska, J. O. (1982). A national survey of clinical psychologists: Characteristics and activities. *The Clinical Psychologist*, 38, 1-8.
- Olk, M. E. & Friedlander, M. L. (1992). Trainees' experiences of role conflict and role ambiguity in supervisory relationships. *Journal of counseling psychology*, 39, 389-397.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed., pp. 270-376). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (3rd ed., pp. 311-384). New York: Wiley.
- Parloff, M. B., Waskow, I. E. & Wolfe, B. E. (1978). In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and behavior change* (2nd ed., pp. 233-282). New York: Wiley.
- Petzold, H. G., Hass, W. & Märtens, M. M. (1998). Qualitätssicherung durch Evaluation in der Psychotherapie-Ausbildung: Ein Beitrag aus dem Bereich der Integrativen Therapie. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Ein Werkstattbuch* (S. 683-711). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Petzold, H. G. & Steffan, A. (2000). Selbsterfahrung in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen: Empirische Perspektiven aus der Sicht Integrativer Therapie. In

- A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie – Empirische Befunde* (S. 297-327). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Pieringer, W. & Laireiter, A.-R. (1996). Selbsterfahrung in der Ausbildung in Psychotherapie. *Psychotherapie-Forum*, 4, 175-180.
- Pope, K. S. & Tabachnick, B. G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 247-258.
- Rappe-Giesecke, K. (1990). *Theorie und Praxis der Gruppen- und Teamsupervision*. Berlin: Springer.
- Reimer, Ch. (1996). Ethische Aspekte der Psychotherapie. In Reimer, Ch., Eckert, J., Hautzinger, M. & Wilke, E. (Hrsg.), *Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (S. 536-554). Berlin: Springer.
- Reimer, Ch. (1997). Gefahren bei der Ausübung des psychotherapeutischen Berufes. *Psychotherapeut*, 42, 307-313.
- Reimer, M., Schüler, P. & Ströhm, W. (1998). Qualitätssicherung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung. In Laireiter, A.-R. & Vogel, H. (Hrsg.). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch* (S. 621-645). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Reinecker, H. & Schindler, L. (1996). Aus- und Weiterbildung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie (Bd. 1)* (S. 491-498). Berlin: Springer.
- Reiter-Theil, S. (1996). Ethische Probleme in der Klinischen Psychologie. In A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.), *Grundlagen der Klinischen Psychologie - Enzyklopädie für Klinische Psychologie (Bd. 1)* (S. 937-955). Göttingen: Hogrefe.
- Ringler, M. (1980). Selbsterfahrung und therapeutische Kompetenz in der Verhaltenstherapie. In W. Schulz & M. Hautzinger (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie, Bd. 1* (S. 231-241). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Ringler, M. (1994). Ein Blick über den Gartenzaun: Lehranalyse und Selbsterfahrung in der Psychoanalyse. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 126-135). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Ringler, M. (1996). Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Was sagt die Psychoanalyse? In M. Bruch & N. Hoffmann (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* (S. 23-35). Heidelberg: Springer.
- Roder, V. (1994). Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapieausbildung: Standort und praktische Vorgehensweise. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 181-197). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Roder, V., Dubius, Ch., Lächler, M. & Hecht, H. (2001). Selbsterfahrung in der Weiterbildung von Verhaltenstherapeuten: Überblick, Darstellung und erste Evaluation eines Konzepts. *Verhaltenstherapie*, 11, 94-103.
- Rogers, C. R. (1973). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett.

- Rogers, C. R. (1974). *Lernen in Freiheit. Zur Bildungsreform in Schule und Universität*. München: Kösel.
- Rothery, N. (1992). Personal growth work in the training of counselling and clinical psychologists in Ireland. *Irish Journal of Psychology*, 13, 168-175.
- Rücker-Embsen-Jonasch, I. (1993). Selbsterfahrung in der familientherapeutischen Weiterbildung. *Kontext*, 23, 36-45.
- Rust, H. *Inhaltsanalyse*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Rzepka-Meyer (1997). *Supervision von Verhaltenstherapien: Eine Längsschnittstudie zur Entwicklung von Therapeuten*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Rzepka-Meyer, U., Frank, R. & Vaitl, D. (1998). Entwicklung therapeutischer Kompetenzen: Zur Rolle von Therapieerfahrung und Reflexionsbereitschaft. *Verhaltenstherapie*, 8, 200-207.
- Schindler, L. (1991). *Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung*. Berlin: Springer.
- Schmelzer, D. (1994a). Berufszentrierte Selbsterfahrung: Das Konzept der Zielorientierten Selbstreflexion". In A.-R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 45-56). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Schmelzer, D. (1994b). Zur Bedeutung von „Selbsterfahrung“, „Selbstreflexion“ und „Selbstmodifikation“ in der Ausbildung von Verhaltenstherapeuten. In R. Frühmann & H. Petzold (Hrsg.), *Lehrjahre der Seele: Lehranalyse, Selbsterfahrung, Eigentherapie in den psychotherapeutischen Schulen* (S. 257-301). Paderborn: Junfermann.
- Schmelzer, D. (1996). Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie - Grunderfordernis, Luxus oder notwendiges Übel? In M. Bruch & N. Hoffmann (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* (S. 125-194). Berlin: Springer.
- Schmelzer, D. (1998). Berufsbezogene Selbsterfahrung/ Selbstreflexion nach dem Selbstmanagement-Ansatz. In H. Lieb (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten* (S. 57-68). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Schmelzer, D. & Pöhlmann, K. (1996). Wichtige Themen und Inhalte verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 17, 113-130.
- Schön, K., Frank, R. & Vaitl, D. (1998). Wenn Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer mit ihrer Selbsterfahrung zufrieden sind: Zum prognostischen Aussagewert der Zufriedenheitsbeurteilung. *Verhaltenstherapie*, 8, 279-285.
- Schwarz, D. (1986). Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. In F. Lamprecht (Hrsg.), *Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie* (S. 404-407). Berlin: Springer.
- Schwitzgebel, R. K. & Kolb, D. A. (1978). *Systematische Verhaltensänderung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Scobel, W. A. (1996). Selbsterfahrung – interdisziplinär, inhaltsanalytisch. In M. Bruch & N. Hoffmann (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* (S. 63-81). Berlin: Springer.
- Seipel, K. H. (1998). Praxis verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung. In H. Lieb (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten* (S. 137-152). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Seipel, K. H. & Döring-Seipel, E. (1998). Wem oder was nützt Selbsterfahrung? Von den Schwierigkeiten mit der Lernzielkontrolle. In H. Lieb (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten* (S. 45-55). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Skovholt, T. M & Rønnestad, M. H. (1992). *The evolving professional self: Stages and themes in the therapist and counselor development*. Chichester: Wiley.
- Stein, D. M. & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 182-196.
- Stoltenberg, C. C. & Delworth, U. (1987). *Supervising counselors and therapists: A developmental approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Svartberg, M. & Stiles, T. C. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic therapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 704-714.
- Teegen, F. (1977). Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung: Untersuchungsergebnisse, Didaktik, spezielle Probleme der Selbstkontrolle. *Mitteilungen der DGVT, Sonderheft II* (S. 138-158). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Ubben, B. (1995). Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung als Selbstmanagement-Training. *Verhaltenstherapie*, 5, 232-238.
- Ubben, B. (1998). Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung als Selbstmanagement-Training. In H. Lieb (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten* (S. 203-224). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Vogel, G. & Schulte, D. (1991). Der Prozess therapeutischer Entscheidungen. In D. Schulte (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungen* (S. 151-180). Göttingen: Hogrefe.
- Vogt, I. & Arnold, E. (1993). *Sexuelle Übergriffe in der Therapie. Anleitungen zur Selbsterfahrung und zum Selbstmanagement (Ausbildungsmanual 1)*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Walter, B. (2000). *Die Prognose des Therapieerfolgs bei lumbalen Rückenschmerzen*. Regensburg: Roderer-Verlag.
- Wäß, A. (1997). *Zur Evaluation von Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung*. Unveröff. Dipl.Arbeit, Justus-Liebig-Universität, Gießen.
- Westmeyer, H. (1979). Die rationale Rekonstruktion einiger Aspekte psychologischer Praxis. In H. Albert & K. H. Stapf (Hrsg.), *Theorie und Erfahrung* (S. 139-161). Stuttgart: Klett.

- Willutzki, U., Botermanns, J. F. & SPR Collaborative Research Network (1997). Ausbildung in Psychotherapie in Deutschland und der Schweiz und ihre Bedeutung für die therapeutische Kompetenz. *Psychotherapeut*, 42, 282-289.
- Wheeler, S. (1991). Personal therapy: An essential aspect of counsellor training, or a distraction from focussing on the client? *International Journal for the Advancement of Counselling*, 14, 193-202.
- Wlazlo, Z. (1995). *Soziale Phobie. Eine Anleitung zur Durchführung einer Exposition in vivo*. Freiburg: Karger.
- Worthen, V. & McNeill, B. W. (1996). A phenomenological investigation of „good“ supervision events. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 25-34.
- Zimmer, D. (Hrsg.). (1983). *Die therapeutische Beziehung*. Weinheim: Edition Psychologie.
- Zimmer, D. & Zimmer, F. (1992). Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und Gestaltungsmöglichkeiten. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 11-37). München: Röttger.
- Zimmer, D. & Zimmer, F. (1998). Wie hilfreich sind die Bausteine einer Verhaltenstherapie-Weiterbildung? *Verhaltenstherapie*, 8, 254-257.
- Zimmer, F. T., Zimmer, D. & Wagner, W. (1994). Selbsterfahrung in der verhaltenstherapeutischen Weiterbildung. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 17-31). Tübingen: DGVT-Verlag.

Anhang

- Beurteilungsbogen I (Angaben zum aktuellen Befinden)
- Beurteilungsbogen II (Angaben zur Zufriedenheit mit der Selbsterfahrung)
- Beurteilungsbogen III (Angaben zum Nutzen der Selbsterfahrung)

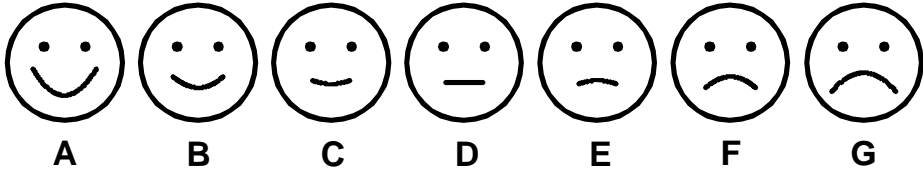
Name:

Datum:

am Beginn: am Ende:

(1) MEINE STIMMUNG...

Welches Gesicht verdeutlicht am besten, wie **Sie** sich **jetzt, in diesem Moment** fühlen?
 (Bitte kreuzen Sie den Buchstaben unter dem zutreffenden Gesicht an.)



A B C D E F G

(2) Mein KÖRPERLICHES BEFINDEN in diesem Moment...

	keine					starke
unangenehme Körpergefühle/ Beschwerden	0	1	2	3	4	5
angenehme Körpergefühle	0	1	2	3	4	5

(3) Mein Gefühl von innerer SICHERHEIT / EIGENER STÄRKE in diesem Moment...

gering						groß
0	1	2	3	4	5	

(4) Meine momentane BEREITSCHAFT ZUR MITARBEIT...

gering						groß
0	1	2	3	4	5	

(5) Meine momentane BEREITSCHAFT ZUM ERFAHRUNGSUSTAUSCH...

gering						groß
0	1	2	3	4	5	

(6) Nur am ENDE der Sitzung ausfüllen:

Die Übungen waren für mich...	stimmt nicht					stimmt
• leicht durchführbar	0	1	2	3	4	5
• interessant	0	1	2	3	4	5
• angenehm	0	1	2	3	4	5
• erkenntnisfördernd	0	1	2	3	4	5

(7) Besondere Bemerkungen (erleichternde/ behindernde Aspekte, besondere Erfahrungen):

Beurteilung der Selbsterfahrung

Thema: _____ Datum: _____

Kursleitung: _____

Bitte stufen Sie ein, wie zufrieden Sie sind:

ZUFRIEDENHEIT mit ...	gar nicht zufrieden sehr zufrieden					
	1	2	3	4	5	6
... der inhaltlichen Konzeption	1	2	3	4	5	6
... dem didaktischen Vorgehen	1	2	3	4	5	6
... der Unterstützung durch den Kursleiter/ die Kursleiterin	1	2	3	4	5	6
... dem Verhalten der Gruppenteilnehmer untereinander	1	2	3	4	5	6
... dem Kursleiter/ der Kursleiterin als gutem Therapeutenmodell	1	2	3	4	5	6
... dem Kursleiter/ der Kursleiterin als persönlichem Modell	1	2	3	4	5	6
... der Arbeitsatmosphäre	1	2	3	4	5	6
... dem eigenen Engagement	1	2	3	4	5	6
... dem Nutzen für die eigene praktisch-therapeutische Tätigkeit	1	2	3	4	5	6
... dem Nutzen für die persönliche Weiterentwicklung	1	2	3	4	5	6

Was war das Wichtigste für Sie?

Was war arbeitserleichternd?

Was hat Sie gestört? / Veränderungsvorschläge

Bitte geben Sie Ihren Namen an:

Kreuzen Sie bitte das Zutreffende an:

Im Workshop habe ich Anregungen erhalten ...						Ich habe sie bereits praktisch umgesetzt.		Falls ja:				
	keine	wenige		viele		ja	nein	ohne Erfolg			mit großem Erfolg	
... für die Diagnostik.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... zur Durchführung von Verhaltensanalysen.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... zur Therapieplanung.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... wie ich geeignete therapeutische Ansatzpunkte finde.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... zu verhaltenstherapeutischen Methoden.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... zur verhaltenstherapeutischen Gesprächsführung.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... zum störungsspezifischen Vorgehen.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... zum Einsatz von Hausaufgaben.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... wie ich verhaltenstherapeutische Methoden an meinen eigenen Stil anpassen kann.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... zur Durchführung von Therapiekontrollen.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... für die therapeutische Beziehungsgestaltung.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... die mich in meinem Umgang mit Patientinnen/Patienten bestätigen.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... wie ich meine eigenen Gefühle in der Therapie besser regulieren kann.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... zur Klärung meiner Motivation, warum ich therapeutisch arbeiten möchte.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... zur Korrektur eigenen Verhaltens in der Therapiesituation.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... wie ich meine Stärken in der Therapie besser nutzen kann.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... wo meine persönlichen Grenzen als Therapeutin/Therapeut liegen.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... zur Veränderung meiner Einstellungen Patienten gegenüber.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... wie mit Widerständen von Patienten umzugehen ist.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... wo ich Bedarf für gezielte Supervision habe.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4

Kreuzen Sie bitte das Zutreffende an:

Im Workshop habe ich Anregungen erhalten ...						Ich habe sie bereits praktisch umgesetzt.		Falls ja:				
	keine	wenige		viele		ja	nein	ohne Erfolg			mit großem Erfolg	
... für die Beschäftigung mit ethischen Standards.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... für meine persönliche Weiterentwicklung.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... die mir zu neuen Einsichten in meine Gefühle/Gedanken verholfen haben.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... wie ich mein eigenes Wohlbefinden sichern kann.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... für einen besseren Umgang mit persönlichen Überforderungen.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... die mein Selbstvertrauen stärken.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... zur Klärung persönlicher Probleme.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... die mich zu größerer Eigenständigkeit ermutigen.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... wie ich besser mit meinen Schwächen umgehen kann.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... zur Veränderung eigener, mich im Privaten belastender Gefühle.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... wie ich mir soziale Unterstützung verschaffen kann.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... zum Überdenken meiner persönlichen Lebensgestaltung.	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4
... Sonstiges, und zwar... (evtl. Rückseite benutzen)	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4

Was ist Ihnen von diesem Selbsterfahrungskurs in Erinnerung geblieben? (Skizzieren Sie dies bitte mit einigen Stichworten. Es geht um Ihren ganz persönlichen Eindruck!)

Positive Aspekte:

Störende / negative Aspekte:

Was hat Ihnen, nachträglich besehen, in dieser Selbsterfahrung gefehlt? (Stichworte)

Wie vertrauenswürdig fanden Sie die Seminarleiterin / den Seminarleiter?

0	1	2	3	4
gar nicht				sehr
				vertrauenswürdig

Bitte geben Sie Ihren Namen an:

heutiges Datum:
