

**Kompetenz von
Verhaltenstherapeuten in der Ausbildung**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
des Fachbereichs 06 Psychologie und Sportwissenschaft
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von
Julia Domma
aus Hürth

2007

Dekan: Professor Dr. Dr. Brunstein

1. Berichterstatter: Professor Dr. D. Vaitl
2. Berichterstatterin: Professor Dr. Dr. P. Netter

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten	4
2.1	Schwerpunkt Verhaltenstherapie	4
2.2	Qualitätssicherung	7
3	Merkmale von Psychotherapeuten	14
3.1	Geschlecht, Alter, Kultur	15
3.1.1	Geschlecht	16
3.1.2	Alter	17
3.1.3	Kulturelle und ethnische Zugehörigkeit	19
3.2	Persönlichkeit	19
3.3	Therapeutische Erfahrung	20
3.4	Flexibilität und Adaptionfähigkeit	22
4	Anforderungen an Psychotherapeuten	24
4.1	Therapeutische Beziehung	27
4.2	Therapeutische Interventionen	37
4.2.1	Therapieplanung	37
4.2.2	Die vier psychotherapeutischen Wirkfaktoren nach Grawe	39
4.3	Patientenzufriedenheit	41
4.3.1	Subjektive Daten	42
4.3.2	Objektive Daten	45
5	Training von Psychotherapeuten – Entwicklung und Messung psychotherapeutischer Kompetenz	49
5.1	Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz	49
5.1.1	Allgemeinpsychologische Expertiseentwicklung	50
5.1.2	Supervisionsmodelle	56
5.1.3	Das „optimale“ Training	66
5.2	Messung psychotherapeutischer Kompetenz	72
5.2.1	Messung des psychotherapeutischen Prozess	73
5.2.2	Beobachterperspektiven	75
5.3	Trainingsstudien	78
6	Ableitung der Fragestellungen und der Hypothesen	82
6.1	Stellenwert des Therapeutenurteils – Therapeutenverhalten	86
6.2	Stellenwert des externen Beobachters – Ableitung für die Supervision	88
6.3	Stellenwert des Patientenurteils – Patientenzufriedenheit	91

7 Methoden	94
7.1 Beschreibung der Stichprobe – Versuchspersonen.....	94
7.2 Erhebungsinstrumente.....	96
7.2.1 Situative Selbsteinschätzung der psychotherapeutischen Kompetenz.....	97
7.2.2 Situative Patienteneinschätzung der psychotherapeutischen Kompetenz.....	98
7.2.3 Fremdbeurteilung des situativen Therapeutenverhaltens.....	99
7.3 Datenerhebung.....	101
7.3.1 Situative Selbst- und Patienteneinschätzung der psychotherapeutischen Kompetenz.....	102
7.3.2 Fremdbeurteilung des situativen Therapeutenverhaltens.....	102
7.3.2.1 Training der Beurteiler.....	102
7.3.2.2 Durchführung der Verhaltensbeobachtung.....	103
7.4 Statistische Auswertung.....	105
7.4.1 Berechnung der Übereinstimmungsmaße.....	105
7.4.2 Berechnungen zu den Fragestellungen.....	107
8 Darstellung der Ergebnisse	111
8.1 Beurteilerübereinstimmung.....	111
8.2 Ergebnisse zu den Fragestellungen.....	113
8.2.1 Zusammenhang der drei Perspektiven: Patient, Therapeut, Beobachter.....	113
8.2.2 Vorhersage der subjektiven therapeutischen Wirksamkeitserwartung.....	117
8.2.3 Vorhersage der Patientenzufriedenheit	120
8.2.4 Gruppenunterschiede auf der Basis der subjektiven Wirksamkeitserwartung und Patientenzufriedenheit (Prüfung der Mittelwertunterschiede).....	123
8.2.4.1 Therapeutengruppe (Haupteffekte).....	123
8.2.4.2 Patientengruppe (Haupteffekte).....	127
8.2.4.3 Vergleich der vier Untergruppen.....	132
8.2.4.4 Exkurs: Vergleich der Extremgruppen.....	141
9 Diskussion	148
9.1 Kritische Punkte und Methodische Probleme der Untersuchung.....	149
9.2 Diskussion der Ergebnisse.....	154
10 Implikationen für die Praxis	170
Zusammenfassung	178
Literatur (I-XXIV)	180
Anhang	

DANKE

An dieser Stelle wird es nun wirklich Zeit, Danke zu sagen...

Danke für die Unterstützung, Anregungen, Aufmunterung und Motivierung von vielen Menschen, die mir zur Seite gestanden haben.

Ich danke Herrn Prof. Dr. Vaitl für die Betreuung meiner Dissertation. Von seinen Anmerkungen und der konstruktiven Kritik insbesondere in der Abschlussphase meiner Dissertation habe ich sehr profitiert.

Mein herzlicher Dank geht an Frau Dr. Renate Frank. Sie hat mich zu dieser Arbeit angeregt und mir mit dem Forschungsgebiet „Ausbildung von Verhaltenstherapeuten“ die Chance geboten, ein praxisnahes Thema in der Forschung umzusetzen. Ihr Engagement, ihre Unterstützung und umfassenden Kenntnisse zu diesem Thema hat sie immer wieder an mich weitergegeben und mir zu neuen Denkweisen verholfen. Frau Dr. Frank hat maßgeblich zur Realisierung meiner Arbeit beigetragen. Vielen Dank!

Ein weiterer herzlicher Dank geht an Dipl.-Psych. Katrin Berns. Sie hat mir bei der stundenlangen Auswertung der Videobänder geholfen und als zweite Beurteilerin zur Seite gestanden. Auch der kollegiale Austausch war für die spätere Schreibearbeit anregend.

Danke auch an Dipl.-Psych. Bertram Walter für seine methodische Beratung und die Beseitigung meines statistischen Chaos.

Allen Mitarbeitern der Abteilung Klinische und Physiologische Psychologie, Gießen, danke ich für die angenehme Arbeitsatmosphäre und Unterstützung. Nennen möchte ich hier Dipl.-Psych. Ingo Filsinger, der mir schon beim Schreiben meiner Diplomarbeit hilfreich zur Seite gestanden hat und auch jetzt immer wieder beruhigende und anregende Worte für mich fand. Danke auch an Dipl.-Psych. Janina Simon, die aus dem Nachbarbüro des Öfteren meine Verzweiflungsrufe erhörte und zum Trost herbeieilte.

Danke an alle Teilnehmer des postgraduierten Studienganges Psychologische Psychotherapie, Gießen, die ihre Videoaufzeichnungen zur Verfügung gestellt und bereitwillig an der Datenerhebung teilgenommen haben.

Schließlich gilt mein Dank meinen Eltern, meiner Schwester, ihrem Lebensgefährten und meinem Freundeskreis für Korrekturlesen, kritische Diskussionen, aufmunternde Worte, Ablenkung und sehr viel emotionale Unterstützung. Ohne euch hätte mich so manches Mal die Motivation verlassen. Vielen Dank!

1 Einleitung

„Die Qualität der therapeutischen Versorgung kann nur so gut sein wie die Ausbildung der Therapeuten. Aus diesem Grund müssen zum einen die Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung hoch gesteckt sein, zum anderen muss versucht werden, die Inhalte und Methoden der Ausbildung ständig zu verbessern (Reinecker & Schindler, 2000, S. 655).“

Diese Forderung von Reinecker und Schindler leitet direkt zum Thema der Qualitätssicherung über, die in den letzten Jahren beständig an Wichtigkeit gewonnen hat. Auf Veranlassung der Weltgesundheitsorganisation WHO in den 70er Jahren wurde 1990 die Qualitätssicherung und –verbesserung in vielen Ländern gesetzlich verankert. In Deutschland trat dies 1988 im Sozialgesetzbuch V als „Gesundheitsreformgesetz“ zum ersten Mal in den Vordergrund. Eine gesetzliche Qualitätssicherung dient auch dem Patientenschutz, deren Behandlung sich stets am neuesten Entwicklungsstand orientieren sollte.

Bei der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung unterscheidet man drei Dimensionen (Donabedian, 1966, zitiert nach Nübling & Schmidt, 1998):

- *Strukturqualität* (Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung)
- *Prozessqualität* (Durchführung diagnostisch-therapeutischer Maßnahmen)
- *Ergebnisqualität* (Veränderungen des Gesundheitszustandes der Patienten)

Lambert und Bergin (1994) kommen in ihrem Artikel „The effectiveness of psychotherapy“ zu dem Schluss, dass u. a. Psychotherapeuten dann erfolgreich sein können, wenn sie „skillfull, wise and stable therapists“ (S. 180) sind. Eine erfolgreiche Therapie hängt aus Autorensicht vom Therapeutenverhalten ab (Maß für Prozessqualität). Welche Merkmale „wirksame Therapeutinnen und Therapeuten¹“ haben sollten, wurde in vielen Arbeiten – wenn auch nur wenig präzise - benannt und sollen auch in dieser Arbeit detaillierter dargestellt werden.

Die Beantwortung der Frage, wie Therapeuten diese Fähigkeiten und Kompetenzen aufbauen können, ist sehr schwierig. Dies zeigt auch die Fülle an Forschungsarbeiten zu dieser Thematik, die jedoch weitgehend undifferenziert und wenig konkret bleibt. Im Sinne der Strukturqualität ist aber die Ausbildung als Voraussetzung für die Güte der späteren Therapeutenarbeit wichtig und bedarf größerer Aufmerksamkeit.

¹ Aus Gründen der flüssigen Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form als Rollenbezeichnung verwendet. Gemeint sind jedoch immer beider Geschlechter, d.h. Therapeutinnen und Therapeuten; Patientinnen und Patienten, Supervisorinnen und Supervisoren etc.

Auch Laireiter und Willutzki (2005) sagen, dass die „Psychotherapie-Ausbildungsforschung zwar eine lange Tradition hat, jedoch nicht den „mainstream“ der Psychotherapieforschung darstellt. Die Autoren fordern daher, die Aufgaben der Ausbildung ernster zu nehmen und sich mit zentralen Fragen in der Forschung zu beschäftigen. Die Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten steht noch am Anfang und kann durch empirische Forschung wesentlich weiterentwickelt werden.

Einen unerlässlichen Bestandteil der praktischen Ausbildung zum Psychotherapeuten und somit einen wesentlichen Baustein der Struktur- und Prozessqualität stellt die Supervision dar. Psychotherapeutische Anfänger sind hoch motiviert. Um ihr Wissen in Handeln umsetzen zu können, benötigen sie jedoch konkrete Anleitungen und viel Ermutigung sowie emotionale Unterstützung (Stoltenberg, 1981; Rzepka-Meyer, 1997; Rønnestad & Skovholt; 1997, Frank, 1999a). Hogan (1964) beschreibt dies in seinem Differentiellen Entwicklungsmodell². auf Stufe 1, die durch „Abhängigkeit vom Supervisor und Methodengebundenheit“ gekennzeichnet ist. Die Hauptaufgaben des Supervisors liegen hier in der emotionalen Unterstützung, einer direkten Anleitung und in der Vorgabe von Arbeitsmodellen. Supervision ist somit ein wesentlicher und notwendiger Bestandteil der Ausbildung junger Psychotherapeuten.

Frank (1995) grenzt bewusst die Aufgaben der Ausbildungssupervision von denen der Supervision im Rahmen der Fortbildung ab. In der Ausbildung übernimmt die Supervision primär eine Lehrfunktion, d.h. sie leitet an, unterstützt, vermittelt und fördert Kompetenzen, Sicherheit und Arbeitsmotivation. Bei erfahrenen Therapeuten wird eine kollegiale Supervisionsform verwirklicht, die vor allem Raum für Anregungen und Reflexionsanlässe bietet. Ausbildungssupervision stellt entsprechend eine besondere Herausforderung für Supervisoren dar. Sie zielt nicht nur auf die Sicherstellung eines positiven Behandlungsverlaufs ab, sondern soll vor allem die Entwicklung von angemessenem Therapeutenverhalten (Maß der Prozessqualität) unterstützen (vgl. Frank, 1995; Frank et al., 1996; Holloway, 1995).

Der Maßstab für eine gute Prozessqualität im Sinne eines „guten“ Therapeutenverhaltens sollte sich grundlegend an den Ergebnissen der Therapieforschung orientieren (Reinecker & Schindler, 2000). Kriterien, nach denen sich „gutes“ Therapeutenverhalten beurteilen lässt, umfassen Therapeuten-, Patienten- und Beobachervariablen (vgl. Frank, 1998). Offensichtlich sollte demnach eine optimale Therapeutenausbildung drei Perspektiven in Betracht ziehen:

² Das Entwicklungsmodell wird im Text noch detailliert dargestellt

die Selbsteinschätzung des Therapeuten, die Wahrnehmung dessen des Supervisors und den Eindruck des Patienten (beides Fremdeinschätzungen).

Laireiter und Vogel (1998) betonen, dass im Bereich der Auswertung der Ausbildung nicht nur die „Kundenzufriedenheit“ der Therapeuten erfasst werden sollte, die ohnehin nicht als Maß für Kompetenz gelten könne, sondern auch Fremdbeurteilungen wie Patientenbefragung und Beobachtung herangezogen werden sollten. Unterstrichen wird dies durch die Ergebnisse der Feedbackforschung der letzten Jahre. Sie zeigen, dass eine regelmäßige Rückmeldung über Therapiefortschritte der Patienten an die Therapeuten zu einer Effektivitätssteigerung von Behandlungen führt (z. B. Berking et al., 2006; Whipple et al., 2003; Lambert et al., 2001a, 2001b; Grawe, 1998a).

In der vorliegenden Arbeit sollen Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität der Arbeit von 71 Psychotherapeuten des Gießener postgraduierten Weiterbildungsstudienganges „Psychologische Psychotherapie (Schwerpunkt Verhaltenstherapie)“ untersucht werden. Ihre Arbeit soll mit verschiedenen Methoden erfasst und aus unterschiedlichen Perspektiven beurteilt werden. Es soll u. a. geklärt werden, ob Therapeuten ihr eigenes therapeutisches Handeln patientengerecht einschätzen können; ihr Urteil ein geeignetes Abbild des Behandlungsverlaufs für die Supervision darstellt und inwiefern Differenzen optimal in der Supervision genutzt und verändert werden können.

Zusammengefasst soll diese Arbeit einerseits einen Beitrag zur Qualitätssicherung des Gießener Weiterbildungsstudienganges leisten (Prozess- und Ergebnisqualität), andererseits Anregungen für die Gestaltung von Ausbildungselementen, insbesondere der Ausbildungssupervision geben (Strukturqualität).

2 Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten

2.1 Schwerpunkt Verhaltenstherapie

Nach Kuhr (1998) bestand die Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten in Deutschland bis zum Ende der 60er Jahre mehr in der informellen Weitergabe von Erfahrungen aus der klinischen Praxis als in einem systematischen Training. Mit der Anerkennung der Verhaltenstherapie als ein von den Krankenkassen anerkanntes Verfahren im Jahre 1984 nahm auch das Interesse an Ausbildungsfragen zu. 1990 wurden in der „Psychotherapievereinbarung“ Kriterien für die Anerkennung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsgängen zusammengestellt, die bis heute weitgehend eingehalten werden.

Die Kriterien der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten werden in Anlehnung an die Richtlinien der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV) zum Psychotherapeutengesetz (BGBI. I, S. 3749 ff.), nach denen sich auch der Weiterbildungsstudiengang „Psychologische Psychotherapie“ der Justus-Liebig-Universität Gießen richtet, in Tabelle 1 zusammengefasst dargestellt. Die tabellarische Darstellung entspricht speziell dem Gießener Weiterbildungsprogramm. Es ist den Ausbildungsinstituten gestattet – auf der gesetzlichen Basis – ihre Programme individuell zu gestalten.

In § 1 Abs. 2 der Verordnung wird folgendes allgemeines Ausbildungsziel formuliert:

„Die Ausbildung hat den Ausbildungsteilnehmern insbesondere die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln, die erforderlich sind, um

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

Voraussetzung für die Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten in Deutschland ist ein abgeschlossener Diplom-Psychologiestudiengang.

Tab. 1: Richtlinien der Gießener Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie

<p>Praktische Tätigkeit (§2 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten; PsychTh-APrV)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens 1200 Stunden Klinische Tätigkeit unter Aufsicht und Anleitung an einer stationären psychiatrisch-klinischen Einrichtung mit psychiatrischem Klientel - Dokumentation der Beteiligung an 30 Fällen, 4 davon mit Einbezug von Bezugspersonen - Mindestens 600 Stunden an einer Einrichtung, die von einem Sozialversicherungsträger bezüglich der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung anerkannt ist bzw. um eine klinische Tätigkeit in einer Praxis eines Psychologischen Psychotherapeuten oder eines Arztes, der psychotherapeutische Behandlungen durchführen darf
<p>Theoretische Ausbildung (§3 PsychTh-APrV)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mindestes 600 Stunden im Rahmen eines sechssemestrigen Curriculums <i>in Blöcken à 10 Unterrichtsstunden</i> - Grundkenntnisse über Konzepte zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen sowie psychodiagnostische Kenntnisse werden dabei mit Inhalten der vertieften Ausbildung (Verhaltenstherapie) verknüpft
<p>Selbsterfahrung (§5 PsychTh-APrV)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Umfang von 120 Stunden - Themenzentriert mit <i>berufs- und personenorientiertem Schwerpunkt</i> - Fortlaufende Selbsterfahrung wird durch ganztägige, themenzentrierte Kurse ergänzt
<p>Praktische Psychotherapie-Ausbildung (§4 PsychTh-APrV)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Beginn nach Ableistung der psychiatrisch-klinischen Tätigkeit - Mindestens 600 Behandlungsstunden eigener verhaltenstherapeutischer Behandlungstätigkeit mit mindestens 15 Patienten - Regelmäßige Supervision (mindestens 100 Gruppen- und 50 Einzelsupervisionsstunden) <i>bei mindestens drei Supervisoren</i> - <i>Ca. 550 Stunden werden zur Vor- und Nachbereitung sowie zur Dokumentation der behandelten Fälle veranschlagt</i> - <i>Ca. 800 Stunden zusätzliche psychotherapeutische Arbeit in der Einrichtung/Praxis werden erwartet, können aber auch genutzt werden, um geforderte Qualifikationsnachweise für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapien zu erwerben</i>
<p>Abschlussprüfung (§8 PsychTh-APrV)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Staatliche Prüfung, die Voraussetzung für die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut ist - Notwendig für Zulassung ist der Nachweis aller Ausbildungsbestandteile sowie die Vorlage von <i>zehn schriftlichen Fallberichten</i>, die von <i>zwei Supervisoren positiv begutachtet</i> worden sind

Anmerkung: Die für den Gießener Weiterbildungsstudiengang spezifischen Ausbildungsbausteine sind kursiv geschrieben

Eine Vielzahl empirischer Arbeiten zur Entwicklung und Ausbildung junger Therapeuten stammt aus den USA. Das deutsche Ausbildungssystem unterscheidet sich jedoch in einigen Punkten von dem amerikanischen. Um die im weiteren Text vorgestellten Ergebnisse der Studien richtig einordnen zu können, werden die Richtlinien der amerikanischen Ausbildung kurz erläutert.

Das amerikanische Ausbildungssystem richtet sich nach den Richtlinien der American Psychological Association (APA). Es wird von der Idee geleitet, dass die beiden Bereiche „Wissenschaft“ und „therapeutische Praxis“ nicht voneinander getrennt betrachtet werden können. Kanfer (1990) bezeichnete es aus diesem Grund auch als das „Scientific-Practitioner-Model“. Kenntnisse aus beiden Gebieten stehen in Wechselwirkung. Daher ist die Promotion in den USA auch ein fester Bestandteil der Therapeutenausbildung und stellt die Voraussetzung für die Berechtigung zur therapeutischen Praxis dar (Kommer, 1996).

Amerikanische Psychotherapeuten absolvieren ihre therapeutische Ausbildung während des Studiums und arbeiten parallel dazu empirisch an einer Dissertation. Sie nehmen zwei bis drei Jahre an theoretischen Seminaren teil, die sie auf die praktisch-therapeutische Arbeit vorbereiten. Es folgen supervidierte Praktika in unterschiedlichen klinischen Settings („first practicum“ = beginners; „second practicum“ = advanced). Anschließend erfolgt das „Internship“, eine mindestens einjährige praktisch-therapeutische Tätigkeit (interns). Dieses wird mit der Dissertation beendet, die wiederum Voraussetzung für die folgende Lizenzierung ist.

Supervision findet überwiegend unter den Studenten selbst statt. So übernehmen Fortgeschrittene die Supervision für ihre Kommilitonen aus einem früheren Ausbildungsstadium. Hier unterscheidet sich das amerikanische Ausbildungssystem vom deutschen am deutlichsten. Darüber hinaus besteht ein klarer Altersunterschied zwischen deutschen und amerikanischen Ausbildungskandidaten, die im Durchschnitt 10 Jahre älter sind. Aufgrund dessen besitzen sie bereits zu Ausbildungsbeginn mehr Lebenserfahrung und sind häufig schon ganztags therapeutisch tätig (Rzepka-Meyer, 1997), d. h. die persönliche Ausgangslage deutscher und amerikanischer Therapeuten ist bei Aufnahme der Therapieausbildung nicht vergleichbar und amerikanische Befunde zur Entwicklung von Therapeuten sind nur begrenzt auf deutsche Verhältnisse übertragbar.

Wer sorgt nun für eine qualitativ hochwertige Ausbildung in Deutschland? Der nächste Abschnitt widmet sich Aspekten der Qualitätssicherung.

2.2 Qualitätssicherung in der Ausbildung

Nach Reimer et al. (1998) hat die Verhaltenstherapie-Ausbildung zum Ziel, „angehenden Psychotherapeuten Wissen und Fertigkeiten so zu vermitteln, dass diese nach Abschluss der Ausbildung in der Lage sind, Patienten in den Indikationsbereichen der Verhaltenstherapie selbstständig und eigenverantwortlich zu behandeln (S. 623)“.

In Anlehnung an Strupp et al. (1969, zitiert nach Kuhr 1998, S. 596), die ihr Buch „Patienten sehen ihre Psychotherapie“ mit folgenden Fragen beginnen: „Ist sie effektiv? Zu welchen Veränderungen führt sie? Wie funktioniert sie? Wie lange dauert sie?“ sagt Kuhr (1998), dass „die gleichen Fragen auch im Hinblick auf Psychotherapie-Ausbildung gestellt werden können (S. 596)“. So sollte nicht nur die Psychotherapie als solche Bestandteil der Forschung sein, sondern erst recht Struktur, Prozess und Ergebnis der Ausbildung selbst. Die Psychotherapie-Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten hat seit der Anerkennung der Verhaltenstherapie als ein von der Krankenkasse finanziertes Verfahren an Forschungsbedeutung hinzugewonnen. Insbesondere die Ausbildungsstruktur stand hier bislang im Vordergrund, während Prozess- und Ergebnisqualität noch in der Entwicklung stehen (Kuhr, 1998; Vogel & Schieweck, 2005). Auch Laireiter und Botermans (2005) weisen daraufhin, dass in den letzten Jahrzehnten den verschiedenen Ausbildungsbestandteilen unterschiedlich und relativ unabhängig voneinander Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Es ist aus diesem Grund schwierig, von „der Ausbildungsforschung in Psychotherapie“ als Gesamtbegriff zu sprechen. Befunde kommen aus verschiedenen traditionellen Bereichen (Laireiter & Botermans, 2005):

Traditionelle psychologische Forschungsbereiche:

- Psychotherapie-Outcome- und Psychotherapie-Prozess-Forschung
- Vergleich von professionellen und Lientherapeuten
- Skills-Training
- Evaluation von Ausbildungsprogrammen und –curricula
- Supervisionsforschung
- Studien zur Eigentherapie von Psychotherapeuten
- professionssoziologische Studien zur Entwicklung der Profession
- erziehungswissenschaftliche Forschung
- pädagogische und psychologische Lehr- und Lernforschung
- Forschung zur Entwicklung professioneller Expertise
- Studien zur Entwicklung von Psychotherapeuten
- Ausbildungsforschung in anderen Berufen
- Universitäre Evaluation
- Lehr-/Lernforschung

Ein Schlagwort, das sowohl allgemein für die klinische Psychologie als auch für die Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten in den letzten Jahren an Bedeutung hinzugewonnen hat, ist die „Evidenzbasierte Praxis“ („evidence-based-practice“). Die evidenzbasierte Praxis geht eigentlich mit der Qualitätssicherung einher und bemüht sich, Behandlungsprozesse stetig zu verbessern. Eine hier gängige Methode ist die Erstellung von Leitlinien, die zunehmend für die Behandlung verschiedener psychischer Störungsbilder entwickelt werden. Solche Leitlinien wären auch für die Ausbildung psychologischer Psychotherapeuten wünschenswert, existieren aber bislang nur in Ansätzen.

Um die vielen verschiedenen Ansätze zu bündeln und einen Missbrauch der Befunde zu verhindern, hat die „American Psychological Association“ 2005 eine „task force“ für die evidenzbasierte Praxis gegründet (Levant, 2005). Die Mitglieder einigten sich auf folgende Definition des Begriffs „Evidence-Based Practice“:

„Evidence-based practice in psychology (EBPP) is the integration of best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences“ (p. 5).

Insbesondere die Überlegungen zur Hauptkomponente der klinischen Expertise sind für die vorliegende Arbeit von Interesse. Die wichtige Rolle der Ausbildung von Psychotherapeuten wird hier explizit betont. Auf die einzelnen Merkmale klinischer Expertise soll später eingegangen werden. An dieser Stelle sind die Forderungen der Task Force an die Forschung bedeutsam:

Forderungen der Task Force:

- Verstärkte Untersuchung von Bedingungen, die die klinische Expertise steigern
- Klärung der Frage, welche technischen Fertigkeiten notwendig sind, um therapeutische Interventionen effektiv zu gestalten
- Deutlichere Unterscheidung von allgemeinen therapieschulübergreifenden Faktoren und spezifischen Faktoren der Expertise
- Stetige Überprüfung des therapeutischen Prozesses in Kliniken durch Nutzung des aktuellen Patienten-Feedback

Die Forderungen der APA-Task-Force gehen durchaus in die Überlegungen zu den Fragestellungen der vorliegenden Arbeit ein. Einzelne Ergebnisse und Schlussfolgerungen werden im Laufe dieser Arbeit an passender Stelle dargestellt.

Auswahlkriterien für Auszubildende

Die vom Deutschen Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT) anerkannten Ausbildungsinstitute richten sich bei der Gestaltung ihres Ausbildungscurriculums nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie in der Kassenärztlichen Vereinigung, die als Kriterienkatalog als Anlage 3 den Psychotherapie-Vereinbarungen (PTV) beigefügt sind. Qualitätsanforderungen werden an die theoretische Ausbildung, die Selbsterfahrung sowie die praktisch-therapeutische Ausbildung gestellt. Darüber hinaus gibt es Bestimmungen für die Rahmenbedingungen der Ausbildung, die Ausbilder sowie für die Auswahl der Ausbildungsteilnehmer. Auf die Kriterien, die die Ausbilder erfüllen müssen, soll an dieser Stelle im Einzelnen nicht eingegangen werden, sondern kann u.a. bei Reimer et al. (1998) oder Laireiter et al. (2005) nachgelesen werden. Die wichtigsten Kriterien der Rahmenbedingungen wurden bereits im Kapitel 2.1. dargestellt.

Da die Ausbildungsteilnehmer im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen, soll kurz auf ihre Auswahlkriterien eingegangen werden. Neben der allgemeinen Zugangsberechtigung eines abgeschlossenen Studiums sollte auf folgende Kriterien bei der Auswahl der Teilnehmer geachtet werden:

Allgemeine Auswahlkriterien für Ausbildungsteilnehmer

(Kuhr, 2005, S. 368/369)

- Motivation/Ausdauer
- Relevante Interessen
- Hinweise auf klinische Fähigkeiten
- Akademische Fähigkeiten/Forschungskompetenz
- Verknüpfung von Problemlösefähigkeiten und Kreativität
- Persönliche Qualitäten: Wärme, Empathie, Sensibilität
- Reife, Selbstvertrauen, Stabilität;
- Soziale Fähigkeiten (Kommunikation, Durchsetzungsvermögen)

Frank (1999a) achtet bei der Auswahl ihrer Ausbildungskandidaten auf folgende Merkmale: „spezifische therapiebezogene Praxiserfahrungen, Lernbereitschaft, Offenheit für Denkanstöße, Eigeninitiative (Schaffen von Voraussetzungen für die persönlichen Lernbedürfnisse)“ (S. 46). Ähnliche Faktoren benennen Dobson und Shaw (1993), abgeleitet von Beobachtungen aus ihrem eigenen Ausbildungsinstitut. Sie glauben, dass die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Therapeutentrainings durch folgende Variablen gesteigert werden kann:

Auswahlkriterien nach Dobson & Shaw (1993):

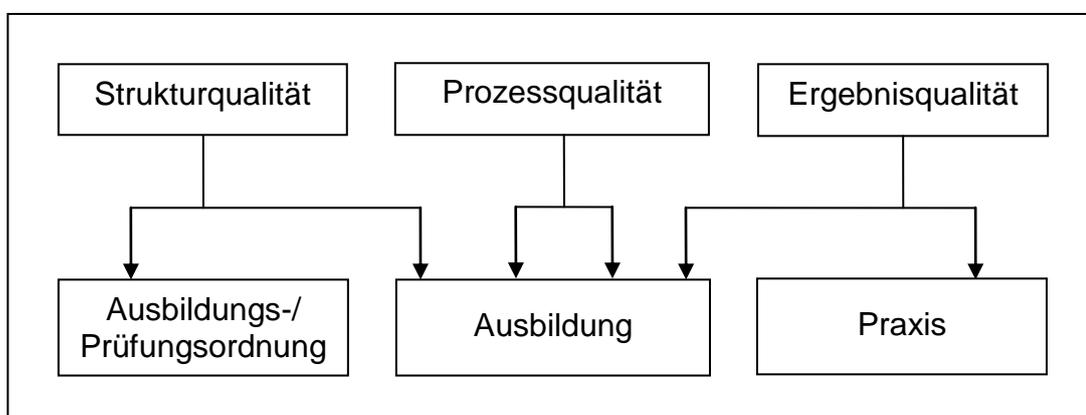
- Bereitschaft, zu lernen und sich am kognitiven Therapiemodell zu orientieren
- Keine anderen vorrangigen und bevorzugten Therapieschulen
- Relative Unerfahrenheit der Therapeuten (um die Kollision mit anderen Therapieschulen zu vermeiden)
- Fertigkeit, negative Zustände von Patienten auszuhalten
- Wille, einen aktiven anstatt eines passiven Interventionsstil zu benutzen
- Starke abstrakte konzeptuelle Fertigkeiten (psychologische Basiertheit)

Die Bestimmung dieser persönlichen Eignungsmerkmale ist nach wie vor sehr schwierig und bedarf weiterer Qualitätsabsicherung. Obwohl sich die Auswahl „guter“ Therapeuten schon deutlich verbessert hat, werden immer wieder ungeeignete Kollegen in die Ausbildung aufgenommen. Nach Kuhr (2005) pendelt sich der entsprechende Anteil bei drei bis fünf Prozent ein. Die Möglichkeit einer „Probezeit“ wird derzeit diskutiert.

Begriffe der Qualitätssicherung

Im Rahmen der Qualitätssicherung spricht man auch vom Qualitätsmonitoring der Prozess- und Ergebnisqualität der Weiterbildung; hier bewegen wir uns nun im Feld der vorliegenden Arbeit.

Donabedian (1980, zitiert nach Reimer et al. 1998) hat den aus der Industrie stammenden Qualitätsbegriff sowie die differenzierten Qualitätsdimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis für das Gesundheitswesen angepasst. In den letzten Jahren wurden diese nun auch auf den Bereich der psychotherapeutischen Behandlung und Weiterbildung übertragen.



*Abb. 1: Qualitätsbereiche in der Psychotherapieausbildung
(aus Vogel & Schieweck, 2005)*

Nach Reimer et al. (1998, S. 638) zählt man in der verhaltenstherapeutischen Weiterbildung folgende Schritte zur Qualitätssicherung:

- Qualitätsstandards für die psychotherapeutische Weiterbildung werden im einzelnen Institut und im Fachverband erstellt. Es finden regelmäßige überregionale Konferenzen (Fort- und Weiterbildungskommission und Institutsausschuss des Fachverbandes) statt und sichern diesen Austausch.
- Ein auf alle Teilbereiche der Weiterbildung bezogenes Qualitätsmonitoring (i.S. eines Routinemonitorings) vergleicht die gesamte Weiterbildung, einzelne Elemente (Teilsysteme) und die einzelnen Weiterbildungsmaßnahmen hinsichtlich Struktur, Prozess und Ergebnis mit den gesetzten Standards.
- Dieses Qualitätsmonitoring umfasst institutsinterne und -externe Qualitätssicherungsmaßnahmen.
- Defizite zwischen erreichbarer und tatsächlich erreichter Qualität werden durch Routinemonitorings deutlich erkennbar.
- Lösungen werden gesucht. Die Beseitigung von Defiziten erfolgt unter Einbeziehung der Betroffenen.
- Sowohl bei der Defizitbenennung, bei der Lösungssuche und bei der Umsetzung der vereinbarten Qualitätsverbesserungen sind die einzelnen Ebenen und Subsysteme (Fachverband, Institutsleitung, Weiterbildungsausschuss, Mentoren, Supervisoren, Dozenten und die Ausbildungsteilnehmer selbst) in geeigneter Weise einzubeziehen.

Bei den Methoden und Verfahren zur Qualitätssicherung unterscheidet man grob die *nicht-empirischen* von den *empirisch-gestützten* Maßnahmen (Nübling & Schmidt, 1998). Unter den Begriff der nicht-empirischen Maßnahmen zählt man u.a. Ausbildungsrichtlinien, Richtlinien für Fort- und Weiterbildung, Begutachtungen, Akkreditierungen und verschiedene Supervisionsformen. Zu den empirisch gestützten Verfahren zählt man z.B. Patientenbefragungen, Mitarbeiterbefragungen, Routinekatamnesen oder Basisdokumentationen.

Hass et al. (1998) weisen darauf hin, dass die Evaluation der Therapieausbildung nicht losgelöst von der Wirksamkeitsforschung bei Patienten gesehen werden kann und darf. Hier hat sich in der Forschung gezeigt, dass insbesondere der Therapeut-Patienten-Beziehung ein erheblicher Teil der Ergebnisvarianz zuzuordnen ist. Tscheulin (1980, zitiert nach Kuhr, 1998) fasst ihre Bedeutung wie folgt zusammen:

„Bestandteil jeder einzelnen Tätigkeit des klinischen Psychologen ist die Aufnahme einer personalen Beziehung. Die Beziehung zu seinem oder seinen Patienten muss ungestört und tragfähig bleiben, wenn unverzerrte Informationen erhalten (Psychodiagnostik), konstruktive psychische Veränderungen erreicht (Psychotherapie und Beratung)

oder entwicklungsfördernde zwischenmenschliche Interaktionen eingeleitet und erhalten werden sollen (Prävention und Rehabilitation).“ (S. 109).

Auf die Bedeutung der therapeutischen Beziehung wird im vierten Kapitel genauer eingegangen und Forschungsergebnisse dazu dargestellt.

Problematische Aspekte der Ausbildungsevaluation

Obwohl die Methoden, Verfahren und Schritte der Qualitätssicherung häufig beschrieben und thematisiert wurden, sind sie in der Ausbildungsevaluation nur verhältnismäßig wenig zum Einsatz gekommen. So schreiben Petzold et al. (1998), dass zwar „gute Psychotherapieausbildungen eine wesentliche Voraussetzung für effektive, qualitätsvolle und patientengerechte Psychotherapien sind (S. 351)“, aber die „Evaluation von Ausbildungen im professionellen Feld in der Psychotherapie bislang keine Tradition hat (S. 351)“.

Dies ist auf verschiedene problematische Aspekte zurückzuführen. So liegt es zum einen an der oben beschriebenen Breite und Heterogenität des Ausbildungsgebiets wie es u. a. von Laireiter und Botermans (2005) betont wurde. Bekannt ist auch, dass Ausbildungseinrichtungen nur wenig Interesse zeigen, ihre Ausbildung evaluieren zu lassen und somit die Datenerhebung erschwert wird. Schwierig sind auch die vielen verschiedenen psychotherapeutischen Orientierungen, die wiederum mit unterschiedlichen Ausbildungszielen und Vorstellungen von kompetenten Psychotherapeuten verbunden sind. Hierdurch werden der Vergleich und die Generalisierung von Ergebnissen nahezu unmöglich. Auch die Komplexität der Ausbildung sowie die Vielfältigkeit der Profession des Psychotherapeuten erschweren die Forschung. Sponzel (1999) spricht von der „kombinatorischen Explosion der Variablenvielfalt in der wirklichen Welt“ (S. 117). In der Ausbildungsforschung schlägt sich dies in zumeist explorativen Ansätzen nieder, die nur wenig theoriegebunden sind. Probleme der Ausbildungsforschung erschweren entsprechend auch die Qualitätssicherung.

Von Seiten der Kosten- und Leistungsträger wird jedoch der Ruf nach Qualitätssicherung immer lauter. Die Techniker Krankenkasse hat ein Pilotprojekt zur Evaluation von psychotherapeutischen Praxen gestartet. Eine Untersuchung der Wirksamkeit von Psychotherapeuten, die in langjähriger Praxis arbeiten, sagt jedoch noch nichts über die Effektivität der Ausbildung an sich aus. Wichtig ist es, die Umsetzung des Ausbildungscurriculums zu überprüfen und zu evaluieren, um von Beginn an eine patientengerechte, effiziente Behandlung zu gewährleisten.

Nach Willutzki und Laireiter (2005) kann man sich den Fragen nach Aufgaben und Zielen der Psychotherapieausbildung auf zwei Wegen annähern:

1. Welche Merkmale und Eigenschaften, die mit therapeutischer Effektivität und Kompetenz verbunden sind, können empirisch nachgewiesen werden?
Angesprochen sind hier Elemente der Psychotherapieforschung wie z. B. die Effektivitäts-, Prozess-, Ausbildungs- und Psychotherapeutenforschung. Mit Hilfe dieser Ergebnisse können für die Ausbildung spezifische inhaltliche Ziele und Zielklassen formuliert, spezifische Inhalte in Ausbildungscurricula eingebettet sowie zukünftige Psychotherapeuten entsprechend trainiert werden.
2. Welche Ausbildungsziele und –inhalte können anhand von „inhaltlichen Überlegungen, praktischen Erfahrungen und taxativen Modellen psychotherapeutischer Kompetenz (Willutzki & Laireiter, 2005, S. 21)“ abgeleitet werden?
Dieser Forschungsweg entspricht der traditionellen Vorgehensweise und wurde auch häufiger genutzt.

Die vorliegende Arbeit wird im Hinblick auf die Verbesserung des Trainings von Psychotherapeuten den erst beschriebenen Forschungsweg anstreben.

Als erstes Fazit kann man aus der Literatur zur Ausbildungsforschung schlussfolgern, dass trotz vieler Studien und Befunde, die Forschung hier noch in den Kinderschuhen steckt. Zugrunde liegende Probleme wurden benannt. Entsprechend wenig wurde bislang für die Qualitätssicherung in diesem Bereich getan. Es zeichnet sich jedoch ein deutlicher Wandel in Richtung steigender Wichtigkeit ab. Unterstrichen wird dies auch von den lauter werdenden Forderungen der Kosten- und Leistungsträgern nach Ausbildungs- und Psychotherapieevaluation. Insbesondere dem Qualitätsmonitoring der Prozess- und Ergebnisstruktur sollte mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die theoretischen Grundlagen sind - wie oben nach Reimer (1998) beschrieben - vorhanden und müssen nun in die Praxis übertragen werden. Diese Arbeit soll einen entsprechenden Beitrag in dem breiten Feld der Qualitätssicherung in der verhaltenstherapeutischen Ausbildung liefern.

Nachdem nun Aufbau und Aspekte der Qualitätssicherung der verhaltenstherapeutischen Psychotherapeutenausbildung in Deutschland dargestellt wurden, gehen wir auf die Ebene der Therapeuten weiter. Im folgenden Kapitel werden allgemeine Merkmale von Psychotherapeuten wie z.B. Geschlecht, Alter oder auch Persönlichkeitsmerkmale erläutert.

3 Merkmale von Psychotherapeuten

In der Boulder Konferenz zur Ausbildung in Psychotherapie Anfang der 50er Jahre wurden „gute Psychotherapeuten“ folgendermaßen charakterisiert:

„Herausragende Fähigkeiten insgesamt, Interesse an anderen Personen als Individuen, Einsicht in eigene Persönlichkeitsmerkmale, Sensibilität für die Komplexität motivationaler Fragen, Toleranz und die Fähigkeit, warme und effektive Beziehungen zu anderen aufzubauen (Raimy, 1950, zitiert nach Willutzki & Laireiter, 2005, S. 22)“.

Betrachtet man den aktuellen Forschungsstand, sind die damals eher allgemein formulierten Merkmale lediglich hinsichtlich ihrer Auswirkung auf das Therapieergebnis untersucht worden. Darüber hinausgehend wird nahezu jeder Befund – wie im weiteren Text deutlich wird – durch ein anderes entsprechendes Ergebnis widerlegt. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass es kaum möglich ist, allgemeingültige Kriterien eines „guten Psychotherapeuten“ festzulegen. Vergleichbar schwierig ist es, *die* Therapiemethode zu finden, die für *jeden* Patienten und *jedes* Störungsbild erfolgreich ist. Zusammenfassend kann man sagen, dass die Person des „Therapeuten“ im Bereich der Psychotherapieforschung als Forschungsvariable häufig vernachlässigt worden ist; Patientenseite und Methoden standen im Vordergrund. Dies veranlasste die Zeitschrift „Clinical Psychology Science and Practice“ 1997 sogar dazu ein Sonderheft mit dem Titel „The therapist as a neglected variable in psychotherapy research“ herauszubringen (zitiert nach Orlinsky et al., 1999).

Frank (1998) hat dennoch versucht, Kriterien eines „guten Therapeutenverhaltens“ zusammen zu stellen, die zumindest den Minimalstandards entsprechen. Sie benennt zum einen spezifische, beobachtbare Beziehungs- und Methodenkompetenzen (vgl. Beutler et al., 2004; Horvath & Symonds, 1991; Horvath, 2001; Lambert & Ogles, 2004; Martin et al., 2000), zum anderen subjektive Einschätzungen der Therapeuten selbst, die sich darauf beziehen, wie wirksam sie eine Therapie(stunde) gestalten konnten (z.B. Stolk & Perlesz, 1990) und schließlich die Einschätzungen der Beziehungsqualität und der erzielten Therapiefortschritte durch die behandelten Patienten (vgl. Lambert & Barley, 2001; Margraf & Schneider, 1992; Orlinsky et al., 2004; Schindler, 1991). Auf diese Merkmale soll in diesem sowie darauf folgenden Kapitel detailliert eingegangen werden.

Betrachtet man nach Beutler et al. (1994, 2004) die Literatur, so standen die Merkmale im Forschungsvordergrund, die durch Ausbildung und Training so gut wie nicht beeinflusst werden können.

lussbar sind, wie z. B. das Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit. Es gibt jedoch durchaus auch Untersuchungen zu Variablen, die direkt durch den Einfluss der Ausbildung entwickelt und gefördert werden können. Hierzu zählen Einstellungen und Haltungen zu Therapie und Patient, interaktionelle und interpersonale Merkmale und Kompetenzen, Fähigkeiten zur Gestaltung des Therapieprozesses und der therapeutischen Beziehung sowie professionelle Haltungen.

	traits	states
Beobachtbar	<ul style="list-style-type: none"> - Geschlecht - Alter - ethnische Zugehörigkeit - Kultur 	<ul style="list-style-type: none"> - Professionelle Haltung - Trainingsstand - Professionelle Erfahrung - Interpersonaler Stil
Ableitbar	<ul style="list-style-type: none"> - Persönlichkeit - Copingstrategien - Emotionale Stabilität - Werte und Einstellungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Therapeutische Beziehung - Theoretische Orientierung

Im Folgenden werden nun Befunde zu den einzelnen Aspekten dargestellt. Es handelt sich hier um allgemeingültige Aussagen über Psychotherapeuten. Ausbildungsspezifische Daten werden in Kapitel 5 gesondert vorgestellt.

Auf Fähigkeiten zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung (als wichtige therapeutische Basisvariable) und die Umsetzung therapeutischer Interventionen wird im nächsten Kapitel unter „Anforderungen an den Psychotherapeuten“ näher eingegangen.

3.1 Geschlecht, Alter und Kultur (beobachtbare traits)

Reinecker (1997) kommt in seinem Artikel „Was ist ein guter Verhaltenstherapeut?“ anhand empirischer Belege zu dem Schluss, dass Alter, Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit keine besondere Rolle bei der Beantwortung dieser Frage spielen. Diese Feststellung machte schon Garfield (1978, 1986 zitiert nach Schindler, 1991), der sagte, dass demographische und sozioökonomische Variablen offensichtlich keinen Einfluss auf den Therapieerfolg haben. Auch Huppert et al. (2001) konnten in ihrer Arbeit keine Zusammenhänge zwischen Therapeutengeschlecht bzw. –alter und dem Therapieergebnis nachweisen.

Dennoch wurde und wird diesen Variablen in vielen Studien Beachtung geschenkt. Um ein rundes Bild der Therapeutenvariablen in dieser Arbeit darzustellen, sollen auch hier einige Befunde aufgeführt werden.

3.1.1 Geschlecht

Die Frage, inwiefern das Geschlecht mit Therapieerfolg und Drop-out-Rate verbunden ist, steht in der Psychotherapieforschung bezüglich dieser Variable im Vordergrund. Wie jedoch Teyber und McClure (2000) in ihrem Übersichtsartikel zu Therapeutenvariablen feststellen, mangelt es in diesem Forschungsfeld an gut kontrollierten Studien: „Unfortunately, the lack of well-controlled studies of the topic limits the possible conclusions“ (S. 65). Dies wird auch an den folgenden dargestellten Studien deutlich.

Eine Suchtforschungsstudie (Fiorentine & Hillhouse, 1999, zitiert nach Beutler et al., 2004) konnte mit einer signifikanten Effektstärke von .15 zeigen, dass die Übereinstimmung des Geschlechts von Patient und Therapeut die Abstinenzrate erfolgreich steigern kann. Aus dem Bereich der Behandlung von Essstörungen bei Patientinnen zeigt eine Studie von Kopeinig et al. (2001), dass Essstörungsexperten generell weibliche Therapeuten für die Behandlung empfehlen. Eine Übereinstimmung des Geschlechts wird demnach bevorzugt. Allerdings wurde in dieser Studie kein Bezug zum Therapieerfolg hergestellt. Die Autoren weisen in Anlehnung an weitere Befunde auf die Wichtigkeit des Patientenwunsches nach dem Therapeutengeschlecht hin. Entscheidend sei in diesem Zusammenhang die Bewertung der therapeutischen Beziehung, welche u. a. auch von geschlechtsspezifischen Beziehungsmustern abhängig sei (Grande et al., 1992, zitiert nach Kopeinig et al., 2001).

Bowman et al. (2001) verknüpften in einer Meta-Analyse 58 Studien, die das Therapeutengeschlecht im Hinblick auf den Therapieerfolg untersuchten. Die Befunde ergaben keinen Effekt für weibliche Therapeuten. Somit schlussfolgerten die Autoren, dass das Geschlecht kaum als Einflussvariable in den Therapieprozess eingreift.

Rudolf (2002) kommt in seinem Vortrag auf einer Tagung des Züricher Chartas zum Thema „Mann oder Frau? Wie bestimmend ist das Geschlecht in der psychotherapeutischen Interaktion?“ zu dem Schluss, dass „offenbar die individuelle Persönlichkeitsentwicklung des Therapeuten wichtiger als die Geschlechtszugehörigkeit ist“ (S. 92). Psychotherapeuten würden eine Abklärung ihrer eigenen Geschlechtsidentität und ein „Vertrautwerden mit dem Gegengeschlecht“ (S. 93) benötigen, um Ängste zu überwinden.

Eine Präferenz für eine bestimmte geschlechtsbezogene Patienten-Therapeutendyade könne aus der aktuellen Psychotherapieforschung nicht abgeleitet werden.

Betrachtet man die Übersicht zur Geschlechterforschung in „Bergins and Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (2004, Kapitel 7), so wird ersichtlich, dass der Geschlechtereffekt bislang in den unterschiedlichsten Bereichen untersucht wurde (z.B. Suchttherapie, Kinder- und Familientherapie, Individualtherapie). Auch hier zeigen sich unabhängig von Forschungsbereich, Patienten- und Diagnosemerkmalen überwiegend keine bis schwach signifikante Effektstärken.

Zusammengefasst kann man festhalten, dass das Geschlecht des Therapeuten weder einen entscheidenden Einfluss auf den Therapieerfolg noch auf die Drop-out-Rate hat.

3.1.2 Alter

Die Frage nach dem Einfluss des Therapeutenalters auf den Therapieprozess bzw. die therapeutische Beziehung kann nur sehr oberflächlich beantwortet werden. Dies liegt an unterschiedlichen Problemen, die in diesem Forschungsbereich auftreten:

- Konfundierung der therapeutischen Erfahrung (Beutler et al., 2004)
- Kohorteneffekte der der Arbeit zugrunde liegenden theoretischen Orientierung (aktuelle Therapieschulen beeinflussen die Therapeutenausbildung)
- Alter ist häufig nur post-hoc Variable (aufgrund Konfundierungsproblematik)
- Alter ist keine robuste Forschungsvariable
- Mangel an kontrollierten Studien

So kommen Huppert et al. (2001) zu einer ähnlichen Erkenntnis wie die bereits zitierten Teyber und McClure (2000): „Most studies examining the relationship between the therapist’s age and treatment outcome have been based on uncontrolled, naturalistic studies“ (S. 747).

Zusammenfassend zeigen die Befunde zum Einfluss des Alters keine Zusammenhänge mit Therapieverlauf und –erfolg (Atkinson & Schein, 1986; Sexton & Whiston, 1991; Schindler, 1991; Beutler et al., 2004).

Donnan und Mitchell (1979) fanden Hinweise darauf, dass ältere Patienten junge Therapeuten eher als unerfahren und unreif einschätzen. Man muss hier jedoch auch die Problematik der Konfundierung berücksichtigen. Nach einer Studie von Beck (1988, zitiert nach Beutler et al., S. 231, 2004) sind Therapeuten, die 10 Jahre jünger sind als ihre Patienten weniger erfolgreich als solche, die ähnlich alt sind wie ihre Patienten.

Beutler et al. (2004) fanden zwischen 1990 und 2000 lediglich eine Studie, die das Therapeutenalter als Prädiktorvariable beachtete. Diese Arbeit von Barber und Muenz (1996) konnte ebenfalls keinen Effekt der Altersvariable nachweisen. Zu einem ähnlichen Schluss kommen Teyber und McClure (2000) nach einer Sichtung der Literatur für ihre Übersichtsarbeit. Auch diese beiden Autoren konnten nur Studien mit widersprüchlichen bzw. keinen Ergebnissen finden und kein eindeutiges Fazit herausarbeiten.

Alter und Lebenserfahrung

Untersucht man das Alter, stellt sich die Frage nach dem Einfluss der Lebenserfahrung und früherer Lebensereignisse auf das Therapiegesehen. Professionelle Entwicklung kann nicht von der persönlichen Entwicklung getrennt betrachtet werden. Auch der eigene Erfahrungsschatz wächst mit zunehmendem Alter. Arbeiten zu diesem Themenbereich sind ebenfalls rar. Studien können nur über retrospektive Befragungen von erfahrenen Therapeuten aufgebaut werden, so dass die Validität der Ergebnisse dementsprechend gering ist.

In der Minnesota-Studie (eine der bedeutendsten Langzeitstudien über 11 Jahre, Rønnestad & Skovholt, 2001) wurden erfahrene Therapeuten (Durchschnittsalter 74 Jahre) retrospektiv befragt, welche Quellen im Verlauf der gesamten Karriere Einfluss auf ihre professionelle Entwicklung genommen haben. Sie berichteten, dass z. B. die Gestaltung der Arbeitsrolle, die theoretische Orientierung oder auch Einstellung zu Kollegen aufgrund ihrer Erfahrungen mitbestimmt wurden. Persönliche Erfahrungen im Erwachsenenalter hätten die professionelle Entwicklung wesentlich beeinflusst. Als bedeutendste Quelle wurde die Beziehungsqualität zum Partner benannt. Der Kontakt (Beobachtung und Interaktion) zu ihren professionellen Vorbildern habe als internalisierter Einfluss das gesamte Berufsleben angedauert. Rønnestad und Skovholt (2001) betonen, dass dies als ein wichtiger Aspekt für die Ausbildung von Therapeuten festgehalten werden müsse. Denn insbesondere interpersonelle Erfahrungen würden eine entscheidende Rolle für die professionelle Entwicklung spielen.

Zusammengefasst nimmt das Therapeutenalter als Variable kaum einen Einfluss auf das Therapiegesehen und soll auch als Forschungsvariable in der vorliegenden Arbeit nicht weiter beachtet werden.

3.1.3 Kulturelle und ethnische Zugehörigkeit

Die Annahme, dass die Übereinstimmung der kulturellen und ethnischen Zugehörigkeit einen positiven Prädiktor für den Therapieerfolg darstellt, ist weit verbreitet und seit langem akzeptiert (z. B. Beutler et al., 2004; Teyber & McClure, 2000; Yeh, Eastman & Cheung, 1994; Atkinson & Matsushita, 1991; Atkinson & Schein, 1986). Die meisten Studien zu diesem Themenbereich stammen von US-amerikanischen Forschungsgruppen und beschäftigen sich mit Therapien von afrikanischen, asiatischen sowie südamerikanischen Einwanderern (Sue et al., 1991; Snowden et al., 1995). Es gibt jedoch auch Studienergebnisse, die keine reduzierte drop-out-Rate bei ethnischer Übereinstimmung nachweisen konnten (z. B. Gottheil et al., 1994; Sterling et al., 1998).

Es muss jedoch angemerkt werden, dass existierende Studien häufig sehr undifferenziert bleiben. Die Hypothese der Übereinstimmung konnte empirisch noch nie richtig bestätigt werden und hat eher einen politischen Stellenwert (Beutler et al., 2004). Valdez (2000) fordert dennoch, dass ein Psychotherapeuten-Training die kulturelle Sensibilität steigern sollte, um bessere therapeutische Ergebnisse erzielen zu können. Um eine solche Forderung zu unterstützen, bedarf es weiterer empirischer Forschung, die sich mit der kulturellen Übereinstimmung als Moderator- und Prädiktorvariable beschäftigt. Offen bleibt auch die Frage nach der Konfundierung der Ethikvariablen mit anderen Persönlichkeitsmerkmalen des Therapeuten.

3.2 Persönlichkeit (ableitbare traits)

In der Psychotherapieforschung stehen unter der Überschrift der „(Therapeuten-) Persönlichkeit“ verschiedene ableitbare traits im Mittelpunkt: Struktur, Werte und Einstellungen, emotionale Stabilität und Bewältigungsmuster. Studien beschäftigen sich in diesem Zusammenhang damit, inwiefern Persönlichkeitsqualitäten von Therapeuten und Patienten interagieren, Beziehungsmuster entstehen und man sich gegenseitig beeinflusst. Häufig kann nicht geklärt werden, wie sich einzelne Attribute gegenseitig bedingen, sondern nur, dass sie dies tun.

Laut Beutler et al. (2004) wurde dieser Forschungsbereich jedoch zugunsten der Beforschung von Therapieformen und Manualen sowie der Patientenseite vernachlässigt. Dieser Forschungsabschnitt steckt noch in den Kinderschuhen und vorhergehende Ergebnisse sollten vorsichtig interpretiert werden. Auch bei der Literatursichtung für die vorliegende Arbeit wurde deutlich, dass sich insbesondere in den letzten Jahren zwar

die Anzahl der Studien vermehrt hat, die Aussagekraft dieser Arbeiten jedoch noch vage bleibt.

Untersuchungen zu Persönlichkeitsdimensionen (-struktur) und Bewältigungsstrategien existieren kaum und sind von den Ergebnissen zu ungenau, um sie hier darzustellen. Einige Korrelationsstudien der 80er und 90er Jahre versuchten Therapeutencharakterzüge mit dem Therapieoutcome in Verbindung zu setzen; die Ergebnisse waren aber enttäuschend (z. B. Antonuccio et al., 1982; Hunt et al., 1985; Berry & Sipps, 1991; zitiert nach Beutler et al., 2004).

Die emotionale Stabilität und das Wohlbefinden von Therapeuten hat als einer der wenigen Persönlichkeitsfaktoren und im Rahmen der Burnout-Forschung als Forschungsvariable in den letzten 20 Jahren an Bedeutung gewonnen. Gemeinsamer Tenor und Hypothese aller Studien ist, dass Patienten von emotional stabilen und sich wohl fühlenden Therapeuten stärker profitieren als von labilen Therapeuten. Nach Vocisano et al. (2004) wurde jedoch noch in keiner Studie der direkte Zusammenhang zwischen professionellem Burnout und Patientenoutcome untersucht. Auch Beutler et al. (2004) nennen in ihrem Übersichtsartikel neun verschiedene Studien, die sich mit der emotionalen Stabilität von Psychotherapeuten beschäftigen. Die Autoren kritisieren jedoch, dass sich diese auf Korrelate des Merkmals beziehen (z. B. persönlicher privater bzw. beruflicher Stress; Offenheit; Motivation; eigene Therapie).

Insbesondere in diesem Abschnitt wird deutlich, welche Schwierigkeiten mit der Person des Therapeuten als Forschungsvariable verbunden sind. Die Konfundierung verschiedener Aspekte macht das Erforschen einzelner Merkmale und deren Bedeutung für den Therapieprozess so kompliziert. Auch im folgenden Unterkapitel wird dieses Problem erneut deutlich.

3.3 Therapeutische Erfahrung (beobachtbarer state)

Sowohl die professionelle als auch die Meinung von Laien betont den Nutzen von Erfahrung und Training von Therapeuten, ein empirischer Nachweis ist jedoch überraschenderweise nur schwer zu finden (Roth & Fonagy, 2005). „Therapeutische Erfahrung“ wird in der Fachliteratur definiert als die „Anzahl an Jahren mit praktischer Tätigkeit und Zahl unterschiedlicher Patienten sowie Störungsbilder“ (Teyber & McClure, 2000). Ein grundlegendes Problem dieser Forschungssparte ist der enge Zusammenhang der Erfahrung mit verschiedenen Aspekten der Therapeutenausbildung und des Therapeutentrainings. Trotzdem zeigt sich auf Patientenseite, dass insbesondere die

wahrgenommene Expertise und Erfahrung des Therapeuten ein wesentlicher Faktor ist, der die Compliance des Patienten erhöht; stärker als die wahrgenommene Attraktivität und Vertrauenswürdigkeit (Keijsers et al., 2000). So konnten Probst et al. (1994) zeigen, dass erfahrene Therapeuten mehr positive Therapieergebnisse erreichen als unerfahrene - unabhängig von der Therapieschule ($r = .10$). Blatt et al. (1996) bestätigten dieses Ergebnis mit einem deutlich höheren Effektstärkmaß von $r = .48$. Weitgehend ungeklärt bleibt jedoch auch hier, wie Patienten „therapeutische Erfahrung“ für sich definieren.

Dunkle und Friedlander (1996) untersuchten, inwiefern sich der Erfahrungslevel (Anzahl an Berufsjahren) auf die unterschiedliche Aspekte (Bindungsverhalten, Aufgaben- und Zielorientierung) der therapeutischen Beziehung zu Therapiebeginn auswirkt. Entgegen ihrer Annahmen wirkte sich der Erfahrungswert des Therapeuten nicht auf die Aufgaben- und Zielorientierung, sondern auf den Bindungsfaktor der Beziehung aus. An dieser Stelle zeigt sich wiederum das Problem der Konfundierung mit Bindungsfähigkeiten und Persönlichkeitsfaktoren des Therapeuten, auf die im Kapitel 4.1 u. a. näher eingegangen wird. Des Weiteren konnten die Autoren zeigen, dass die professionelle Erfahrung des Therapeuten nicht zur Vorhersage des Patientenurteils über die therapeutische Beziehung beitrug.

Luborsky et al. (1997) konnten nachweisen, dass einige Therapeuten nur mit einer spezifischen Patientengruppe effektiv arbeiten können, während andere bei einer breiten Patientenschar erfolgreich sind. Mit Effektstärkegrößen von $r < .15$ sind dies jedoch eher schwache wenn auch signifikante Ergebnisse.

Roth und Fonagy (1996, 2005) fassen u. a. Studien zusammen, die zeigen, dass das vorzeitige Ausscheiden von Patienten aus der Therapie häufiger bei unerfahrenen als bei erfahrenen Therapeuten vorkommt. Die Autoren schlussfolgern, dass dies ein Hinweis darauf sein könnte, dass die Erfahrung des Therapeuten durchaus einen Unterschied in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung ausmacht.

Da u. a. aus Patientensicht die wahrgenommene therapeutische Erfahrung ein wesentlicher Aspekt der Compliance und Therapiezufriedenheit darstellt, sollte in diesem Bereich die Forschung intensiviert werden. Wichtig wird dabei sein, die Erfahrungsvariable als separate Forschungsgröße zu betrachten und sie von der Ausbildung sowie den Persönlichkeitsfaktoren zu trennen.

3.4. Flexibilität, Adaptationsfähigkeit und Selbstregulation (ableitbare states)

Befragt man Verhaltenstherapeuten nach wichtigen Attributen ihres Berufes (Kraemer, 1997, zitiert nach Reinecker, 1997), so geben sie u. a. auch die eigene Flexibilität und Kreativität als höchst bedeutsame Merkmale ihrer Arbeit an.

James et al. (2001) definieren therapeutische Kompetenz bezogen auf die kognitive Verhaltenstherapie wie folgt:

„Therapeutic competence is the accurate and skilful provision of an empirically validated model of therapy in such a way that it is likely to result in clinically significant change for patient. Thus a competent therapist should be able to adapt therapy flexibly and responsively, taking account of the moment-to-moment needs of patient, and should also be able to motivate the patient via an effective interpersonal style.“ (p. 133)

Kanfer et al. (1996, 2005) betonen in ihrem Selbstmanagement-Therapie-Ansatz, dass die Dynamik des menschlichen Lebens auf Seiten des Therapeuten ein probabilistisches Denken und eine prinzipielle Flexibilität nahe legt. Alle Planungen und Schritte hätten immer nur „Gültigkeit bis auf Weiteres“, alle Vorgehensweisen müssten anhand aktuell eintretender Ereignisse optimiert werden. Nach Grawe (1998) zählen die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung sowie die Fähigkeit zur Selbstregulation zu den persönlichen Ressourcen von Menschen. Der Aspekt der Flexibilität ist sowohl für die Selbstwahrnehmung als auch für die Selbstregulation eine Eigenschaft, die diese Prozesse stärkt und fördert.

Eine variable Geschlechtsrollen-Orientierung und die Fähigkeit zu einer angemessenen Selbstenthüllung kennzeichnen laut Rzepka-Meyer (1997) die kognitive Flexibilität. Flexible Therapeuten können unterschiedliche Sichtweisen nachvollziehen und das eigene Verhalten an verschiedene Situationen anpassen. Borders und Fong (1984) konnten die Selbstenthüllung sowie eine androgyne Geschlechtsrollen-Orientierung als Prädiktoren für interpersonale Kompetenzen und eine sensible soziale Wahrnehmung identifizieren. Die beiden Konzepte interkorrelieren, d. h. androgyne Personen zeigen mehr Bereitschaft sich zu öffnen als andere (Stokes et al., 1981, zitiert nach Rzepka-Meyer, 1997). Hill und Knox (2001) warnen jedoch vor einer zu starken Selbstöffnung der Therapeuten im therapeutischen Setting, auch wenn sie dazu beitragen kann, dass der Patient den Therapeuten als Mensch sieht. Sie empfehlen diese Strategie eher selten einzusetzen, weniger persönliche Inhalte als den eigenen professionellen Hintergrund zu thematisieren und kritisch zu bedenken, ob die angesprochenen Inhalte schädlich sein könnten.

Im Zusammenhang mit dem Merkmal der Flexibilität wird in der Literatur häufig der Begriff der Reflexion gebracht. Nach Rønnestad und Skovholt (2005) ist die

Aufrechterhaltung einer reflektierten Haltung gegenüber den Herausforderungen und Schwierigkeiten, mit denen man in der Therapie konfrontiert wird, der zentrale Aspekt in der professionellen Entwicklung (siehe auch 5.1.2.). Nur so kann man flexibel auf diese Situationen reagieren. „Reflexion (kontinuierliche professionelle Reflexion...) wird verstanden als fokussierte, persistente Suche nach einem umfassenderen, nuancierteren und echten Verständnis der eigenen Person, anderer sowie der Prozesse und Phänomene, auf die Therapeuten stoßen und die sie sich einlassen“ (Rønnestad & Skovholt, 2005, S. 109). Die Autoren sprechen auch von einer „echten explorierenden Haltung gegenüber allen Aspekten seines (des Therapeuten) professionellen Lebens“ (S. 110).

Zusammenfassung:

Lässt man an dieser Stelle die Tatsache außer Acht, dass der Therapeut als Person nach wie vor nur ein unzulänglicher Forschungsgegenstand ist, kann man an dieser Stelle folgende wichtige Merkmale von Therapeuten zusammenfassen:

- Demographische und sozioökonomische Variablen haben annähernd keinen Einfluss auf den Therapieerfolg
- Geschlechterübereinstimmung zwischen Therapeut und Patient scheint für die Behandlung bestimmter Störungsbilder vorteilhaft zu sein
- Persönlichkeitsentwicklung ist entscheidender als die Geschlechtsidentität
- Die Übereinstimmungshypothese ethnischer und kultureller Werte hat eher politischen Stellenwert
- Von therapeutischen Persönlichkeitsmerkmalen wie „emotionale Stabilität“ und „Wohlbefinden von Therapeuten“ können Patienten profitieren
- Therapeutische Erfahrung fördert Compliance und Therapiezufriedenheit auf Patientenseite
- Therapeutische Flexibilität und Adaptionfähigkeit sind entscheidend für eine patientengerechte Therapiegestaltung

Nach der Beschreibung von Therapeutenmerkmalen, die von Therapeutenseite in den Therapieprozess eingebracht, aber kaum beeinflusst werden können, stehen im folgenden Kapitel nun die therapeutischen Prozessanforderungen im Vordergrund, die vom Therapeuten aktiv gelenkt werden können.

4 Anforderungen an Psychotherapeuten

Kaum veränderbare Therapeutenmerkmale stellen einen Aspekt des therapeutischen Prozesses insbesondere der Person des Therapeuten dar (Kapitel 3). In diesem Kapitel sollen nun Anforderungen des Therapieprozesses beschrieben werden, auf die Therapeuten flexibel reagieren können bzw. müssen. Die Therapeutenausbildung bietet eine breite Plattform, sich den Forderungen zu stellen und den Umgang damit zu lernen. Laut Borg-Laufs (2005) sind „Anforderungen, die an Therapeuten in der Ausbildung gestellt werden, erheblich“ (S. 381). „Erheblich“ meint in diesem Fall sowohl die Quantität des zu absolvierenden Programms als auch die qualitativen inhaltlichen Ansprüche des zu erlernenden Berufs des Psychotherapeuten. Diese bleiben entsprechend im späteren Berufsleben bestehen. Ausbildung muss eine stabile Basis schaffen, um den andauernden Anforderungen des Berufs als Psychotherapeuten gerecht zu werden.

Quantitative und qualitative Anforderungen während der Ausbildung	
Quantitative Anforderungen	Qualitative Anforderungen
<ul style="list-style-type: none"> - Praktische Ausbildung: Arbeitsstunden - Fortbildungsstunden - Supervisionsstunden 	<ul style="list-style-type: none"> - Theoretischer Wissenserwerb - Aufbau/Vertiefung von Fertigkeiten zum Einsetzen verschiedener therapeutischer Interventionen - Erwerb von Kompetenzen zum Aufbau/Erhalt einer tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung - Förderung einer positiven persönlichen Entwicklung

Es ist also nicht nur wichtig, dass sich Patienten verändern und in der Therapie weiterentwickeln, sondern dass auch Therapeuten während ihrer Ausbildung und darüber hinaus professionelle Fähigkeiten der Selbstregulation und Selbstkontrolle aufbauen, sie in ihrer Persönlichkeit stabilisiert werden und insbesondere an emotionaler Sicherheit gewinnen. Haben Psychotherapeuten diese Fertigkeiten in ihr Handlungsrepertoire und ihre Persönlichkeitsstruktur integriert, verfügen sie über wichtige Wirkfaktoren des Therapieprozesses (qualitative Aspekte).

In der Forschung wird in den letzten Jahren davon ausgegangen, dass diese Wirkvariablen therapieschulübergreifend ähnlich sind (vgl. Schulte, 1991; Grawe, 1992a, Grawe et al., 1994; Lambert & Ogles, 2004). Bereits 1973 betonte Strupp, dass man sich auf die Gemeinsamkeiten verschiedener Therapierichtungen konzentrieren und nicht

nur auf die Unterschiede fixieren sollte. Er stellte drei Punkte als „basic ingredients of psychotherapy“ in den Vordergrund:

- a) Positive Therapiebeziehung (Voraussetzung für die erfolgreiche Anwendung psychologischer Techniken)
- b) Anwendung von psychologischen Techniken (Therapeuten-Patienten-Interaktion wird hierdurch zur Arbeitsbeziehung)
- c) Fähigkeit und Bereitschaft des Patienten in der Therapie mitzuarbeiten

Alle drei Bedingungen sind für eine erfolgreiche Therapie notwendig; unabhängig von der theoretischen Orientierung des Therapeuten.

Ebenso ordnen Chatoor und Krupnick (2001) den Dimensionen allgemeingültige („common factors“) oder unspezifische Faktoren zu, die von den meisten Psychotherapieschulen geteilt werden (z. B. positive therapeutische Beziehung, therapeutische Kompetenz, Festhalten an therapeutischen Protokollen (z. B. an Manualen).

Orlinsky und Howard (1987) konstruierten auf der Basis der „common factors“ (z. B. Grencavage et al., 1990; Weinberger, 1995) ähnlich wie die Arbeitsgruppe um Grawe (1995) allgemeingültige Therapiemodelle; das „Generic Model of Psychotherapy“ (Abb. 2) bzw. die „Allgemeine Psychotherapie“. Grawe (1999) bezeichnet den Ansatz der „Allgemeinen Psychotherapie“ nicht als neue Therapieform, sondern als Leitbild für empiriegeleitete Psychotherapeuten. Er bedauert, dass aufgrund der strikten Trennung von Therapieschulen auch heute noch längst nicht alle Patienten mit den Maßnahmen behandelt werden, die am ehesten zu einer Verbesserung führen. Grundlage für die Realisierung einer Allgemeinen Psychotherapie können zum einen empirisch fundierte Handlungsregeln (Wenn-dann-Regeln; selektive und adaptive Indikationsregeln; nachzulesen u. a. bei Grawe, 1999, S. 352-353), zum anderen ein Konsistenztheoretisches Modell als theoretischer Rahmen sein. Grawe beschreibt sein Modell der Allgemeinen Psychotherapie bewusst im Konjunktiv, um weitere Ergänzungen und die individuelle Nutzung möglich zu machen. Insbesondere für die Ausbildung von Psychotherapeuten betont er die Notwendigkeit der Öffnung gegenüber anderen Therapierichtungen. Wichtig sei hier die ausführliche Vermittlung, Einarbeitung und Vertiefung verschiedener Konzepte, da ein Therapeut bei der Entscheidung, wann er welches Vorgehen wählt, genau darauf angewiesen sei.

Orlinsky und Howard versuchten in ihrem Modell, die hohe, teils unübersichtliche Zahl empirischer Erkenntnisse der Prozess-Ergebnis-Forschung der Psychotherapie zu ordnen und diese zu integrieren. Die empirische Validierung des Modells wird durch die angenommene Variablen-Interaktion schwierig (Ambühl & Grawe, 1988). Nicht zuletzt,

um die Tatsache dieser Schwierigkeit der psychotherapeutischen Forschung plastisch darzustellen, wird das Modell von Orlinsky und Howard immer wieder zur Veranschaulichung des therapeutischen Prozesses herangezogen.

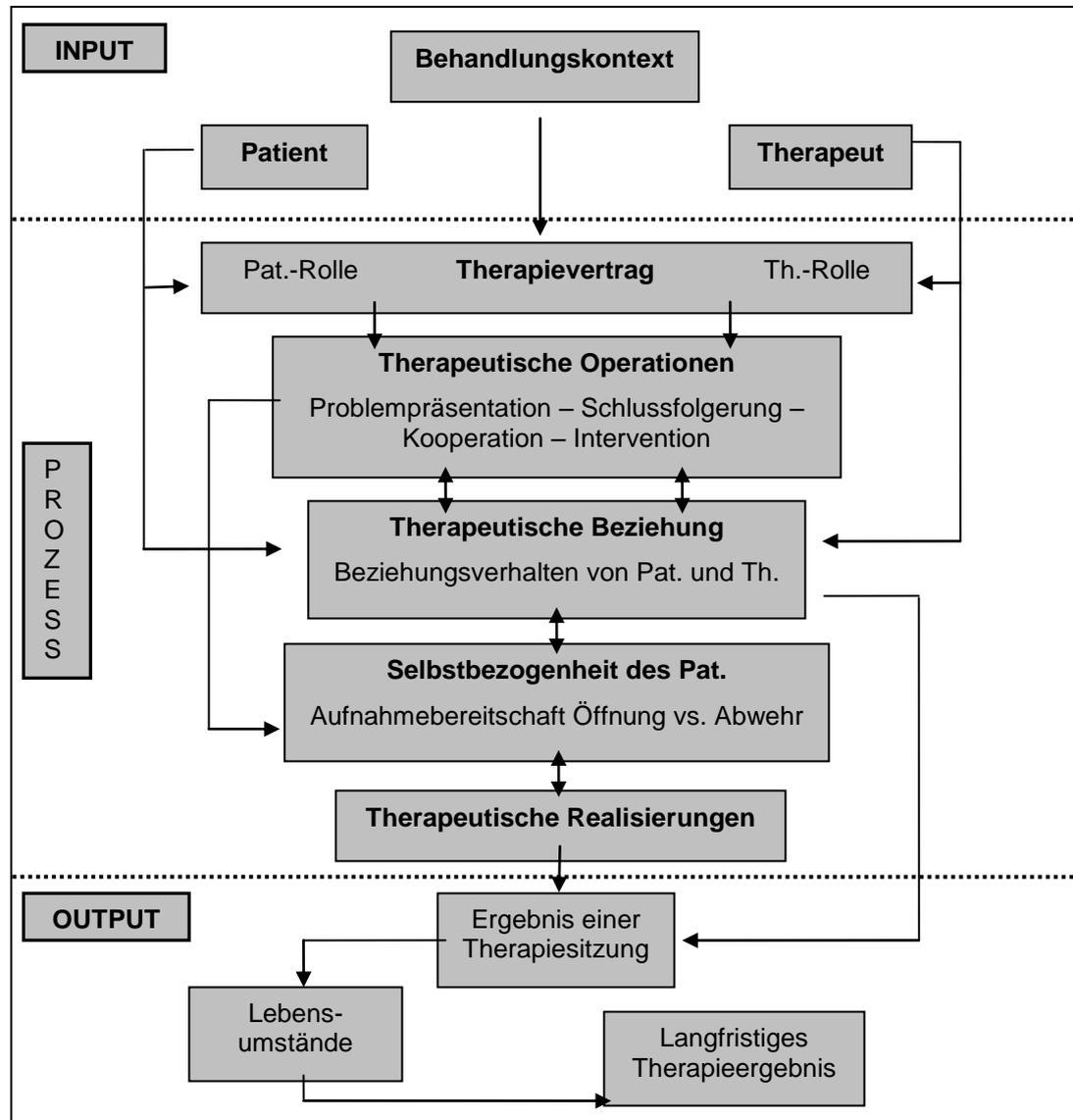


Abb. 2: Vereinfachte Darstellung des „Generic Model of Psychotherapy“ (Orlinsky & Howard, 1987)

Spezifische oder eindeutige Faktoren wie therapeutische Techniken und Interventionen charakterisieren nach Chatoor und Krupnick (2001) bestimmte Therapierichtungen wie die Verhaltenstherapie.

Entsprechend der Unterscheidung von allgemeingültigen und spezifischen Wirkfaktoren sollen nun verschiedene Befunde dargestellt werden. Zunächst werden allgemeine Ergebnisse zur therapeutischen Beziehungsgestaltung berichtet, die in spezifisch verhaltenstherapeutische Beziehungsfaktoren münden. Die therapeutische Beziehung ist die

wichtigste Basisvariable im therapeutischen Geschehen – unabhängig von der jeweiligen Psychotherapieschule. Keine therapeutische Intervention kann gelingen, wenn die Voraussetzung für eine positive Arbeitsbeziehung nicht gegeben ist. Therapeutische Interventionen werden im folgenden Abschnitt thematisiert. Es wird auf spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen eingegangen, die ausdrücklich auch die therapeutischen Wirkprinzipien nach Grawe (1995a; Grawe et al., 1995) umfassen. Studien zur Patientenzufriedenheit liefern erneut allgemeingültige Befunde (subjektiver und objektiver Art).

4.1 Therapeutische Beziehung

Nach Horvath (2000) glauben die meisten Therapeuten, dass die Beziehung zwischen ihnen und ihren Patienten einen großen Einfluss darauf habe, wie erfolgreich die Therapie verläuft. Von Forschungsseite her werden sie in ihren Vermutungen unterstützt und bestärkt. Es hat sich in unterschiedlichsten Studien gezeigt (Fallstudien, Meta-Analysen etc.), dass die therapeutische Arbeitsbeziehung ein robuster Prädiktor für den Therapieausgang ist (Effektstärken von $d = .22-.58$.; z. B. Horvath & Snyder, 1991; Krupnick et al., 1996; Ahn & Wampold, 2001). Sie gilt als Basisvariable aller Psychotherapieschulen, die für jegliche weitere therapeutische Veränderungsarbeit eine notwendige Voraussetzung ist.

So sagt Strupp (1996): „Das kritische Element jeder erfolgreichen Therapie ist, glaube ich, die Fähigkeit des Therapeuten, mit der Beziehung zwischen Patient und Therapeut sicher umzugehen.“ (S. 1022, zitiert nach Rønnestad & Skovholt, 1997).

Gaston (1990) schreibt der therapeutischen Beziehung drei bedeutende Aufgaben innerhalb des psychotherapeutischen Prozesses zu:

- a) eigenständiger therapeutischer Wirkfaktor
- b) Voraussetzung für den effektiven Einsatz therapeutischer Interventionen
- c) Interaktionspartner für verschiedene Typen therapeutischer Interventionen (explorativ vs. unterstützend), um entscheidend zum Therapieerfolg beizutragen

Als schwierig erweist sich in diesem Forschungsbereich, Variablen zu bestimmen, die die therapeutische Beziehung beeinflussen. Das schon häufig angesprochene Konfundierungsproblem wird erneut deutlich. Hersoug et al. (2001) schreiben in ihrem Artikel, dass frühere Studien aus diesem Grund widersprüchliche Ergebnisse im Hinblick auf die Verbindungen von professioneller Erfahrung, formalem Training, Kompetenz als

Psychotherapeut und der therapeutischen Arbeitsbeziehung hervorbrachten. Die mangelnde Unterscheidung zwischen Erfahrung, Training und erworbener Fähigkeiten sowie unterschiedliche Bewertungsmethoden haben möglicherweise zur Reduzierung der Konsistenz der Ergebnisse beigetragen und machen auch den Vergleich von Studien schwierig (Stein & Lambert, 1995).

Anfänge des Konzepts der therapeutischen Beziehungsgestaltung

Von Beginn an war die therapeutische Beziehung „ein fundamentaler Bestandteil psychoanalytischer Therapie“ (Freud, 1910, zitiert nach Schmidt-Traub, 2003, S. 111). Dem Fortdauern vergangener Beziehungen in der Gegenwart wurde immer besondere Bedeutung beigemessen und zunächst vor allem als *Übertragungsbeziehung* betrachtet (Boothe & Grimmer, 2005). Freud (1912/1966) unterschied die realistisch-gemeinschaftlichen Aspekte der Beziehung von den eher unbewussten, verzerrten Anteilen (zitiert nach Gaston, 1990). Er sprach von „den freundlichen und teilnehmenden Perspektiven der Übertragung, die für das Bewusstsein zulässig sind und das Gerüst des Erfolgs darstellen“ (zitiert nach Gaston, 1990, S. 144). Der Therapeut dient hierbei dem Patienten als Projektionsfläche für seine innere Beziehungswelt. In Anlehnung an Freud prägte Zetzel (1956, zitiert nach Roth & Fonagy, 2005, S. 461) den Begriff der „therapeutischen Allianz“, die auf einer bewussten, gemeinschaftlichen und rationalen Übereinstimmung zwischen Patient und Therapeut basiert.

Bordin (1975, zitiert nach Horvath, 2000), der auch als der „Vater der theoriebasierten therapeutischen Beziehung“ (Luborsky, 2000, S. 17) gilt, bemühte sich das psychodynamische Konzept Freuds in ein allgemeingültigeres Modell einzubetten (Safran et al., 1990; Hentschel, 2005). Es umfasst Vereinbarungen der Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Patient, die sich auf drei – laut Bordin (1979) - voneinander unabhängigen Hauptkomponenten beziehen:

- therapeutische Bindung auf der Grundlage wechselseitigen Vertrauens, Zutrauen und Akzeptanz (bond)
- Aufgaben (tasks)
- Ziele (goals)

Die therapeutische Beziehungsqualität resultiert aus dem Ausmaß, in dem Therapeut und Patient in Aufgaben und Zielen der Psychotherapie übereinstimmen. Dies wird beeinflusst durch die Bindungsqualität zwischen beiden Beteiligten, die wiederum durch die Übereinstimmung zwischen Aufgaben und Zielen berührt wird. Deutlich wird erneut die Komplexität, die hinter der therapeutischen Beziehung steht und eindeutige Aussa-

gen über Wirkvariablen so schwierig macht. Trotzdem betonen auch heute noch u. a. Stiles et al. (1998), dass eine gute therapeutische Beziehung das Produkt eines reaktiven Prozesses ist, der definiert wird durch die Fähigkeit des Therapeuten, spezifische therapeutische Interventionen und Aufgaben an die Ziele des Patienten anzupassen. Outcome-Studien belegen, wie bedeutsam die Einigkeit in den Therapiezielen und der Kooperation für das Engagement von Patient und Psychotherapeut sind – vor allem in der initialen Phase der Therapie (Tyron et al., 2002).

Rogers (1958, zitiert nach Schmidt-Traub, 2003) beschrieb Therapeutenvariablen (Empathie, Wärme, positiven Wertschätzung, Kongruenz), die das psychotherapeutische Arbeiten begünstigen und für die Bildung der therapeutischen Arbeitsbeziehung grundlegend sind. Es hat in der Forschung seit den 50er Jahren den Anschein, dass diese Variablen zu idealtypischen, therapieübergreifenden Leitideen gewachsen sind (Schmidt-Traub, 2003). Auch Keijsers et al. (2000) kommen in ihrer Arbeit zu dem Schluss, dass trotz methodischer Probleme (z. B. retrospektive Evaluation, Faktorenannahme, die nicht überprüft wurde, kleine Stichprobengrößen) dieser Studien, die sich mit den Therapeutenvariablen befasst haben, von einer ausreichenden empirischen Evidenz ausgegangen werden kann und dass Rogers Merkmale einen konsistenten Einfluss auf das Therapieergebnis haben.

Eine der bislang bedeutsamsten Studien zu Therapeutenvariablen und Beziehungsgestaltung stammt von Orlinsky et al. aus dem Jahr 1994. Sie führten eine Metaanalyse anhand von über 2000 Therapiewirkstudien ab dem Jahr 1950 durch und konnten Therapeutenvariablen herausarbeiten, die einen positiven Einfluss auf das Therapieergebnis haben (Kasten). Ähnliche Persönlichkeitseigenschaften des Therapeuten geben Ackerman und Hilsenroth (2003) in ihrem Übersichtsartikel.

Therapeutenvariablen für eine positive Beziehungsgestaltung
(Orlinsky et al., 1994; Ackerman et al., 2003)

- Glaub- und Vertrauenswürdigkeit des Therapeuten
- Therapeutische Fähigkeiten
- Empathie, Respekt und Verständnis
- Offenheit, Freundlichkeit und Ehrlichkeit
- Flexibilität, Engagement und Interesse
- Selbstvertrauen, Wachsamkeit und Erfahrung
- Konzentration auf die Probleme des Patienten
- Lenkung der Aufmerksamkeit des Patienten auf seine emotionalen Erfahrungen

Einen negativen Zusammenhang zeigt sich bei Rigidität des Therapeuten, Kälte, Unsicherheit, Kritik, Distanz, Gespanntheit und „Nicht-bei-der-Sache-sein“ (Ackerman et al., 2001).

Norcross et al. (2002) sprechen im Rahmen einer von der APA (American Psychological Association) gegründeten Arbeitsgruppe zur „empirisch abgesicherten therapeutischen Beziehung“ von „nachweislich wirksamen“ und „wahrscheinlich wirksamen“ Beziehungselementen, die u. a. die bisher wichtigen Kenntnisse aus der Beziehungsforschung beinhalten:

Beziehungselemente	
Nachweislich wirksam	Wahrscheinlich wirksam
<ul style="list-style-type: none"> - Therapeutische Allianz - Empathie - Zielkonsens und Kooperation - Kohäsion in der Gruppentherapie 	<ul style="list-style-type: none"> - Wertschätzung des Patienten durch den Therapeuten - Echtheit - Feedback - Kitten von Rissen im therapeutischen Bündnis - persönliche Mitteilungen des Therapeuten - Umgang mit Gegenübertragung - Interpretationen der therapeutischen Beziehung

Allgemeine Ergebnisse zur Bedeutung der therapeutischen Beziehung:

In den letzten 30 Jahren wurden viele Fragebögen und Skalen zur Erhebung der therapeutischen Beziehung entwickelt. Die populärsten, weil am häufigsten eingesetzten Fragebögen sind der „Working Alliance Inventory (WAI)“ (Horvath & Greenberg, 1989), die „California Psychotherapy Alliance Scale (CPAS)“ (Marmar et al., 1989) sowie die „Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS)“ (Strupp, 1993). Eine Übersicht der Messskalen zur Allianz findet man u. a. in den Arbeiten von Hentschel (2005), Ackerman und Hilsenroth (2003) sowie Martin et al. (2000).

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über einige allgemeine Befunde zur Bedeutung der therapeutischen Beziehung:

Übersicht der Forschungsbefunde zur Bedeutung der therapeutischen Beziehung (ThBe)	
Klee et al. (1990); Martin et al. (2000)	Bewertung der ThBe Beziehung zu Therapiebeginn besserer Prädiktor für das Therapieergebnis als bei Therapiemitte oder –ende
Horvath & Symonds (1991); Piper et al., (1991); Hatcher et al. (1995); Horvath (2000); Fitzpatrick et al. (2005)	Tendenz: Patientenurteil der ThBe korreliert höher mit Therapieergebnis als das Therapeutenurteil
Horvath (2000)	<ul style="list-style-type: none"> - Therapieparameter (Respekt, Vertrauen, persönlicher Verbindlichkeit, einem Verantwortungsgefühl gegenüber den Therapiezielen) in den ersten fünf Sitzungen etablieren, um ThBe zu entwickeln und Patienten engagiert und veränderungsbereit einzubetten - Schweregrad der Symptomatik hat keinen Einfluss auf Gestaltung einer positiven ThBe
Horvath & Symonds (1991); Gelso & Hayes (1998); Kivlighan et al. (2000)	Bei kurzen Therapien (4-10 Sitzungen) hat die Einschätzung der ThBe durch Patienten einen höheren Stellenwert als bei längeren Therapien
Bachelor (1991); Orlinsky et al. (1994); Fenton et al. (2001); Cecero et al. (2001); Bedi et al. (2005)	Patienten-, Therapeuten- und Beobachterurteil stimmen nur selten überein (niedrige bis moderate Korrelationswerte)
Bachlor (1995)	<p>Drei verschiedene Arten der wahrgenommen ThBe durch Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Anteilnehmend“ (46%; Therapeut ist respektvoll, nicht bewertend, empathisch, verständnisvoll) - „Einblick gewinnend“ (39%; Förderung von Selbsterkenntnis, Klärung, aktive Therapeutenhaltung) - „Zusammenarbeitende Beziehung“ (15%; aktive Teilnahme des Patienten; Verantwortung nicht alleine auf Therapeutenseite)
Mohr & Woodhouse (2001); Bedi et al. (2005)	<p>Schlüsselmerkmale für Patienten für eine positive ThBe:</p> <p>Augenkontakt; Lächeln; warme, persönliche Begrüßung bzw. Verabschiedung; Herausarbeiten von Gefühlen; Aufmunterungen durch Therapeuten; Bezug nehmen auf vorangegangene Stunde</p>
Luborsky (1976); Kivlighan (1990); Mohr & Woodhouse (2001); Bedi et al. (2005)	- Eingesetzte Techniken haben für Patienten Einfluss auf die Gestaltung und Stärke der ThBe

Zusammengefasst zeigen die Befunde, dass Patienten nicht als homogene Gruppe bei der Bewertung und Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung gesehen werden können und sollen. Unterschiedliche Patienten setzen verschiedene Schwerpunkte, die von Therapeutenseite häufig unterschätzt werden und ziehen weitaus mehr Beurtei-

lungspunkte zur Bewertung der therapeutischen Beziehung heran als von Theorie und Praktikern angenommen. Einige für die Patienten durchaus wichtige Faktoren standen bislang zu wenig im Forschungsfokus [z. B. die Person des Psychotherapeuten (Kleidung, Alter, Geschlecht, körperliche Konstitution, ethnischer Hintergrund); das therapeutische Umfeld (z. B. Bürogröße, Beleuchtung, Dekoration, Bücher in den Regalen)]. Einig ist sich der Mehrheit der Patienten in der Aussage, dass Therapeuten die Verantwortung tragen, und sich selbst die eher passive Rolle zuschreiben. Insbesondere der letzte Befund ist im Hinblick auf den in der Verhaltenstherapie weit verbreitenden Selbstmanagementansatz schwierig (Kanfer et al., 2005). Neuere Studien weisen darauf hin, dass die Qualität der Patientenmitarbeit und somit auch die wahrgenommene Verantwortung mit am stärksten zu einem positiven Sitzungs- und Therapieergebnis beiträgt (z. B. Smith & Grawe, 2003; Orlinsky et al. 2003).

Es gibt Hinweise darauf, dass der Therapieerfolg u. a. von der Fähigkeit von Patient und Therapeut abhängt, wie sie Brüche („ruptures“) oder Spannungen (z. B. Widerstandsneigung des Patienten) in der Allianz wahrnehmen und lösen (Safran & Muran, 1996). Brüche in der therapeutischen Beziehung sind Momente im Therapieschehen, in denen sich Schemata, Einstellungen und Verhaltensmodelle von Patienten direkt zeigen und somit einen wesentlichen Beitrag im Veränderungsprozess leisten können (Eames & Roth, 2000). Aus diesem Grund ist es von Therapeutenseite wichtig, diese Spannungen aufzunehmen. Sie bieten den Patienten die Möglichkeit, eine positive emotionale korrigierende Erfahrung zu machen (Safran, 1993, Safran et al., 2002). Im Rahmen dieses Forschungsthemas hat auch das Interesse am Bindungsverhalten von Therapeut und insbesondere Patient zugenommen. So konnten Eames und Roth (2000) zeigen, dass Beziehungen zwischen der Bindungsorientierung und Aspekten der therapeutischen Allianz bestehen (siehe auch Satterfield & Lyddon, 1998; Mallinckrodt et al., 1995; Bartholomew & Horowitz, 1991; zitiert nach Eames & Roth, 2000):

Patient : Ängstliche Bindung → niedrige Beziehungsbewertung zu Therapiebeginn
Patient: Sichere Bindung → hohe Beziehungsbewertung zu Therapiebeginn
Patient: Ambivalente/Abweisende Bindung → Bewertungsverbesserung über die Zeit

Rubino et al. (2000) untersuchten entsprechend den Zusammenhang zwischen Bindungsstil der Therapeuten und therapeutischen Strategien zur Lösung von Brüchen. Ängstliche Therapeuten tendierten dazu, weniger empathisch zu reagieren, insbesondere gegenüber ängstlichen und sicheren Patienten. Reaktionen auf ängstliche und

verwickelte Patienten erschienen etwas tiefer und empathischer zu sein als die Reaktionen gegenüber abweisenden und sicheren Patienten.

Verhaltenstherapeutische Beziehungsgestaltung

In der klassischen Verhaltenstherapie wurde die Beziehung zwischen Therapeut und Patient nur selten thematisiert (Znoj, 2005; Ambühl, 2005). Nach Schindler (1991) wurde die Verhaltenstherapie als ein Modell eingestuft, das die Technologie in den Vordergrund stellt und „die Beziehung eher den nichtspezifischen Wirkmechanismen zuordnet“ (S. 14). Dies scheint nach Znoj (2005) „geradezu paradox, dass in der Verhaltenstherapie bislang dieses Thema stiefmütterlich behandelt wurde, zumal es zu den Prinzipien der verhaltenstherapeutischen Fallkonzeption gehört, das therapeutische Vorgehen dem Patienten individuell anzupassen (Schulte, 1974)“ (S. 83). Es muss an dieser Stelle betont werden, dass diesbezüglich durchaus ein Wandel in der „modernen“ Verhaltenstherapie stattgefunden hat. Zu nennen sind hier u. a. Orlinsky und Howard (1986), in deren auf Prinzipien der Verhaltenstherapie basierenden „Generic Model of Psychotherapy“ die therapeutische Beziehung eine zentrale funktionale Stellung einnimmt. Betont wird hier die Wechselwirkung von Therapeuten- und Patientenvariablen. Die Autoren fanden (unspezifische) Variablen, die in allen untersuchten Studien einen robusten Anteil am Therapieerfolg inne hatten (Znoj, 2005): a) Qualität der therapeutischen Beziehung, b) das Geschick des Therapeuten, c) Kooperation und Widerstand des Patienten, d) Öffnung vs. Abwehr, e) Dauer der Behandlung

Auch Schulte (1996) räumt in seinem Modell des „dualen Basismodells des therapeutischen Prozess“ der therapeutischen Beziehung einen hohen Stellenwert ein. Neben dem Einsetzen der notwendigen Therapiemethoden zur Problem- und Störungsreduzierung sei es zunächst einmal wichtig, beim Patienten Voraussetzungen zu schaffen, diese Interventionen hilfreich anwenden zu können. Diese bezeichnet Schulte als das notwendige Basisverhalten des Patienten (Therapienachfrage, Mitarbeit, Selbstöffnung, Erprobung neuer Verhaltensweisen, Initiative). Über die Steigerung der Therapiemotivation könne man diese Patientenmerkmale fördern, und diese sei wiederum von der therapeutischen Beziehung abhängig. D. h., der Kreis schließt sich erneut bei der Interaktion zwischen Therapeut und Patient. Die folgende Abbildung (Abb. 3) macht deutlich, wie die beiden Aufgabenbereiche „Methoden“ und „Beziehung“ miteinander verknüpft sind:

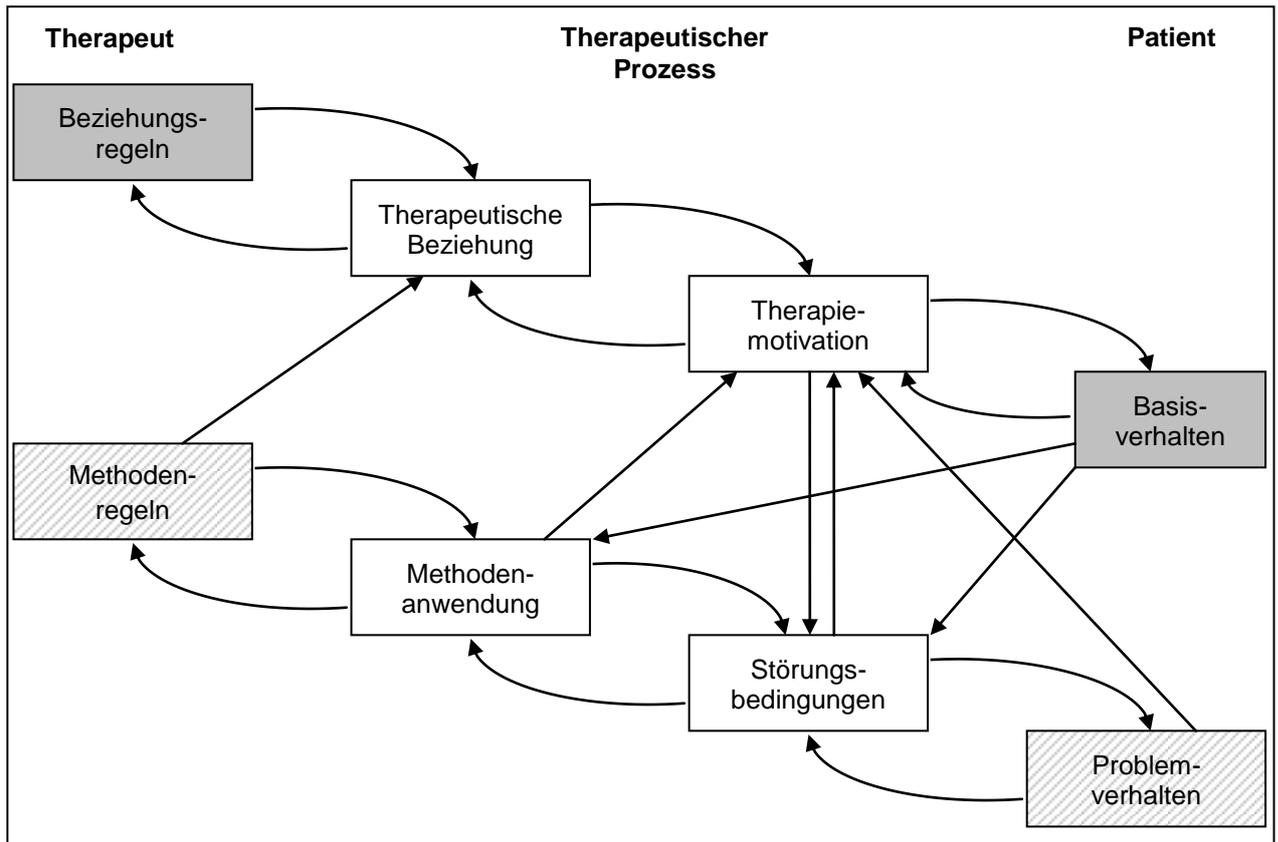


Abb. 3: Das duale Modell der Psychotherapie nach Schulte (1996)

Grawe galt als ein Vertreter der ursprünglich verhaltenstherapeutischen Schule, der sich stets darum bemüht hat, neue Ansätze zu finden und in seinem allgemeinen Psychotherapiemodell zu integrieren. Neben der Betonung der vier allgemeinen Wirkprinzipien (siehe Kapitel 4.2), stellt bei ihm die Beziehung ebenfalls ein entscheidendes Merkmal dar. Bei der Diskussion, ob die therapeutische Beziehung individuell auf den Patienten abgestimmt werden sollte oder nicht (Ambühl, 1992), bezog Grawe klar Stellung. Er entwickelte das Konzept der „komplementären Beziehungsgestaltung“ (1992). Der Therapeut sollte sich unter diesem Gesichtspunkt möglichst komplementär zu den Zielen und Plänen des Patienten verhalten; d. h. er sollte es dem Patienten ermöglichen, in der Therapiebeziehung Wahrnehmungen im Sinne seiner Beziehungsziele zu machen. Die Konsequenz daraus sollte sein, dass sich der Patient bestätigt und als Person angenommen fühlt, um auf dieser Basis angestrebte Veränderungen leichter verwirklichen zu können. Die Therapiebeziehung soll für den Patienten zu einer positiven Ressource im therapeutischen Prozess werden (Ambühl, 2005). Grawe konnte dieses Beziehungsmodell in seiner Studie belegen und untermauern. Therapeuten, die nach dieser Methode geschult worden waren, schnitten im Vergleich zu Gesprächspsychotherapeuten und Therapeuten aus der Breitspektrum-Verhaltenstherapie bei der

Beziehungsgestaltung sowohl aus Sicht von Therapeut und Patienten als auch von unabhängigen Beurteilern signifikant besser ab. In der Zwischenzeit hat sich dieses Modell auch in der Verhaltenstherapie etabliert und ist Bestandteil der therapeutischen Ausbildung.

Ebenso betonen Orlinsky et al. (1996), dass das interpersonelle Verhaltensmuster von Therapeuten, das bei Patienten ein Muster an reziproker Unterstützung hervorruft und verstärkt, deutlich zur Entwicklung einer positiven Allianz beiträgt. Wichtig sei hierbei, beim Patienten einen Eindruck der „durchgängigen Akzeptanz durch den Therapeuten“ (S. 109) zu wecken. Eine antikomplementäre Beziehungshaltung des Therapeuten sei für die Beziehung destabilisierend.

Da in der Verhaltenstherapie der Selbstmanagement-Ansatz nach Kanfer einen hohen Stellenwert eingenommen hat, sollen hier kurz Annahmen bezüglich der Beziehungsgestaltung skizziert werden. In der Selbstmanagement-Therapie stellt die Allianz ein notwendiges nicht aber hinreichendes Mittel für den nachfolgenden Therapieerfolg dar (Kanfer et al., 2005). Die Autoren beschreiben die Beziehung als Bündnis, welches dem gemeinsamen Zweck dient, eine Besserung der Lebenssituation zu erreichen. Entscheidende Attribute dieses Arbeitsbündnisses sind die Zielgerichtetheit, die zeitliche Begrenztheit, die spezifische Rollenverteilung (professioneller Helfer/Hilfesuchender), der Rahmen für den Einsatz spezifischer Interventionen sowie der wechselseitige Einflussprozess mit einseitiger Zielrichtung (Änderung des Patienten im Mittelpunkt). D. h., die therapeutische Allianz wird eindeutig von einer alltäglichen Freundschaftsbeziehung abgegrenzt und soll kein Ersatz für im Alltag fehlende soziale Beziehungen sein. Die Funktionen des Therapeuten sind hierbei Verstärkerquelle, die Vorbildwirkung haben (angstreduzierender Effekt), den Patienten zur Selbstregulation und Selbstkontrolle anleiten, ihn motivieren Verantwortung prozessuale Abläufe zu übernehmen und ihm ein korrekatives Feedback geben. In ihrem Buch der Selbstmanagement-Therapie geben Kanfer et al. (2005) konkrete Rat-schläge für den Aufbau einer solchen kooperativen Arbeitsbeziehung, die auch im Therapeutentraining genutzt werden können und sollten.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie durchaus eine Bedeutung zugeschrieben wird. Entscheidend ist, dass sie nicht alleine den Therapieerfolg herbeiführen kann, aber eine notwendige Grundlage für das Anwenden von therapeutischen Interventionen und Methoden darstellt. Eine kooperative Haltung beider Beziehungspartner ist förderlich. Insbesondere in

der Verhaltenstherapie ist die aktive Mitarbeit des Patienten erwünscht und notwendig. Die Rolle des Therapeuten ist hierbei stützend, anleitend und wertfrei.

Um das Bild „Verhaltenstherapie und therapeutische Beziehung“ abzurunden, soll hier nun auf einige Forschungsergebnisse hingewiesen werden, die erneut den Stellenwert der Allianz in der Verhaltenstherapie aufzeigen:

Kanfer et al. (1996) zitieren verschiedene Therapie-Vergleichsstudien der 70er und 80er Jahren, in denen Verhaltenstherapeuten hinsichtlich der Betrachtung ihres Umgangs mit Patienten von unabhängigen Beobachtern sogar häufig mehr Empathie und intensiveren persönlichen Kontakt zugeschrieben erhielten als Gesprächstherapeuten und Psychoanalytikern (S. 62).

Verschiedene verhaltenstherapeutische Studien haben insbesondere bei der Behandlung von affektiven Störungen und Angststörungen einen Zusammenhang von Beziehung und Therapieergebnis nachweisen können:

- Nur Beziehungsbedingungen (Patientenwahrnehmung des Therapeuten als selbstsicher, fachkundig, aktiv) und die therapeutische Allianz nehmen einen konsistenten und moderaten Einfluss auf das Therapieergebnis einer kognitiven Verhaltenstherapie (z. B. Keijsers et al., 2000; Arts et al., 1994; Burns et al., 1992)
- Große Bedeutung des empathischen Verhaltens des Therapeuten auf die Beziehung und das Therapieergebnis in der kognitiven Verhaltenstherapie (Meta-Analyse, Bohart et al., 2002)
- Vergleich der Beziehungswahrnehmung von Patienten einer Prozess-Erfahrungsorientierten Therapie (klientenzentrierte und gestalttherapeutische Anteile) mit Patienten einer kognitiv-verhaltensorientierten Therapie betont die Bedeutung der Beziehung insbesondere für die verhaltenstherapeutische Behandlung (Watson & Geller, 2005)

Der hohe Stellenwert der therapeutischen Beziehung im therapeutischen Gesamtprozess wird nicht zuletzt durch den Umfang deutlich, den sie in dieser Arbeit einnimmt. Eine gute therapeutische Beziehung ist offensichtlich eine notwendige Voraussetzung, jedoch nicht das alleinige Mittel für den Erfolg einer therapeutischen Behandlung (Schmidt-Traub, 2003). Therapeutische Interventionen, die jedoch nur bei einer funktionierenden positiven Arbeitsbeziehung fruchten können, stellen einen weiteren Baustein zum Therapieerfolg dar. Im folgenden Abschnitt wird näher auf sie eingegangen.

4.2 Therapeutische Interventionen

Unter „therapeutischen Interventionen“ versteht man Techniken, Abläufe und Prozeduren, die von Therapeutenseite im Therapieprozess eingesetzt werden, um Veränderungen beim Patienten zu erreichen und zu festigen. Hierzu zählen sowohl therapeutische Eingriffe und das Therapeutenverhalten *während* der Therapiestunde (z. B. die therapeutischen Wirkprinzipien nach Grawe, 1995a, Grawe et al., 2001; Einsetzen von psychotherapeutischen Techniken) als auch therapeutische Überlegungen *zwischen* den Behandlungsstunden (z. B. Therapieplanung nach Schulte, 1998).

Klassische therapeutische Techniken der (kognitiven) Verhaltenstherapie sollen an dieser Stelle nur zusammengefasst, auszugsweise genannt werden:

Psychoedukation, Verhaltensanalyse, kognitive Methoden (Realitätstesten, sokratischer Dialog, Training positiver Instruktionen etc.), Reizkonfrontation, Training sozialer Kompetenzen, Modelllernen, Rollenspiel, Aufbau positiver Aktivitäten usw.

Bekannt ist, dass entsprechend dem vorliegenden Störungsbild bzw. der geschilderten Problematik verschiedene Methoden kombiniert werden können. Um adäquat intervenieren zu können, bedarf es erneut einer hohen Kompetenz und Flexibilität des Therapeuten, mit therapeutischen Techniken zu variieren und diese angemessen einzusetzen.

Zu den therapeutischen Interventionen zählen auch konzeptionelle Vorstellungen und Ideen zur Therapieplanung. Die Therapieplanung stellt ebenfalls einen wichtigen Baustein der Psychotherapie-Ausbildung dar. Kurze Erläuterungen hierzu folgen im kommenden Abschnitt.

Da Grawes Wirkprinzipien einen großen Einfluss auf die Therapiesitzungsgestaltung genommen haben, sollen sie anschließend ausführlicher dargestellt werden.

4.2.1 Therapieplanung

Nach Leibetseder und Greimel (2003) fußt die Planungsphase der Therapiegesamtheit auf den vorausgegangenen Problem- und Zielanalysephasen. Insgesamt gesehen sollten im Rahmen der Fallkonzeption und der Therapieplanung einzelne Sitzungen eine gewisse inhaltliche Kontinuität aufzeigen und in die Struktur des Gesamtablaufs der Therapie eingebunden sein. Nach Schulte (1973) sind drei komplexe Fragen bei der therapeutischen Planung wichtig:

- a) In welche Richtung (Änderung der Topographie, Reduktion, Förderung oder Aufbau) soll die Veränderung erfolgen?
- b) An welcher Variable des Bedingungsmodells soll
- c) welches Veränderungsprinzip zur Anwendung kommen?

Das bedeutet, der Therapeut plant den Therapieverlauf, plant eine Stunde und muss auch während der Sitzung ständige Entscheidungen bezüglich des weiteren zielgerichteten Vorgehens treffen. Er wählt zu jedem gegebenen Zeitpunkt die Form der Äußerung und Methode, die im Sinne der Ziele strategisch günstig sind.

Vogel und Schulte (1991) haben den Vorgang des therapeutischen Planens, Entscheidens und Handelns in ein weiterführendes Modell gefasst:

Entscheidungsprozess = Generieren von Absichten, die Gewichtung konkurrierender Absichten und Bedingungen
→ Wahl einer bestimmten Handlung → Interaktionssequenz → Erreichen eines bestimmten Subziels → Einbettung in Gesamtkontext → Intention für nächste zu erzielende Effekte und Verhaltensweisen → Auswirkung auf Patienten → Patient reagiert

Schindler (1996) schlussfolgert daraus: „Das therapeutische Gespräch ist ein vom Therapeuten geplanter, systematischer Prozess in Richtung auf verbalisierte Einstellungsänderungen des Klienten“ (S. 276).

Eine Sitzung sollte übersichtlich gestaltet sein. Werden zu viele Anliegen des Patienten (gleichzeitig) bearbeitet, kann dies kontraproduktiv sein und sowohl Patienten als auch Therapeuten überfordern (Hoyer et al., 2003).

„Zu wissen, dass sowohl die einzelne Therapiestunde als auch der Therapieablauf als Ganzes eine vorhersagbare und zielgerichtete Struktur haben, kann die potenzielle Verunsicherung seitens der Patienten reduzieren, positive Behandlungserwartungen und Therapiemotivation fördern“ (Hoyer et al., 2003, S. 88). Die Strukturierung (sowohl inhaltlich als auch formal) der Therapiestunde als auch des gesamten Prozesses ist aber auch für den Therapeuten notwendig, um Gefühlen der Überforderung vorzubeugen und die eigene Wirksamkeitserwartung zu erhalten. Hoyer et al. (2003) fassen dies kurz und knapp wie folgt zusammen: „Merke: Verhaltenstherapie ist in ihrer Gesamtheit und innerhalb einer Stunde strukturiert“ (S. 88).

Kanfer et al. (2005) schlagen einen typischen Aufbau einer Therapiesitzung vor, um ein adäquates therapeutisches Gespräch führen zu können. Dieser würde auf eine gewisse Art die Struktur des gesamten therapeutischen Prozesses widerspiegeln: „Es beginnt langsam, behutsam und vorsichtig, wird schrittweise intensiver, kommt zum zentralen Thema und nimmt in der Intensität zum Ende der Stunde hin wieder ab“ (Kanfer et al., 1996, S. 389). Die Autoren unterscheiden fünf zeitlich voneinander getrennte Stadien:

1. Eingangsstadium: Aufgreifen von Gefühlen und Ereignissen seit der letzten Stunde; Herstellen eines Bezugs zur Thematik der aktuellen Sitzung
2. Vorbereiten auf die zentrale Thematik: Zusammenfassen bisheriger Fortschritte; Aktivieren von Selbstregulationsfähigkeiten für die nachfolgende Bearbeitung des zentralen Themas der Sitzung
3. Bearbeiten der zentralen Thematik: Bearbeiten der aktuellen Probleme und Entwicklung von Lösungsansätzen; Phase hoher Emotionalität
4. Rekapitulieren und Zusammenfassen zentraler Ergebnisse: Prüfen, ob Patient die Hauptpunkte der Sitzung nachvollziehen konnte; Vorbereiten von Aufgaben, die bis zur nächsten Sitzung erledigt werden sollen
5. Beendigung des Kontakts: Vorbereitung auf die Rückkehr in den Alltag

Therapeutische Interventionen im Verlaufe einer Therapiestunde basieren häufig auf folgenden Überlegungen von Grawe zu seinen psychotherapeutischen Wirkfaktoren.

4.2.2 Die vier psychotherapeutischen Wirkfaktoren nach Grawe

Grawe (1995a; Grawe et al., 1995) geht davon aus, dass durch unterschiedliche Therapien bestimmte Wirkmechanismen aktiviert werden, die zu einer Symptomverbesserung führen. Zur Aktivierung dieser Wirkmechanismen gebe es verschiedene Möglichkeiten auf der Ebene des konkreten Vorgehens. Je stärker diese Wirkprinzipien aktiviert würden, desto besser sollte die Therapie greifen. Nach Grawe lassen sich nun verschiedene Interventionen und therapeutische Strategien unter vier übergeordneten Wirkprinzipien zusammenfassen, die in Tabelle 2 näher erläutert werden: *Problembewältigung*; *Problemklärung*; *Ressourcenaktivierung*; *Problemaktualisierung*

Die Wirkung der einzelnen Faktoren ist empirisch abgesichert (Grawe et al., 1995; Orlinsky et al., 1994), ihre Zusammenhänge im therapeutischen Prozess sind in weiten Teilen jedoch noch ungeklärt.

Tab. 2: Die psychotherapeutischen Wirkfaktoren nach Grawe

Problem- bewältigung	<ul style="list-style-type: none"> - Patient soll einen besseren Umgang mit seinen Problemen lernen und sich ihnen nicht mehr ausgeliefert fühlen. - Wird aktiviert, wenn der Patient in der Therapie reale Bewältigungserfahrungen machen kann (Grawe et al., 1995, Grawe, 1996) - Nicht nur Aufbau neuer Fertigkeiten beim Patienten, sondern Aufbau einer Kompetenzerwartung, verloren geglaubte Fähigkeiten wieder zu erwerben - Vielzahl realer Bewältigungserfahrungen in der Therapie fördern die „self efficacy expectation“ (Erwartung, auch ohne Therapeuten Probleme lösen zu können) (Bandura, 1977) - Mächtigste, gleichzeitig aber am meisten unterschätzte Faktor (Grawe et al., 1995) - Techniken zur Aktivierung der Bewältigung: Rollenspiele, Selbstsicherheits-training, Reizkonfrontation, Entspannungstraining etc. - Wissen auf Therapeutenseite notwendig, Maßnahmen fachgerecht und sinnvoll einzusetzen
Problemklärung	<ul style="list-style-type: none"> - Problembetrachtung von der motivationalen Seite (motivationale Klärung) - Warum verhält sich ein Patient auf eine bestimmte Art und Weise? - Patient soll Bedeutung seines Verhaltens und Erlebens verstehen; Ziele, Werte und Motive erkennen - Therapeutische Maßnahmen: gezielte Deutung, Konfrontation mit bislang vermiedenen Wahrnehmungen, Übungen aus der Gestalttherapie - Viele Therapeuten schreiben der Klärung die wichtigste Bedeutung zu, obwohl diese nach Grawe (1996) ohne die Bewältigungsarbeit unvollständig sei.
Problem- aktualisierung	<ul style="list-style-type: none"> - Ziel: Probleme so nah wie möglich in die Therapie einzubringen und nahezu real erleben zu lassen - Problemverhalten kann so am besten verändert werden (Grawe, 1996) - Therapeutische Maßnahmen (therapieschulübergreifend): Gestalttechniken, Psychodrama, Aufsuchen von Realsituationen, Einbeziehung des sozialen Umfeldes etc. - Aktualisierung ist für Patienten aufgrund der hohen negativen emotionalen Belastung schwierig - Voraussetzung beim Patienten: hohe Motivation und Sicherheit, Gefühle aushalten zu können - Wichtig: parallele Ressourcenaktivierung (motivationale und potentiale)!
Ressourcen- aktivierung	<ul style="list-style-type: none"> - Keine alleinige Konzentration auf die Problemseite, sondern auch auf Fähigkeiten und Motivationen, die Patient in die Therapie einbringt - Aufgabe des Therapeuten: Patienten auf seine Stärken aufmerksam machen - Ziel: Aufrechterhaltung der Therapiemotivation und –mitarbeit - Voraussetzung: hohe Flexibilität des Therapeuten bzgl. der Methoden des Interaktionsstils und der sprachlichen Ausdrucksweise (Grawe et al., 1995) - Grawe (1996) spricht der Ressourcenaktivierung bedeutendste Rolle der Wirkfaktoren zu - Stellenwert dieses Wirkfaktors zahlreichen Untersuchungen der Grawe-Gruppe bestärkt (Grawe & Grawe-Greber, 1999; Dick et al., 1999) - Wirkfaktor ist nicht auf bestimmte Therapiephase beschränkt, sondern zieht sich durch den gesamten Prozess (Parallele zur Problemaktualisierung) - Keine Technik, sondern Grundhaltung, die der Wahrnehmungs- und Denkweise des Therapeuten entspricht

Eine optimale Patientenförderung gelingt, wenn beide Wirkfaktoren der Problembewältigung und der Problemklärung von Therapeutenseite eingesetzt werden. Des Weiteren ist es wichtig, sowohl die Problemaktualisierung als auch die Ressourcenaktivierung über den gesamten Therapieprozess zu nutzen. Eine Orientierung an den Problemen des Patienten ist notwendig, um zu entscheiden, was in der Therapie verändert werden soll (Grawe et al., 1996). Wie es erreicht wird, sollte sich nach den Ressourcen des Patienten orientieren. Die beiden Wirkfaktoren sind also eng miteinander verschränkt.

Da die Ressourcenaktivierung nach Grawe (1995) eine Grundhaltung ist, die der Wahrnehmungs- und Denkweise des Therapeuten entspricht, ist es wichtig, diese als Teil der Ausbildung zu erarbeiten; bislang wird dieser Aspekt aber durchgehend zu wenig in die Konzeption der Ausbildungen integriert.

Werden alle genannten „Anforderungen“ an den Psychotherapeuten von ihm erfüllt, sollten Patienten mit ihrer Behandlung zufrieden sein. Es sollte u. a. der Aufbau einer positiven therapeutischen Beziehung (Basisvariable), eine sinnvolle Therapieplanung und deren Umsetzung in der Stunde auf der Basis von z. B. Grawes Wirkfaktoren mittels des flexiblen Einsetzens unterschiedlicher psychotherapeutischer Techniken (Therapeutische Interventionen) gelingen. Dem Qualitätsmerkmal „Patientenzufriedenheit“ wird sich der letzte Abschnitt dieses Kapitels nun widmen.

4.3 Patientenzufriedenheit: subjektive und objektive Daten

Beschäftigt man sich mit dem Begriff der „Patientenzufriedenheit“, dann sollte man sich zunächst darüber klar werden, wie sich diese Zufriedenheit definieren lässt. Die Zufriedenheit wird als zentraler Indikator für die Akzeptanz einer Behandlung diskutiert (Hannöver et al., 2000). Eine allgemeingültige Definition ist bislang jedoch noch nicht formuliert worden und die Klärung der Definitionsfrage scheint eher schwierig zu sein. So haben Leimkühler und Müller bereits 1996 bemängelt:

„Im ganzen mangelt es der immerhin mehr als 20 Jahre währenden Patient-satisfaction-Forschung an einer standardisierten änderungssensitiven Methodik, an einer theoretischen Fundierung sowie an kontrollierten Studien, so dass ihr bisheriger ‚Nutzen‘ darin liegt, die methodischen und theoretischen Defizite eines in der Regel pragmatisch und routinemäßigen Vorgehens aufgezeigt zu haben“ (S. 767).

In den folgenden 10 Jahren scheint sich daran – trotz weiter zunehmender Aktualität und immer höherem Stellenwert der Patientenzufriedenheit in der Forschung – nicht viel geändert zu haben.

Liegt ein uni- oder multidimensionales Konstrukt zugrunde? Und wenn multidimensional, welche Dimensionen sind ausschlaggebend? Möller-Leimkühler et al. (2002) haben sich u. a. mit dieser Frage beschäftigt. Ihre Ergebnisse werden im weiteren Text unter „subjektive Daten“ dargestellt. Problematisch ist, dass das Konstrukt „Patientenzufriedenheit“ kaum valide gemessen werden kann, weil es nicht nur durch die Wahrnehmung einer „objektiv guten äußeren Realität“, sondern auch durch intrapsychische Prozesse determiniert wird (Geiser et al., 2002). Patienten scheinen zu globalen positiven Bewertungen zu tendieren. Häufig zeigt sich ein hoher Zusammenhang mit der Bewertung der therapeutischen Beziehung, nicht aber mit Veränderungen auf psychometrischen Skalen (Gruyters et al., 1994; Leimkühler et al., 1996).

„Der Stellenwert der Patientenzufriedenheit in der psychotherapeutischen Versorgung wird nach wie vor kontrovers diskutiert“, so Hannover et al. (2000, S. 292). Diese Aussage verwundert, wenn man davon ausgeht, dass im Rahmen des Qualitätsmanagements doch gerade das Patientenurteil einen wesentlichen Aspekt bei der Akzeptanz von Therapieverfahren darstellen sollte. Nur zufriedene Kunden nehmen eine Dienstleistung erneut in Anspruch, wenn man die Parallele zur Marktwirtschaft hier zieht [DIN ISO 9000 (2005), Vorschriften zur Qualitätssicherung: „Die Beurteilung durch den Kunden ist das endgültige Maß für die Qualität einer Dienstleistung“]. So äußerten sich auch Spießl et al. (1995): „Ob ein Patient eine Behandlung abbricht, ob er sie im Bekanntenkreis weiterempfiehlt und ob er sich im Falle einer erneuten Erkrankung wieder in derselben Klinik behandeln lässt, hängt weniger von der Beurteilung durch den Arzt als vielmehr von der des Patienten ab“ (S. 156). Diese Aussage kann entsprechend für die psychotherapeutische Behandlung übernommen werden.

4.3.1 Subjektive Daten

Die von Hannover et al. (2000) angesprochene „kontroverse Diskussion“ basiert erneut auf der Problematik der Operationalisierung des Begriffes der Patientenzufriedenheit. So sagen auch Geiser et al. (2002): „Wenn aber die Güte einer Behandlung daran gemessen wird, wie sie vom Patienten beurteilt wird, ist es unabdingbar, zu klären, wovon dieses Urteil maßgeblich beeinflusst wird“ (S. 59). Denn – wie schon erwähnt - nicht nur

objektive Faktoren determinieren die Patientenzufriedenheit, sondern insbesondere intrapsychische Prozesse wie z. B. soziale Vergleichsprozesse, soziale Erwünschtheit oder die Dissonanzreduktion. Es stellen sich hier die Fragen:

Was erwarten Patienten von einer Therapie? Was trägt zur Patientenzufriedenheit bei? Wie zuverlässig lässt sich Patientenzufriedenheit erfassen? Welche Validität kommt entsprechenden Angaben zu?

Wissenschaft und Praxis laufen hier – wie so häufig – auseinander. So orientieren sich praktisch arbeitende Psychotherapeuten eher an einem individuumszentrierten, idiographischen Anhaltspunkt, während sich die Forschung eher um die Einhaltung einer nomothetischen Tradition bemüht. Die so genannte „Patientenorientierte Versorgungsforschung“ bemüht sich, die Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis durch entsprechende Modelle und Konzepte zu überwinden (Lutz et al., 2005). Ziele sind hier die Unterstützung der differentiellen und adaptiven Indikation; die Entwicklung individuumsorientierter Rückmeldesysteme sowie die Optimierung des Gesundheitswesens. Nach Schulte (1997) stellt „die patientenorientierte Versorgungsforschung in diesem Sinne eine Grundlagenforschung zu einer sich noch in der Etablierung befindlichen und an der individuellen Behandlung ansetzenden Qualitätssicherung in der Psychotherapie dar“ (zitiert nach Lutz et al., 2005, S. 567).

Ende 1996 haben sich die Mitglieder der AMWF-Gesellschaften (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften) auf ein „Kernmodul Basisdokumentation Fachpsychotherapie“ (die sog. PSY-BaDo) geeinigt. Trotz kritischer Punkte wird es seitdem als QS-Instrument empfohlen (Nübling & Schmidt, 1998). Eine kontinuierliche strukturierte Erhebung von Patienten-, Behandlungs- und Ergebnismerkmalen nach einem einheitlichen Schema soll dadurch gewährleistet werden. Hierzu zählen sowohl Patientendaten als auch störungsspezifische Fragebögen (Prä- und Post-Messung) sowie Zielerreichungsskalen und Stundenbeurteilungsbögen. Verschiedene Modelle zur Qualitätssicherung in ambulanten und stationären Setting sollen an dieser Stelle nur benannt werden und können u. a. bei Laireiter und Vogel (1998) nachgelesen werden: „Berliner Modell“ (Grawe & Braun, 1994), „Heidelberger Modell“ (Lutz et al., 1996), „Zweigleisiges Modell“ (Schmidt et al., 1992) sowie das „Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung“ (Schaub & Schliehe, 1994; alle zitiert nach Nübling & Schmidt, 1998).

Smith und Grawe (2003) gehen in ihrem Artikel „What Makes Psychotherapy Sessions Productive? A New Approach to Bridging the Gap Between Process Research and

Practice“ direkt auf das Distanz-Problem von Wissenschaft und Praxis ein. Anhand detaillierter Stundenanalysen wurden Merkmale festgelegt (siehe Kasten), die eine Aktivierung auf Patientenseite begünstigen und zu einer positiven Stundenbewertung der Patienten führen (Wirkfaktorenanalyse, WIFA):

- Kompetent wirkende Therapeuten (Patienten nehmen Interventionen ernster)
- Nutzen von auf den Patienten individuell angepassten Fertigkeiten und Stärken (Ressourcenorientierung)
- Eine gute therapeutische Bindung
- Positive Zielsetzung und Ansprechen von Spannungen innerhalb der therapeutischen Beziehung (erzeugt hohe Patientenmotivation)

Das Psychiatrie-Patienten bzw. Psychotherapie-Patienten in der Lage sind, differentielle Behandlungsaspekte zu evaluieren und dieser Zufriedenheitsgrad sich durchaus von einer generellen Zufriedenheit unterscheidet, steht außer Frage (Möller-Leimkühler et al., 2002). Dennoch lässt sich kaum feststellen, ob Patientenzufriedenheit ein uni- oder multidimensionales Konstrukt ist. Viele Fragebögen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit gehen davon aus, dass es sich um ein multidimensionales Konstrukt handelt, da der theoretische Hintergrund a priori diesbezüglich Sinn macht (Patienten beziehen unterschiedliche Variablen in ihre Zufriedenheitsbeurteilung ein; z. B. Therapeuten, Pflegepersonal, örtliche Gegebenheiten, eigenes Befinden etc.). Möller-Leimkühler et al. kritisieren, dass die Multidimensionalität häufig aber nur a posteriori faktorenanalytisch nachgewiesen werden konnte und es kaum vergleichbare, gut-validierte Fragebögen gibt (z. B. Love et al., 1979; Holcomb et al., 1989; Ruggeri et al., 1996; zitiert nach Möller-Leimkühler et al., 2002). In einer eigenen Untersuchung mit der Munich Patient Satisfaction Scale (MPSS-24) konnten die Autoren nachweisen, dass es eine Hauptkomponente gepaart mit zwei kleineren Faktoren (Stationsatmosphäre, Verhalten des Pflegepersonals) der Patientenzufriedenheit gibt, die darauf hinweisen, dass in diesem Fall die Arzt-Patienten-Kommunikation eine wesentliche Quelle für die Patientenzufriedenheit darstellt.

Die therapeutische Beziehung stellt einen entscheidenden Mediator zwischen Patientenerwartung und Therapieergebnis dar und trägt somit stark zur Patientenzufriedenheit bei (u. a. Joyce & Piper, 1998; Meyers et al., 2002).

Hannöver et al. (2000) konnten zeigen, dass ein starker Zusammenhang zwischen der zeitgleichen Einschätzung von Arbeitsbeziehung und Zufriedenheit existiert ($r=.62$). Zufriedenheit wird hier mittels des ZUF-8 (Fragebogen zur Patientenzufriedenheit) global

und eindimensional, d. h. als die generelle Zufriedenheit mit Aspekten der erhaltenden Behandlung, erfasst. Die negative Einschätzung der Beziehung geht einher mit einer deutlich steigenden Unzufriedenheitsquote. Die Autoren konnten darüber hinaus mit Hilfe der deutschen Version des HAQ (Helping Alliance Questionnaire) unterschiedliche Aspekte der therapeutischen Beziehung festmachen, die differenziert zur Unzufriedenheit beitragen: Zweifel, vom Therapeuten verstanden zu werden; Zweifel an seiner Verlässlichkeit; Zweifel an gemeinsamer Zielauswahl.

Ein Fazit der Autoren lautet, dass Patienten ihre Unzufriedenheit offensichtlich eher an den Therapeuten oder der Therapie festmachen, als an den erreichten Ergebnissen. Diese Erkenntnis ist auch für die Ausbildung von Psychotherapeuten aufschlussreich und gewinnbringend. Hannover et al. (2000) weisen daraufhin, dass im Kontext der Qualitätssicherung vieles dafür spricht, „die Patientenzufriedenheit als eine eigenständige Dimension ergänzend zu anderen Ergebnisdimensionen zu erfassen“ (S. 300).

4.3.2 Objektive Daten

Haben wir bislang eher die Patientensicht, also die subjektive Seite der Patientenzufriedenheit betrachtet, wenden wir uns nun den eher objektiven Daten wie Zahl der Therapieabbrüche, Therapeutenwechsel sowie Krankheitstage und Arbeitsunfähigkeit zu.

Befunde zu Therapieabbrüchen

- Anhand der Zahl von Therapieabbrüchen kann man eine Aussage über die Patientenzufriedenheit mit einem Therapeuten bzw. der Therapie machen.
- Abbruchraten gelten u. a. in der stationären Psychotherapie als wesentlicher Indikator für die Qualität der Behandlung (Lieberz & Troilo, 2004)
- Bedeutung der Indikationsstellung:
 - Die Abbruchquote in der stationären Suchttherapie (ca. 30%) ist deutlich höher als bei anderen psychosomatischen Behandlungen
 - Abbruchquoten sind bei Mehrfachdiagnosen häufiger
 - Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, psychopathologischem Profil oder vorhergehenden Therapieabbrüchen weisen ebenfalls ein höheres Abbruchrisiko auf (Stark, 1992).

- Viele Studien berichten bei allen Beratungs- und Therapieabbrüchen eine Quote von 80-100% vorzeitiger Beendigungen durch den Patienten (Klein, 2001)
- Ruff und Werner (1988), signifikante Merkmale von vorzeitigen Abbrechern: soziodemographische Variablen (alleinstehend, jüngeres Lebensalter, Arbeitsunfähigkeit); persönlichkeitspsychologische Merkmale (höhere Werte für Depression, Reizbarkeit, Durchlässigkeit und Soziale Potenz) sowie krankheitsspezifische Merkmale (kürzere Leidensgeschichte)
- Der direkte Zusammenhang zwischen Therapeutenmerkmalen und Therapieabbrüchen ist kaum systematisch untersucht worden. Es besteht jedoch die Annahme, dass junge unerfahrene Therapeuten bei komplex gestörten Patienten höhere Abbruchraten aufweisen (Klein, 2001)
- Auch Therapeutenwechsel oder therapeutische Abwesenheit durch längere Krankheiten sowie Urlaub können zu vermehrten Abbrüchen führen (Ruff & Werner, 1988).

Abbrüche werden aber inzwischen nicht mehr nur als „Katastrophe“ und Qualitätsmangel gesehen, sondern können auch als Chance und Wendepunkt im Autonomiestreben eines Patienten gelten. Insbesondere in der Suchttherapie werden Abbrüche oft als Therapieunterbrechungen gewertet, da Patienten zu einem späteren Zeitpunkt mit stabilerer Motivationslage erneut die Therapie wiederaufnehmen.

Klein (2001) nennt verschiedene Punkte, die man im Rahmen der Abbruchprävention beachten sollte:

- Gerade zu Therapiebeginn sind Transparenz und eine klare Rollendefinition von Therapeut und Patient wichtig (Kanfer et al., 1996)
- Grundsätzliche Erfolgserwartung und Optimismus auf Therapeutenseite
- Möglichst hohes Maß an Individualisierung
- Einsatz alltagsnaher Übungen
- Hypothesengeleitete Dokumentation des Prozesses
- Reflexion des Prozesses unter Supervision
- Zuweisung von Patienten zu entsprechenden Therapeuten

In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass das Thema „Therapieabbrüche und Abbruchprävention“ insbesondere in der Ausbildung von Psychotherapeuten einen höheren Stellenwert einnehmen sollte.

Befunde zu Krankheitstagen und Arbeitsunfähigkeit

- Insbesondere im Bereich von chronischen Schmerzbehandlungen kann auf psychotherapeutische Leistungen nicht verzichtet werden
- Forschungsreihe an der Heidelberger Universitätsklinik: Im Rahmen der Behandlung von chronischen Rückenschmerzen konnten durch die Teilnahme an Psychotherapie die Krankschreibungen deutlich reduziert werden (Schiltewolf et al., 2005)
- Im direkten Zusammenhang mit Krankheitstagen und Arbeitsunfähigkeit steht das „Chronische Erschöpfungssyndrom (CFS)“:
 - Keine eindeutigen Zahlen aufgrund diffuser Diagnosebeschreibungen (geschätzte Prävalenzzahlen: 1-18% der Allgemeinbevölkerung zeigen chronische Erschöpfungssymptome; 0,2-0,5% werden unter CFS geführt)
 - Lange medizinische Krankheitsgeschichte aufgrund körperlicher Symptome (Muskelschmerzen, Erschöpfung, Schwindel, wiederkehrende Infektionen); psychische Symptome (Gereiztheit, Depression, emotionale Labilität) (Gaab & Ehlert, 2005)
 - Lange Krankschreibungen, dadurch bedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz, die langfristig durch Entlassung zu einer Arbeitslosigkeit führen
 - Psychotherapie wird häufig zu spät in den Behandlungsplan aufgenommen
 - Kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapieprogramme (Aktivitätsaufbau, Modifikation subjektiver Krankheitsannahmen, Modifikation von Schon- und Schlafverhalten) sind die derzeitige Methode der Wahl zur Symptomreduktion, Steigerung der Lebensqualität und Stabilisierung der Arbeitsfähigkeit (Reid et al., 2001; Whiting et al., 2001 zitiert nach Gaab & Ehlert, 2005)
- Komorbidität bei affektiven Störungen und Therapieerfolg:
Patienten mit weniger komorbiden Störungsbildern (+ max. 2 Nebendiagnosen) wiesen ein Jahr nach einer stationären Verhaltenstherapie signifikant weniger Arbeitsunfähigkeitstage und deutlich weniger Fehltage auf als Patienten mit hoher Komorbidität (+ mind. 3 Nebendiagnosen) (Wiehn et al., 2006)

Die Patientenzufriedenheit stellt abschließend eine wichtige Variable in der Qualitätssicherung von Psychotherapien dar. Patienten sind gut in der Lage, Behandlungsverläufe und –ergebnisse zu evaluieren. Eine allgemeine Definition des Begriffs „Patientenzufriedenheit“ steht jedoch weiterhin aus. Objektive Daten wie die Zahl von Therapieabbrüchen sowie die Reduktion von Krankheitstagen müssen als weitere Qualitätsmerkmale herangezogen werden. Insbesondere die Frage nach der Möglichkeit, wie man die Zahl von Therapieabbrüchen vermindern kann, sollte weiter Thema in der Psychotherapieforschung sein.

Zusammenfassung:

Diverse Anforderungen werden im Verlauf eines Therapieprozesses an Psychotherapeuten gestellt. Es ist notwendig, dass sie flexibel und adaptiv auf Ereignisse reagieren können, um die Behandlung des Patienten zu optimieren.

Basis jeder Behandlung ist eine positive therapeutische Arbeitsbeziehung. Spielte diese in den Anfängen der Verhaltenstherapie eine eher untergeordnete Rolle, hat sie heute einen hohen Stellenwert. Eine kooperative Haltung beider Beziehungspartner ist förderlich. Insbesondere in der Verhaltenstherapie ist die aktive Mitarbeit des Patienten erwünscht und notwendig. Die Rolle des Therapeuten ist hierbei stützend, anleitend und wertfrei.

Nur wenn eine positive therapeutische Beziehung gewährleistet ist, können therapeutische Interventionen durchgeführt werden. Ein entscheidender Faktor ist hier die Therapieplanung und deren Umsetzung in der Stunde auf der Basis von z. B. Grawes Wirkfaktoren mittels des flexiblen Einsetzens unterschiedlicher psychotherapeutischer Techniken (Therapeutische Interventionen). Eine optimale Patientenförderung gelingt, wenn beide Wirkfaktoren der Problembewältigung und der Problemklärung von Therapeutenseite eingesetzt werden. Des Weiteren ist es wichtig, sowohl die Problemaktualisierung als auch die Ressourcenaktivierung über den gesamten Therapieprozess zu nutzen.

Zufriedene Patienten sind u. a. Ziel einer jeden Behandlung. Patienten können Abläufe gut evaluieren. Eine allgemeine Definition der „Patientenzufriedenheit“ steht jedoch noch aus, wäre aber wünschenswert.

Wie schaffen es nun – insbesondere junge - Psychotherapeuten den Anforderungen gerecht zu werden und standzuhalten? Antworten hierauf soll das nächste Kapitel über das Training und die Entwicklung psychotherapeutischer Fähigkeiten geben.

5 Training von Psychotherapeuten – Entwicklung und Messung psychotherapeutischer Kompetenz

Training ist allgemein notwendig, um Expertise entwickeln und aufbauen zu können (James et al., 2001). Das Ziel eines jeden Trainings bzw. einer Ausbildung ist es, einen Berufsanfänger möglichst effektiv und effizient zu einem Fachmann auf seinem Gebiet zu machen. Für die Psychotherapieausbildung heißt dies, dass theoretische und praktische therapeutische Kompetenzen bestmöglich vermittelt werden müssen, die zur erfolgreichen Behandlung psychischer Störungen notwendig sind.

Grundlage für den Aufbau von Trainingsprogrammen und der Gestaltung der psychotherapeutischen Ausbildung bieten u. a. Kenntnisse und Befunde aus der allgemeinen beruflichen Expertiseforschung sowie den Entwicklungsmodellen der Supervision. Die folgenden Abschnitte (5.1.1 und 5.1.2) sollen diese beiden Bereiche näher vorstellen. Zusammengefasst werden die dargestellten Befunde in dem Versuch, Rahmenbedingungen für ein „optimales“ Training festzulegen (5.1.3). Anschließend soll auf die Messung psychotherapeutischer Kompetenz eingegangen werden, bevor die Darstellung von Befunden zu Trainingsstudien dieses Kapitel abschließt.

5.1 Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz

Der Begriff der *Entwicklung* hat eine lange und wichtige Geschichte in der Biologie, Psychologie und der Sozialwissenschaften (Orlinsky et al., 1999). Die Entwicklung als solche umschreibt eine klare, direkte (wenn auch nicht notwendigerweise lineare) Veränderung eines Systemzustandes oder bestimmter Bedingungen. Perspektiven der Entwicklungspsychologie richten sich zum einen nach der Beteiligung von Individuum und Umwelt am Prozess, zum anderen nach der Frage, ob Entwicklung in Stufen oder kontinuierlich verläuft (Rzepka-Meyer, 1997). Bei der Individuums- und Umweltbeteiligung unterscheidet man die endogenen (beide Seiten passiv), organismischen (Person aktiv), exogenistischen (Umwelt aktiv) und interaktionistischen Ansätze (beide Seiten aktiv) voneinander. Bezüglich der Frage nach der stufenweisen bzw. kontinuierlichen Entwicklung hat in der Literatur ein ständiger Schwerpunktwechsel stattgefunden bis sich eine Kombination beider Perspektiven gefestigt hat. Der Kompetenzzuwachs, der sich auf einzelnen Dimensionen vollzieht, wirkt sich auf andere Elemente innerhalb einer Netzwerkstruktur aus. Durch die „Integration der Veränderungen in einzelnen Dimensionen ergeben sich qualitative Veränderungen im Verhalten, die relativ konsistent

bestehen bleiben (Stufen) bis erneut quantitative Veränderungen in einer oder mehr Verhaltensdimensionen in einer strukturellen Netzwerkmodifikation münden und das Verhalten in einer neuen Qualität erscheint“ (S. 18; Rzepka-Meyer, 1997).

Die Paradigmen der allgemeinen Entwicklungspsychologie lassen sich sowohl in der allgemeinspsychologischen Expertiseforschung als auch in der Supervisionsforschung wieder finden.

5.1.1 Allgemeinspsychologische Expertiseentwicklung

Nach Caspar (2005) ist bereits einiges über die therapeutische Informationsverarbeitung bekannt, man sei aber noch weit entfernt von einer „einigermaßen umfassenden, empirisch begründeten Einsicht“ (S. 243). Aus diesem Grund sei es nützlich, auch auf Bereiche der allgemeinen Expertiseforschung zu schauen und nicht nur auf die therapeutischen.

Das Forschungs- und Literaturfeld um den Begriff der Expertise ist breit gefächert. Reimann (1998) sagt, „die Expertenforschung gehöre zu den am schnellsten wachsenden Teilbereichen der kognitiven Psychologie“ (S. 337). Zum einen hatte sie großen Einfluss auf die Entwicklung von Expertensystemen in der Informatik (z. B. Harmon et al., 1988; Puppe, 1991); zum anderen bietet diese Art von Forschung Implikationen für die Pädagogische, Instruktionen- und Entwicklungspsychologie (Mandl & Lesgold, 1988; Wenger, 1987). Auch die Theorie und Diagnostik von Intelligenz, Leistung und Wissen wurden erheblich beeinflusst (Sternberg, 1989; Spada & Reimann, 1988). So ergab sich eine starke interdisziplinäre Ausrichtung.

Die Anfänge der Expertiseforschung gehen auf die Arbeiten von de Groot (1965, 1966) zurück, der Schachanfänger mit Großmeistern verglich. In diesem Sektor wurden neben der Sparte Physik und Programmieren auch die überwiegende Anzahl an Studien durchgeführt. Es folgten Arbeiten in den unterschiedlichsten Bereichen (aus Gruber & Mandl, 1996, S. 585): Schreibmaschineschreiben (Gentner, 1988), Medizin (Patel & Groen, 1991), Betriebswirtschaftslehre (Mandl et al., 1992) oder Musik (Sloboda, 1991). Glaser und Chi (1988) fassen Ergebnisse aus vielen Studien zur Expertise wie folgt zusammen (S. 17 ff.; zitiert nach Caspar, 2005, S. 243):

- Experten sind v. a. in ihren eigenen Gebieten (Domänen) überlegen.
- Experten nehmen umfangreiche, bedeutungsvolle Muster in ihrem Gebiet wahr.
- Experten sind schnell im Lösen von Problemen in ihrem Bereich und sie lösen sie schnell, mit wenigen Irrtümern. Zwei Erklärungen kommen für die Schnelligkeit in Frage: Erstens leisten Experten vieles automatisiert. Dadurch werden die automatisierten Aufgaben schneller erledigt, und für die Gesamtaufgabe steht mehr Kapazität zur Verfügung. Die zweite Erklärung ist, dass Experten weniger in der Breite suchen.
- Experten haben ein überlegenes Kurz- und Langzeitgedächtnis.
- Experten sehen und repräsentieren Probleme in ihrem Bereich auf einer tieferen (prinzipielleren) Ebene, während Anfänger dies auf einer oberflächlichen Ebene tun.
- Experten verbringen mehr Zeit damit, Probleme qualitativ zu analysieren (zu verstehen). Das erspart oft eine Suche in die Breite.
- Experten haben starke Selbstüberwachungs-(Self-Monitoring-)Fähigkeiten: Sie bemerken eher, wenn sie Fehler machen, warum sei etwas nicht verstanden und wann sie ihre Lösungen überprüfen müssen.

Man spricht in diesem Zusammenhang auch von *wohl- und schlechtdefinierten* Domänen. In *wohldefinierten* Domänen sind die Problemstellungen klar vorgegeben, optimale Lösungswege bekannt und Kriterien für Erfolg ohne weiteres bestimmbar (Gruber & Mandl, 1996). Hierzu zählen u. a. die Sparten des Schachs, der Physik, des Programmierens oder auch des Sports. Im Gegensatz dazu zählt man die Medizin, die Politik sowie auch die Psychologie und eingeschlossen die Psychotherapie zu den *schlechtdefinierten* Domänen in der Expertiseforschung. Problemstellungen sind teils diffus und unstrukturiert, Lösungswege aus diesem Grund häufig weitschweifig und Kriterien des Erfolgs undifferenziert.

Definition von Expertise

So vielfältig das Forschungsgebiet der Expertise ist, so schwierig gestaltet sich die Definition des Begriffs „Expertise“. Greift man auf die alltagspsychologische Definition von Krens (1994) zurück, so umfasst Expertise folgende Eigenschaften:

Expertise-Definition nach Krens (1994)

Effizienz: Ein Experte bewältigt eine überdurchschnittliche Anzahl von Aufgaben mit unterdurchschnittlichem Aufwand (an Zeit oder Kosten)

Genauigkeit: Ein Experte macht wenig Fehler und arbeitet genau

Wissen: Ein Experte verfügt über ein hohes Maß an bereichsspezifischem Wissen und Können

Erfahrung: Ein Experte verfügt über einen umfangreichen Erfahrungsschatz

Es wird deutlich, wie schwierig es ist, den Psychotherapeuten als Experten zu definieren. Man stellt sich anhand von Krems Kriterien die Frage, wie diese für einen Therapeuten inhaltlich gefüllt werden sollen. Ab wann arbeitet ein Psychotherapeut effizient und genau; wenn er 8 von 9 Psychotherapien erfolgreich abschließt? Oder wenn der Patient sagt, dass sein Therapeut erfahren ist? Oder wenn er von einem Kollegen als Experte für z. B. ein bestimmtes Störungsbild bezeichnet wird?

Die Problematik von Objektivierbarkeit und Definierbarkeit sowohl bei der Beforschung von schlechtdefinierten Domänen als auch der Psychotherapieforschung allgemein wird deutlich. Frank Dumont drückte das Problem der Definition psychotherapeutischer Expertise wie folgt aus:

„If expertise requires the skill of identifying a correct procedure for a task, what can one say of expertise in a domain where there is little agreement on “correct” procedures?“ (1991, p. 423).

Dem Experten wird der Novize gegenübergestellt. Der Novize weist in einer Domäne geringe Leistungsstärke, weil er entweder eine hohe Leistungsstärke *noch nicht erreicht hat* oder *nicht erreichen kann* (Gruber & Mandl, 1996, S. 585). In der wissenschaftlichen Expertiseforschung unterscheidet man zwischen einer *differentialpsychologischen* und einer *allgemein-wissenspsychologischen* Betrachtungsweise (Reimann, 1998):

Differentialdiagnostische Betrachtung	Allgemein-Wissenspsychologische Betrachtung
<ul style="list-style-type: none"> - Experten übertreffen andere regelmäßig in ihrer Domäne - Leistungsursache wird der Person zugeschrieben - Das relevante Verhalten kann direkt erfasst werden - Die Leistung ist zeitlich stabil - Eine einmalige herausragende Leistung macht noch keinen Experten aus 	<ul style="list-style-type: none"> - Expertentum weniger gekennzeichnet durch eine Spitzenleistung, sondern durch umfangreiche Wissensbasis zur Bewältigung komplexer Probleme - Bromme (1992): „Mit Expertentum ist also Wissen gemeint, das für die Erfüllung beruflicher Aufgaben erforderlich ist, und das mehr oder weniger kanonisiert vermittelt wird“ (S. 38). - Dominierende Ansatz in der Forschung

Reimann (1998) kritisiert an der differentialdiagnostischen Betrachtungsweise, dass „die Festlegung eines Grenzwertes, ab dem man von Expertentum sprechen möchte, recht willkürlich ist. Sollen zum Beispiel Individuen im obersten Perzentil eines Leistungsspektrums als Experten gelten? Und warum gerade diese?“ (1998, S. 337). Bromme (1992) schlägt vom wissenspsychologischen Ansatz eine Brücke zum *Professionellen Wissen*: „bewusst gelernte Fakten, Theorien und Regeln sowie Erfahrungen und Einstellungen“ (S. 10), d.h. der Begriff umfasst auch Wertvorstellungen und nicht nur desk-

riptides und erklärendes Wissen. Das Wissen wird als Basis verstanden, das der Wahrnehmung, dem Denken und Handeln zugrunde liegt bzw. dieses begleitet. In der vorliegenden Arbeit soll der Blickwinkel auf das Handeln und die Wahrnehmung junger Psychotherapeuten in der ersten Ausbildungshälfte gerichtet werden. Das dahinter stehende Wissen wird als gegeben angenommen und setzt sich aus Kenntnissen des Psychologiestudiums, den Fortbildungen des Weiterbildungsstudiengangs sowie der praktischen Tätigkeit in den ersten 1,5 Jahren der Ausbildung zusammen.

Schwieriger noch als die Definition des Experten gestaltete sich auch in diesem Forschungsgebiet die Beantwortung der Frage, wie man Expertise entwickelt. Ericcson und Lehmann (1996) stellten anhand einer Literaturrecherche „Faustregeln“ zur Expertiseentwicklung zusammen:

- a) Verschiedene Domänen haben unterschiedliche Altersgipfel, an denen man das Höchstmaß an Expertise besitzt
- b) 10-Jahres-Regel (10 Jahre Erfahrung in der Domäne sind notwendig, um einen Expertenstatus zu erreichen)
- c) Bewusstes Training (Deliberate Practice) ist notwendig
- d) Talent einer Person ist nicht so ausschlaggebend wie ihre Motivation.

Lange wurde in der Kognitionspsychologie die Expertiseentwicklung mit der Entstehung künstlicher Intelligenz und dem Aufbau von Computersystemen in Verbindung gebracht (insbesondere in den 60er und 70er Jahren). Das Lernen des Menschen wurde als einfache Informationsverarbeitung (Input, Verarbeitung der Information, Output) angesehen. Die Brüder Dreyfus (1986) kritisierten diese Vereinfachung der menschlichen Denkfähigkeit; ein Computer könnte sich nie mit der Fähigkeit der menschlichen Intuition messen. Sie unterscheiden zwei Arten des Wissens: a) Know-how als intuitiv mit Hilfe von Erfahrung aufgebauten Wissen und b) Know-that als logisch mit Hilfe von Fakten und Regeln aufgebautes Wissen. Den Prozess des Erwerbs von Fertigkeiten betrachten die Autoren als einen Übergang von Know-that zum Know-how. Aus der Arbeit von Dreyfus und Dreyfus (1986) ging ein Expertise-Entwicklungs-Modell hervor (Kasten), das als grundlegend für die allgemeine berufliche Entwicklung angesehen und auch für die Psychotherapeuten-Ausbildung herangezogen werden kann.

*Expertise-Entwicklungsmodell von Dreyfus & Dreyfus (1986)***1. Stufe: Novice**

- noch keine Erfahrung mit der Arbeitssituation
- benutzen kontextunabhängige Regeln
- alle Regeln gleichermaßen wichtig

2. Stufe: Advanced Beginner ("Fortgeschrittener")

- erste, grundlegende Praxiserfahrung
- wichtige situative Aspekte sind bekannt
- erstes erfahrungsgebundenes Wissen verfügbar
- handlungsleitende Regeln enthalten persönliches Wissen
- differentielle Wichtigkeit von Attributen bleibt unbeachtet
- Prioritätensetzung fehlt weitgehend

3. Stufe: Competent (qualitativer Sprung)

- seit ca. 2-3 Jahren im Beruf
- können planvoll handeln
- ihre Ziele bestimmen, welche situative Aspekte beachtet werden
- können routiniert arbeiten
- verfügen über Sicherheits- und Effizienzgefühl

4. Stufe: Proficient („Könner“)

- betrachten Situationen in ihrer Gesamtheit
- benutzen eigene Erfahrungen als Paradigma
- verfügen über hohes erfahrungsgebundenes Wissen
- erkennen rasch saliente Aufgabenaspekte
- lassen sich in ihrem Handeln von Maximen leiten
- lernen aus Fallbeispielen

5. Stufe: Expert

- Regeln, analytische Prinzipien, Maximen sind nicht mehr wichtig
- der enorme Erfahrungshintergrund verschafft „intuitive“ Hilfen
- verfügen über tiefes Situationsverständnis („holistische Performanz“)

Psychotherapeutische Expertise

Bezieht man das Modell von Dreyfus und Dreyfus (1986) auf die Gießener Psychotherapeuten-Ausbildung, dann entspricht die erste Stufe dem Psychologiestudium, das eine Voraussetzung für die Teilnahme am Weiterbildungsstudiengang darstellt. Auf der zweiten Ebene befindet sich die Person bereits in der Ausbildung und absolviert die Psychiatrie- sowie die Psychosomatikzeit. Die zweite Stufe des Modells erstreckt sich über die ca. ersten eineinhalb Jahren der Ausbildung. Der junge Therapeut hat grundlegende Praxiserfahrungen gemacht, kann diese in erfahrungsgebundenes Wissen integrieren und erste Handlungsregeln ableiten. Der Auszubildende beendet diese Entwicklungsstufe mit der Zwischenprüfung, die der Übergang zur eigenen praktisch verhaltenstherapeutischen Tätigkeit ist (dritte Modellebene). Im zweiten Ausbildungsabschnitt sollten sich Therapeuten die Fähigkeiten des „Competent“ aneignen, so dass sie mit einem stabilen Sicherheits- und Effizienzgefühl die Ausbildung beenden können, um

sich in der freien Praxis zum „Könner“ weiterentwickeln zu können. Die fünfte Stufe „des Experten“ wird nach Dreyfus und Dreyfus nicht von jeder Person erreicht. Auch ohne das Erreichen des Expertenstatus kann man jedoch gute Arbeit leisten.

Betrachtet man Befunde aus der Expertiseforschung des Bereichs Medizin, können hier die besten Parallelen zur Psychotherapieforschung gezogen werden. Die Arbeiten (z. B. Groen & Patel, 1988, 1991; Lesgold et al., 1988; Schmidt, Boshuizen & Norman, 1990, 1994) beziehen sich überwiegend auf die Entwicklung diagnostischer Fähigkeiten von Ärzten sowie die Deutung von Röntgenbildern durch Radiologen.

Fasst man die Befunde zusammen, lassen sich drei Entwicklungsstadien auf dem Weg zur professionellen diagnostischen Entscheidungsfindung benennen, die sich auf die psychotherapeutische Entwicklung übertragen lassen:

Entwicklungsstadien diagnostischer Entscheidungsfindung in der Medizin (Reimann, 1998)	Übertragung auf die Psychotherapeutische Entwicklung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Stadium 1 (Vorklinikum):</u> <ul style="list-style-type: none"> - Problemlösen beruht auf der Suche in umfangreichem Faktenwissen, Textstudium, und Experimentieren - Informationen über Anatomie, Physiologie, Normalfunktionen und abweichenden Befunden versucht man in einem kausalen Netzwerk zu integrieren ▪ <u>Stadium 2 (Klinikum):</u> <ul style="list-style-type: none"> - Problemlösen wird zunehmend routinierter, an Prototypen orientiert - Erste Erfahrungen mit diagnostischem Problemlösen unter realistischen Bedingungen - Zunächst detaillierte Kausalketten werden später auf relevante Merkmale gekürzt - Aufbau prototypischer Krankheitsbilder; Handlungsweisen werden automatisiert. - Wissensenkapselung (Vereinfachung der kausalen Netzwerke) und Entstehung von Krankheitsskripten (Schmidt et al., 1990) ▪ <u>Stadium 3 (Berufsleben / Assistenzarzt):</u> <ul style="list-style-type: none"> - Problemlösen wird zunehmend orientiert an spezifischen Fällen - Fälle gruppieren sich um die Prototypen; Episoden bleiben erhalten - Wissen über Abweichungen von der Regel und über Ausnahmen von Standardfällen - Basis für die Diagnose und Behandlung neuer Fälle entsteht 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Stadium 1 (Studium):</u> <ul style="list-style-type: none"> - Breites Informationsfeld aus klinischen, diagnostischen und psychiatrischen Vorlesungen, Seminaren und Textstudien wird in Fallseminaren und berufsbezogenen Praktika angewendet - Diagnose wird anhand eines kausalen Netzwerkes gestellt ▪ <u>Stadium 2 (Psychiatrisches Jahr):</u> <ul style="list-style-type: none"> - Die im Studium gebildeten Netzwerke werden nun in der Praxis überprüft und angepasst - Die Diagnosestellung gelingt immer leichter, da Symptome und Syndrome aufgrund der Erfahrung mit Patienten greifbarer werden ▪ <u>Stadium 3 (Selbständige psychotherapeutische Arbeit):</u> <ul style="list-style-type: none"> -Eigene Fälle werden um Prototypen gruppiert -Eigene Erfahrungen mit Ausnahmefällen -Zunehmende Sicherheit in der diagnostischen Phase und konzeptionellen Arbeit

Die Task Force zur evidenzbasierten Praxis der APA aus dem Jahr 2005 zählt neben der diagnostischen Urteilsbildung, Fallkonzeption und Behandlungsplanung folgende Komponenten zur klinischen Expertise:

Psychotherapieprozess-Überwachung, zwischenmenschliche Kompetenzen, kontinuierliche Selbstreflexion und Wissensaneignung; Orientierung an neuen Forschungsbefunden; Fähigkeit des Therapeuten, individuelle und kulturelle Unterschiede in der Therapie zu berücksichtigen, stichhaltiges Rational an klinischen Strategien.

Ein ständiger und notwendiger Begleiter auf den Stufen der beruflichen Entwicklung und späteren professionellen Laufbahn von Psychotherapeuten ist die Supervision. Ebenen, wie wir sie bei Dreyfus und Dreyfus finden, lassen sie sich auch in den Entwicklungsmodellen der Supervision zeigen. Die Expertisekomponenten aus Sicht der Task Force der APA werden ebenfalls in den verschiedenen Entwicklungsmodellen immer wieder aufgegriffen. Im Folgenden wollen wir uns diesen Modellen widmen.

5.1.2 Supervisionsmodelle

Ericsson (1993) sagte zum Aufbau beruflicher Expertise:

„Hence, the most effective procedure by which to acquire knowledge and skills in a domain would be supervised instruction by a qualified teacher who designs practice activities tailored to the individual with intermittent evaluation (S. 225).“

Der Stellenwert der Supervision insbesondere in der Ausbildung aber auch späteren Karriere muss an dieser Stelle nicht betont werden. Supervision ist ein zentraler Bestandteil beraterisch-psychotherapeutischer Tätigkeit (Willutzki, 1995). Frank (1998) sagt, „Supervision kann als das *Herzstück* einer praxisgerechten postgradualen Weiterbildung angesehen werden...“ (S. 655). Diese Aussage kann unabhängig von jeglicher psychotherapeutischen Grundhaltung (Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, systemische oder tiefenpsychologische Ansätze) als gegeben angenommen werden.

Im Rahmen der Internationalen Studie zur Entwicklung von Psychotherapeuten [„Society for Therapy Research (STR)“ Collaborative Research Network (CRN)] (Ambühl, 1994; Orlinsky et al., 1999) berichteten 74% von 581 befragten Psychotherapeuten im deutschen Sprachraum, dass sie sich aktuell in Supervision befinden. Des Weiteren gaben sie an, dass die Supervision das Moment ihrer beruflichen Tätigkeit sei, das den günstigsten Einfluss sowohl auf ihre bisherige als auch ihre derzeitige berufliche Entwicklung habe.

Supervision wird von der Idee getragen, dass „Supervidenden nicht auf einem Kompetenzniveau stehen bleiben, sondern sich im Laufe der Supervision kontinuierlich weiterentwickeln und je nach Entwicklungsstand anderer Anregungen in der Supervision bedürfen“ (Rzepka-Meyer, 1997, S. 15). Verschiedene schulübergreifende Entwicklungsmodelle haben sich aus dieser Annahme abgeleitet und bieten eine geeignete konzeptionelle und handlungsleitende Basis (Frank, 1998). Gemeinsamer Ausgangspunkt ist die Definition von Stufen oder Phasen, über die sich die Entwicklung der Therapeuten vom Berufseinsteiger an vollzieht. Die Entwicklung findet auf allen Ebenen menschlichen Verhaltens statt (Rzepka-Meyer, 1997). Sie betrifft emotionale, kognitive, handlungsbezogene und motivationale Schemata.

Das Modell von Hogan (1964) ist das erste theoretische Entwicklungsmodell, das Beachtung in der Supervisionsforschung gefunden hat. Es soll im nächsten Abschnitt ausführlich dargestellt werden. Es folgen die Modelle von Wiley und Ray (1986), Stoltenberg und Delworth (1987) sowie von Rønnestad und Skovholt (1992, 1997), deren Arbeiten allesamt auf Hogans Modell aufbauen.

Das differentielle Entwicklungsmodell von Hogan (1964)

Das in der Einleitung bereits angesprochene „Differenzielle Entwicklungsmodell“ von Hogan (1964) gilt in der Literatur als das Ausgangsmodell für eine Reihe weiterer Modelle (z. B. Stoltenberg & McNeill, 1997). Er geht davon aus, dass die Zusammenarbeit von Supervisor und Supervidenden über die Zeit der Ausbildungssupervision nicht durchgehend in der gleichen Weise gestaltet werden kann. Vielmehr würden sich mit steigender Kompetenz die Bedürfnisse der Supervidenden verändern. Dementsprechend suchen sie neue spezifische Anregungen in der Supervision, um die eigene therapeutische Effizienz noch weiter steigern zu können. Die Qualität einer Supervision hängt daher entscheidend davon ab, wie das Supervisionsangebot auf die jeweiligen Supervisionsbedürfnisse abgestimmt wird. Eine wesentliche Aufgabe des Supervisors ist es daher, Bedürfnisse des Supervidenden zu erkennen und diese in der Supervision aufzugreifen.

Hogan postulierte ein Vier-Stufen-Modell (Tabelle 3), in dem sich die ersten drei Stufen auf die Zeit der Weiterbildung beziehen, die vierte Stufe bereits den Übergang in eine kollegiale Supervision kennzeichnet. Jede Stufe beschreibt Charakteristika und Bedürf-

nisse der Supervidenden, aus denen wiederum spezifische Supervisionsmethoden abgeleitet werden.

Tab. 3: Differentielles Entwicklungsmodell nach Hogan (1964)

Entwicklungsstufen	Charakteristika / Bedürfnisse	Supervisionsmethoden
Stufe 1: Abhängigkeit vom Supervisor / Methodengebundenheit	<ul style="list-style-type: none"> - Unsicherheit; Orientierung an im Studium erworbenen Wissen - geringes Wissen um eigene Wirksamkeit; persönliche Note fehlt - hohe Motivation 	<ul style="list-style-type: none"> - emotionale Unterstützung - direkte Anleitung; „Unterricht“ - Vorgabe von Arbeitsmodellen
Stufe 2: Adaptation der erlernte Methoden	<ul style="list-style-type: none"> - Konflikt: Abhängigkeit vs. Autonomie - Selbsterfahrungsinteressiert - Selbstvertrauen vs. Überforderung - Fluktuierende Arbeitsmotivation 	<ul style="list-style-type: none"> - Klärung von Ambivalenzen - Selbsterfahrungs-Angebote - Kognitive Methoden - Modelllernen, Strukturierungshilfen
Stufe 3: Balanceakt zwischen Methodengebundenheit und Suche nach eigenem Stil ist beendet	<ul style="list-style-type: none"> - erhöhtes berufliches Selbstvertrauen - größere Einsicht in eigene Wirksamkeit und eigene Grenzen - stabile Arbeitsmotivation 	<ul style="list-style-type: none"> - Konfrontation - Feedback zu Stärken und Schwächen - Freiraum für eigene Strategien
Stufe 4: Integrativer, kreativer Arbeitsstil	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie - Einsicht mit Bewusstsein eigener Grenzen - Sicherheit und Wissen um verbleibende Unsicherheiten 	<ul style="list-style-type: none"> - partnerschaftliche Arbeitsbeziehung - aktivierende Denkanstöße - wechselseitige Beratung

Auf der ersten Stufe stehen die Supervidenden zu Beginn ihrer praktisch-therapeutischen Tätigkeit. Der Fokus der Supervision sollte auf der Unsicherheit und Unerfahrenheit der Therapeuten liegen. Aufgabe des Supervisors ist es, Supervidenden intensiv emotional zu unterstützen und sie bei Ängsten zu entlasten. Mit zunehmender Tätigkeit verringert sich die Methodengebundenheit und Supervisorenabhängigkeit. Auf der zweiten Entwicklungsstufe bemühen sich die Supervidenden nun, ihre eigene Persönlichkeit stärker mit einzubeziehen. Sie wünschen sich selbständig therapeutisch handeln zu können, erleben aber auch, dass sie noch auf Supervisionshilfen angewiesen sind. Spannungen zwischen Supervisor und Supervidend können auftreten. Der Supervidend befindet sich in der Auseinandersetzung mit seinen grundlegenden Motiven und persönlichen Reaktionsweisen. Die Arbeitsmotivation kann in dieser Phase schwanken. Der Supervisor sollte dies als solches respektieren und immer wieder Angebote zur Selbstreflexion machen, so dass der Supervidend für sich Ambivalenzen klären kann. Darüber hinaus sollte der Supervidend in dieser Phase in seiner Arbeitsweise deutlich verstärkt werden. Dadurch kann er vermehrt professionelles Selbstvertrauen aufbauen und erreicht die dritte Entwicklungsstufe. Die Auszubildenden schaffen es, die verbleibende

Abhängigkeit vom Supervisor entweder als persönlichen Zugewinn zu akzeptieren oder messen ihr nur geringe Relevanz bei. Professionelles Selbstvertrauen und eine größere Verbindlichkeit gegenüber dem eigenen Beruf stabilisieren die Arbeitsmotivation. Aufgrund dieses professionsbezogenen Zugehörigkeitsgefühls auf Seiten des Supervidenden findet eine Rollenveränderung des Supervisors statt. Supervision wird allmählich zu einem wechselseitigen Erfahrungsaustausch. Dies fördert die Herausbildung und Festigung eines individuellen Stils auf Therapeutenseite.

Auf der vierten Ebene arbeiten Supervidenden eigenständig und fachlich adäquat. Therapeutische Fähigkeiten werden nun nur noch perfektioniert und der Arbeitsstil kreativer und flexibler. Eigene Fähigkeiten werden realistisch eingeschätzt. Das Wissen um eigene Grenzen und auftretende Motivationsschwankungen ermöglicht eine angemessene therapeutische Sicherheit. Das ursprüngliche Lehrer-Schüler-Verhältnis in der Supervision wird nun durch eine partnerorientierte Arbeitsbeziehung ersetzt. Beide Seiten sind gleichberechtigte Vertreter eines Berufsstandes, so dass auch gegenseitige Kritik geübt werden kann und darf.

Betont werden muss an dieser Stelle, dass Hogans Modell eine Beschreibung des Entwicklungsprozesses darstellt und er selbst es nie empirisch überprüft hat. Es bleibt unklar, auf welcher Grundlage er seine Vorschläge zur Supervisionsgestaltung gebildet hat. Als einzige Zitatquelle gibt er das Buch von John Steinbeck, *Travels with Charley* (1962) an. Man geht davon aus, dass er seine eigenen Erfahrungen und Beobachtungen als Supervisor in seinem Modell dargestellt hat (Rzepka-Meyer, 1997).

Reising und Daniels (1988) sowie Rzepka-Meyer (1997) konnten in ihren Arbeiten das Modell partiell bestätigen. Der Zuwachs an therapeutischer Sicherheit und die Festigung therapeutischer Fertigkeiten bis zum Abschluss der Supervisionszeit nach drei Jahren konnte nachgewiesen werden. Ein Autonomiezuwachs bei der Durchführung von Psychotherapien zeigte sich nur tendenziell. Der von Hogan postulierte Bedürfniswechsel der Supervidenden im Supervisionsverlauf bestätigte sich. Die praktische Bedeutung des Modells ist nicht von der Hand zu weisen. Es bietet sinnvolle Orientierung für Supervisoren bei der Planung und Gestaltung der Supervision, stellt die Förderung qualitativer Änderungen innerhalb des Therapeuten (z. B. Ausbildung von Autonomie und reziproker Kritikfähigkeit) in den Vordergrund, nicht den reinen Wissenserwerb, und beschreibt den erforderlichen Rollenwechsel von Supervidend und Supervisor (Stufe 4, partnerorientierter Supervisionsbeziehung). Die Tatsache, dass sich andere Autoren auf

dieses Modell beziehen und es als Grundlage für eigene Arbeiten nutzen, betont ebenfalls den Stellenwert dieser Arbeit.

„Stufenmodell der Expertiseentwicklung“ von Wiley und Ray (1986)

Die Autoren sprechen von unterschiedlichen Entwicklungsniveaus, die Supervidenden im Verlauf ihrer Ausbildung erreichen sollten (aus Frank, 1998). Zur Operationalisierung haben sie fünf Kategorien festgelegt, die die Auszubildenden auf jeweils vier Stufen durchlaufen, um die bestmögliche Ausprägung erlangen zu können (Tabelle 4). Im Gegensatz zu Hogans Stufenmodell (Kompetenzen bauen aufeinander auf) verläuft die Entwicklung ihrer Meinung nach parallel und man entwickelt sich innerhalb einer Kategorie weiter. Je nach Entwicklungsstand beschreiben Wiley und Ray verschiedene Supervisionsbedingungen (zitiert nach Frank, 1998). Die Rolle des Supervisors verändert sich ähnlich wie in Hogans Modell von einer sehr aktiven direktiven Haltung über die Mentorenfunktion hin zu einer kollegialen Beraterrolle. Die Autoren weisen auch auf die Veränderung der affektiven Zustände der Supervidierten hin (Klärung emotionaler Ambivalenzen, Aufbau von Selbstvertrauen, Abbau von Unsicherheiten bezüglich der persönlichen und professionellen Identität). Ein weiterer Bereich, der von Supervisoren beachtet werden sollte, ist die Umsetzung von kognitiven und handlungsbezogenen Fertigkeiten. Es müssen direkte praktische Fertigkeiten vermittelt werden. Diese werden im Entwicklungsverlauf auf das strategische Denken erweitert und die Fähigkeit zur eigenen Entscheidung unterstützt. Es folgen die Konzeptarbeit und der Vergleich von Patienten. Abschließend hat der Supervisor die Aufgabe, das „timing“ und die Koordination therapeutischen Handelns im Auge zu behalten. Die Abhängigkeit vom Supervisor stellt eine weitere Kategorie dar. Sie entspricht im Wesentlichen den Annahmen, die schon von Hogan aufgestellt wurden. Die Rolle von Unterstützung und Konfrontation in der Supervision ist der letzte Bereich, der betont wird. Sollte auf der ersten Entwicklungsebene ausschließlich die Unterstützung der Supervidenden Aufgabe des Supervisors sein, kann diese schon auf der zweiten Ebene durch konfrontative Anteile ergänzt werden. Auf dem dritten Entwicklungsniveau halten sich unterstützende und konfrontative Maßnahmen des Supervisors die Waage. Danach sollte der Supervidend so gefestigt sein, dass er nur noch selten emotionale Unterstützung und konfrontative Interventionen benötigt.

Tab. 4: „Stufenmodell der Expertiseentwicklung“ von Wiley & Ray (1986)

Kategorie	Ausmaß von Vertrauen in die vorhandenen therapeutischen Fähigkeiten	Wissen um den eigenen Einfluss auf Patienten	Theoretischer Arbeitsrahmen	Gefühl von professioneller Identität	Wissen um die psychotherapeutischen Grenzen
1	Sie haben kein Vertrauen in die eigenen therapeutischen Fähigkeiten; im Vordergrund steht ihre eigene Unfähigkeit.	Sie wissen noch sehr wenig über den Einfluss ihrer Stärken, Schwächen, Motivationen, „neurotischen“ Bedürfnissen etc. auf die behandelten Patienten.	Sie beginnen, sich mit einer theoretischen Schule oder einem individuellen Praktikum zu identifizieren.	Sie schauen nahezu immer, wie andere sich als Therapeuten verhalten.	Sie tendieren dazu, Psychotherapie als etwas Allmächtiges anzusehen.
2	Sie schwanken zwischen Gefühlen von Vertrauen in die eigenen therapeutischen Fähigkeiten und Gefühlen von großer Unsicherheit.	Sie haben eine konsistente Auffassung über die Wirkung ihrer Stärken, Schwächen, Motivationen, „neurotischen“ Bedürfnisse etc. auf die behandelten Patienten.	Sie beginnen, Patienten aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten. Sie werden sich darüber bewusst, dass sei einen eigenen theoretischen Rahmen für die therapeutische Arbeit entwickeln.	Sie beginnen, ein Gefühl für sich als Therapeut zu entwickeln, schauen aber auch immer noch häufig, wie andere sich als Therapeuten verhalten.	Sie sehen Therapie als machtvolles Instrument an, haben aber bereits eine Ahnung davon, dass ihre Wirkung bei einigen Problemen und Patienten begrenzt und inadäquat ist.
3	Sie haben im Allgemeinen gutes Vertrauen in die eigenen therap. Fähigkeiten, sind allerdings durch andere (Patienten, Supervisoren, Kollegen) noch leicht irritierbar.	Sie kennen die Wirkung ihrer Stärken, Schwächen, Motivationen und Bedürfnisse auf Patienten gut und beginnen eine Fähigkeit zu entwickeln, diese als Ressourcen während der therap. Arbeit zu nutzen.	Sie sehen Patienten unter verschiedenen, gut überprüften Perspektiven und testen aus, welche gut zum eigenen theoretischen Arbeitsrahmen passen.	Sie haben ein gut entwickeltes Gefühl für sich als Therapeut und beginnen langsam, dies auch in ihr persönliches Selbstbild integrieren.	Sie sind sich vieler Unzulänglichkeiten und Grenzen von Therapien bewusst und bemühen sich darum, dies in das eigene professionelle Selbstempfinden zu integrieren.
4	Sie haben ein konsistentes, gut ausgeprägtes Vertrauen in die eigenen therap. Fähigkeiten; dies trifft auch bei besonderen Anforderungen seitens Patienten, Supervisoren od. Kollegen zu.	Sie kennen ihre Stärken, Schwächen, Motivationen und Bedürfnisse und können ihre Ressourcen in angemessener Weise in der therapeutischen Arbeit nutzen.	Sie fühlen sich einem bestimmten theoretischen Arbeitsrahmen oder einer Kombination von Konzepten verbunden und können dies gut in die eigene therap. Arbeit integrieren und auch eine Begründung dafür abgeben.	Sie haben ein klares Gefühl für sich als Therapeut entwickelt. Dieses Gefühl ist in das persönliche Selbstbild gut integriert.	Sie kennen therap. Grenzen sehr genau und wissen um die Reichweite von Therapien. Sie haben dieses Wissen vollständig in die eigene professionelle Identität integriert.

Aus Frank, R. (1998). 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.

Zusammengefasst entspricht die Betrachtungsweise der Supervisorensseite von Wiley und Ray (1986) nahezu identisch der von Hogan bereits 20 Jahre zuvor aufgestellten. Das nächste Modell von Stoltenberg et al. (1987 a,b) weist ebenfalls starke Parallelen auf.

*“The Integrated developmental Model (IDM)” von Stoltenberg & Delworth
[1987 a,b; Stoltenberg, McNeill & Delworth (1998)]*

Auch Stoltenberg und Delworth (1987b) sowie weiterführend Stoltenberg et al. (1998) vertreten ein vierphasiges Entwicklungsmodell wie Hogan (1964) sowie Wiley und Ray (1986). Laut Willutzki (1992) stellte dieses Modell das bis heute am weitesten ausgearbeitete Modell dar. Stoltenberg et al. (1998) geben übergeordnete Strukturen an, in dessen Rahmen sich der Entwicklungsprozess vollziehen sollte: kognitiv-emotionaler Fokus, Motivation und Autonomie.

Tab. 5: IDM von Stoltenberg & Delworth (1987); Stoltenberg et al. (1998)

	Orientierung auf Selbst und Andere	Motivation	Autonomie vs. Abhängigkeit
Phase 1	Emotionaler und kognitiver Fokus auf das Selbst; Befürchtung bzgl. der Bewertung durch Patient und Supervisor	Hoch, mit starkem Wunsch effektiv therapeutisch tätig zu sein	Abhängig von Supervisor; Bewertung des eigenen Handelns wird von der Bewertung des Supervisors abhängig gemacht
Phase 2	Emotionaler und kognitiver Fokus auf Patient	Wechselnd, je nach Klarheit bzgl. Patient Phase der Ambivalenz, Verstörung und Instabilität	Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt
Phase 3	Emotionaler und kognitiver Fokus auf Selbst und Patient	Durchgängig hoch, basieren auf größerem Verständnis bzgl. Selbst und Patient	Unabhängiges Arbeiten durch Wahrnehmen eigener Stärken und Schwächen sowie Grenzen; eigener therapeutischer Stil
Phase 4 Integrierter Therapeut	Stabile Integration in allen Bereichen; Problembewältigung durch angemessenen Fokuswechsel (Master Therapist)		

Veränderungen sollen sich in verschiedenen Bereichen der beruflichen Entwicklung zeigen. Zentral sind hierbei: Interventionstechniken, diagnostische Techniken, interpersonelle Diagnostik im Rahmen der therapeutischen Beziehung, Fallkonzeption, Berück-

sichtigung individueller Unterschiede, theoretische Orientierung, Behandlungsziele und –planung sowie professionelle Ethik.

Trotz einiger Vertiefungen weist das Modell noch deutliche Parallelen zu dem Ausgangsmodell von Hogan auf. Der Zuwachs an Autonomie sowie die Stabilisierung von Motivation der Auszubildenden wurde bereits von ihm postuliert. Neu ist in diesem Modell die Betonung der Selbst- und Fremdaufmerksamkeit des Therapeuten. Er sollte in der Lage sein, seine Aufmerksamkeit zwischen der eigenen Person und der des Patienten oszillieren zu lassen (Rzepka-Meyer, 1997).

Entwicklungsfortschritte, d. h. strukturelle Veränderungen in den drei Bereichen erfolgen laut den Autoren nach dem Assimiliations-Akkommodations-Prinzip (Piaget, 1970). Es werden zunächst neue Strukturen an vorhandene assimiliert; existieren diese nicht, werden durch die Akkommodation neue Strukturen geschaffen.

Das Niveau der vierten Phase des Modells wird nach Stoltenberg und Delworth (1987a) von den meisten Therapeuten nicht erreicht. Eine Parallele findet man hier zu den Aussagen, die Dreyfus und Dreyfus (1986) bezüglich des Erreichens des Expertenstatus gemacht haben. Auch sie gehen davon aus, dass nicht jede Person die oberste Stufe der Expertise erreichen kann bzw. muss.

Ein Kritikpunkt an den bislang dargestellten drei Modellen ist, dass sie sich fast ausschließlich auf Therapeuten in der Ausbildung beziehen. Bekannt ist jedoch, dass die Entwicklung in den Berufsjahren weiterläuft und Super- bzw. Intervision ein wichtiger Orientierungspunkt bleibt (Willutzki, 1995). Phänomene wie Burn-out, Stagnation oder Fehlentwicklungen bzw. der Umgang mit ihnen werden nicht thematisiert.

Das folgende Entwicklungsmodell von Rønnestad und Skovholt (1997) versucht den gesamten Berufsweg von Psychotherapeuten darzustellen und dabei sowohl professionelle als auch private Einflüsse zu berücksichtigen.

Das Modell von Rønnestad & Skovholt, (1992, 1997)

Ähnlich wie die zuvor vorgestellten Forscher gehen auch Rønnestad und Skovholt von einem Phasenmodell in der Entwicklung von Psychotherapeuten aus. Im Gegensatz zu ihnen versuchten sie jedoch, ihr Modell der Psychotherapeutenentwicklung über den Zeitraum der Ausbildung auszuweiten und empirisch zu belegen. Laut Auckenthaler (1999) wird in diesem Modell „der zunehmenden Anerkennung des Stellenwerts einer berufsbegleitenden Supervision Rechnung getragen“ (S.143).

Über einen Zeitraum von sechs Jahren (Minnesota-Studie zur Entwicklung von Psychotherapeuten) wurden Daten von 100 Psychotherapeuten mit unterschiedlich langer Praxiserfahrung (0-40 Jahren) kontinuierlich analysiert und anhand von acht Parametern beschrieben (siehe Tabelle 6). Die Datenauswertung ergab ein achtstufiges Modell.

Ähnlich wie Hogan beschreiben die Autoren große Erwartungen, Leistungsorientierung und Ängste am Anfang und in der mittleren Phase der Ausbildung. In der fortgeschrittenen Phase werden die zentrale Rolle des Modelllernens im Ausbildungszentrum, das schwankende Selbstbewusstsein und die bedingte Autonomie des Ausbildungsteilnehmers beschrieben. Die Prozesse der weiterführenden Erkundung, Integration, Individuation und Integrität finden erst in den Jahren nach der Ausbildung statt.

Die Basis für Entwicklungsfortschritte ist nach beider Aussage eine *grundlegende Offenheit und Reflexionsbereitschaft* gegenüber komplexen Phänomenen und Prozessen in der Therapie. „Continuous professional reflection“ umschreibt einen anhaltenden Suchprozess, in dem ein supportives, soziales Umfeld die aktive Auseinandersetzung mit professionellen und persönlichen Erfahrungen fördert. Jede Stufe umfasst zentrale Aufgaben, denen sich Therapeuten zuwenden und lösen müssen. Fehlt den Supervisierenden diese Eigenschaft, tritt Stagnation in die Entwicklung ein.

Insbesondere dem Begriff der Stagnation wurde in bisherigen Modellen keine Beachtung geschenkt, sondern die Entwicklung als ein ständig und unaufhaltsam voranschreitender Prozess gesehen (Auckenthaler, 1999). Es ist aber aus der Entwicklungspsychologie bekannt, dass Entwicklung durchaus regredieren oder stagnieren kann und es gerade hier der Unterstützung zur Bewältigung dieser Krisen bedarf. Es erstaunt tatsächlich, – so wie es Auckenthaler betonte (1999) – dass dieser Aspekt in den bisherigen Supervisionsmodellen übersehen wurde. Ebenso verwunderlich ist das Faktum, dass nirgends negative Entwicklungsverläufe berücksichtigt werden.

Tab. 6: Modell von Rønnestad und Skovholt (1997)

Phase	Zentrale Aufgabe	Vorherrschendes Gefühl	Vorherrschende Einflussquellen	Rolle und Arbeitsstil	Lernprozess	Kriterien der Effektivität und Zufriedenheit
Konventionell (untrainiert; u. U. lange)	Das nutzen, was man kann	Sympathie	Das eigene Leben	Freundschaftlich sympathisierend	Erfahrungsbezogen	Im allgemeinen einfach angenommen, nicht wichtig
Übergang zur prof. Ausbildung (ca. 1. Jahr)	Aufnahme vielfältiger Infos und Anwendungen	Enthusiasmus und Unsicherheit	Überwältigt von der Vielzahl möglicher bedeutender Aspekte	Schwankend beim Versuch, Praxis und Theorie zu verbinden	Kognitive Verarbeitung und Introspektion, Versuch und Irrtum	Wahrnehmbare Patienten-Verbesserung und Supervisorreaktion
Imitation von Experten (ca. 2. Jahr)	Offenheit auf Metaebene, Imitation auf Praxisebene	Verwirrung, dann Ruhe und vorübergehend Sicherheit	Vielfältig: Supervision, Patient, Theorie, Kollegen, persönliche Erfahrung etc.	Unsicher, Tendenz zu rigider Umsetzung von Expertenverhalten	Imitation von Experten	Patienten-Feedback und Supervisorreaktion
Bedingte Autonomie (2-4 Jahre)	Als Profi funktionieren	Wechselndes Selbstvertrauen	Weiterhin vielfältig	Gründlich und ernst, eher rigider Stil und Rollenverhalten	Kontinuierliche Imitation verschiedener Experten	Komplexere Sicht von Patienten-Feedback und Supervisorreaktion
Exploration (2-5 Jahre)	Über das Bekannte hinaus	Selbstvertrauen und Angst	Neue Erfahrungen; neue Stelle, Rolle als Profi, soziokulturelle Erfahrungen	Modifikation des extern vorgegebenen Stils	Reflexion	Zunehmend realistische und internalisierte Kriterien
Integration (2-5 Jahre)	Authentizität entwickeln	Zufriedenheit und Hoffnung	Zunehmende Professionalisierung, vielfältige andere	Mix aus Rigidität und intern kontrollierter Lockerheit	Persönlich ausgewählte Methoden	Zunehmend realistisch und weitere Internalisierung von Kriterien
Individuation (10-30 Jahre)	Authentizität vertiefen	Zufriedenheit und Verdruss	Aus der Erfahrung gewonnene Regeln, primäre Internalisierung früherer Einflüsse	Zunehmend eigener Stil in professionellen Grenzen	Persönlich ausgewählte Methoden	Realistisch und intern
Integriert (1-10 Jahre)	Beim eigenen Stil bleiben und sich auf Ende der Berufstätigkeit einstellen	Akzeptanz	Eigene Regeln, primär Internalisierung früherer Einflüsse	Eigener Stil	Persönlich ausgewählte Methoden	Realistisch und intern

Aus Willutzki, U. (1995). NovizInnen und erfahrene TherapeutInnen: Brauchen alle dieselbe Supervisionsform? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 3, 419-435.

Abschließend kann man trotzdem sagen, dass in der Supervisionsforschung stufenweise Entwicklungsmodelle bestätigt werden konnten und Supervisionen entsprechend aufgebaut werden können. Es sollte deutlich geworden sein, dass bei der Therapeutenentwicklung alle Ebenen menschlichen Verhaltens beteiligt sind. Emotionale Veränderungen werden in einem Zuwachs an therapeutischer Sicherheit deutlich in Verbindung mit der Ausbildung von Autonomie und Kritikfähigkeit. Des Weiteren zeigt sich eine Stabilisierung der Arbeitsmotivation und Aufbau einer kognitiven Flexibilität hinsichtlich des Zentrums der Aufmerksamkeit. Der Erwerb therapeutischer Fertigkeiten spielt vorwiegend in anfänglichen Entwicklungsstadien eine Rolle (Rzepka-Meyer, 1997). Eine wichtige Voraussetzung für den Erwerb therapeutischer Kompetenzen stellt die Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen sowie die Lern- und Reflektionsbereitschaft junger Therapeuten dar (Rønnestad & Skovholt, 1997). Dies ist auch ein entscheidendes Merkmal während der späteren beruflichen Entwicklung.

Es sollte ebenso klar sein, dass diese stufenweise Entwicklung in einem Gesamtkontext gesehen werden muss. Einzelne Entwicklungsschritte assimilieren und lassen sich zu einem Netzwerk integrieren. Stoltenberg et al. (1994) fassen zusammen:

„In agreement with Worthington's (1987) conclusions, we can say there is support for general developmental models, perceptions of supervisors and supervisees are consistent with developmental theories, the behaviour of supervisors changes as counselors gain experience, and the supervision relationship changes as counselors gain experience. (p. 419)“

5.1.3 Das „optimale“ Training

Es soll nun anhand der bislang dargestellten Ergebnisse, weiterer Befunde und unter qualitätssichernden Gesichtspunkten versucht werden, Rahmenbedingungen für ein „optimales“ Training zusammen zu stellen. Es liegt auf der Hand, dass aufgrund der teilweise stark heterogenen, variablen und selektierten Befunde keine spezifischen Aussagen zu Ausbildungsblöcken gemacht werden können. Das Anliegen an dieser Stelle ist, allgemeine und komprimierte Orientierungshilfen zu schaffen.

Ausgangspunkt ist die in Kapitel 2 ausführlich dargestellte Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (APrV) zum Psychotherapeutengesetz. Die einzelnen Bestandteile – Theorievermittlung, Supervision, Selbsterfahrung, Praktische Tätigkeit, Praktische Ausbildung und die Freie Spitze – sind als solche durchaus sinnvoll und anerkannt. Auf die Diskussion, inwieweit das Psychologiestudium eine Bedeutung für die Weiterbildung hat und wie viel theoretische Wiederholung Sinn macht, soll hier nicht weiter eingegangen

werden (nachzulesen u. a. bei Meyer, 2005; Kröner-Herwig, 2003). Auch der Bereich der Selbsterfahrung soll an dieser Stelle ausgespart werden (siehe dazu z. B. Laireiter, 2000, Schön, 2002).

Das praktische Handeln junger Therapeuten steht in dieser Arbeit im Vordergrund; deshalb sollen sich auch folgende Überlegungen zu einem „optimalen Training“ eher auf den praktischen Teil der Ausbildung – die Supervision eingeschlossen - beziehen. Die Kompetenz- und Fertigkeitskomponenten lassen sich in Gesprächstechniken (Fähigkeit zur Führung therapeutischer Gespräche), Prozess- und interaktionelle Techniken (Kompetenz zur Steuerung des therapeutischen Prozesses; Gestaltung der therapeutischen Beziehung), diagnostische und Interventionskompetenzen (Fertigkeiten zur diagnostischen Analyse und Fallkonzeption) sowie technisch-methodische Fertigkeiten unterteilen (Willutzki & Laireiter, 2005; auch Kapitel 4).

Rønnestad und Skovholt (2005) benennen auf der Basis der Minnesota-Studie 14 für das Verständnis der frühen professionellen Entwicklung zentrale Themen, die bei der Gestaltung eines Trainingsprogramms zugrunde gelegt werden sollten (S. 107-108):

1. Professionelle Entwicklung umfasst eine zunehmende Integration von professionellem und privatem Selbst.
2. Im Entwicklungsverlauf verschiebt sich der Fokus der Therapeuten dramatisch: von einer eher internen Orientierung zu einer externen und von dort wieder zu einem internen Fokus.
3. Kontinuierliche Reflexion ist eine Voraussetzung für optimales Lernen und professionelle Entwicklung in allen Entwicklungsstadien.
4. Eine ausgeprägte Selbstverpflichtung zu Lernen und zu Wissen fördert den Entwicklungsprozess.
5. Die kognitive Landkarte verändert sich: Beginnende Praktiker verlassen sich auf externe Expertise, erfahrene Praktiker verlassen sich auf interne Expertise.
6. Professionelle Entwicklung ist ein langer, langsamer, kontinuierlicher Prozess, in dem es durchaus zu Fehlern und Irrwegen kommen kann.
7. Professionelle Entwicklung ist ein lebenslanger Prozess.
8. Viele beginnende Praktiker erleben in ihrer professionellen Arbeit viele Ängste. Im Zeitverlauf werden die Ängste von den meisten bewältigt.
9. Patienten stellen einen zentralen Einflussfaktor dar und dienen als erste Lehrer.
10. Das Privatleben beeinflusst die professionelle Funktionsweise und Entwicklung über den gesamten Verlauf des professionellen Lebens.
11. Interpersonelle Einflussquellen fördern die professionelle Entwicklung stärker als „unpersönliche“ Einflussquellen.
12. Beginnende Psychotherapeuten sehen erfahrene Kollegen und die Ausbildung mit starken affektiven Reaktionen.
13. Ausgeprägte Erfahrungen mit menschlichem Leid tragen zu einer erhöhten Wahrnehmung, Akzeptanz und Anerkennung menschlicher Unterschiedlichkeiten bei.
14. Während beginnende Praktiker sich selbst in gewisser Weise als „Helden“ sehen, nehmen erfahrene Praktiker eher die Patienten als „Helden“ wahr.

Ambühl (2005) betont, der „Bereich der Beziehungsgestaltung sollte im Rahmen des Curriculums ein gut ausgebauter Bestandteil sein, in welchem Ausbildungskandidaten anhand von Ton- und Videoaufzeichnungen ihre Wahrnehmung für die interaktionellen Wünsche der Patienten schärfen und mithilfe von Rollenspielen eine optimale Beziehungsgestaltung zu realisieren lernen“ (S. 236). Es sollten qualitätssichernde Prozessmaße (z. B. Patienten- und Therapeuten-Stundenbögen) eingesetzt werden, die ein direktes Feedback von Patientenseite ermöglichen und mögliche Differenzen zwischen Therapeut und Patient aufdecken. Willutzki und Laireiter (2005) leiten aus den aktuellen Forschungsergebnissen (siehe auch Kapitel 4) folgende präskriptive Merkmale eines guten Therapeuten ab, die „ein wichtiges Anliegen für die Ausbildung sein“ (S. 25) sollen: Gute Therapeuten wissen um die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für Therapieprozess und –ergebnis. Sie achten besonders auf die emotionale Qualität der Beziehung in der ersten Therapiephase, um Abbruchtendenzen zu erkennen und Patienten gegebenenfalls durch eine Veränderung ihres Vorgehens zu ermöglichen, das therapeutische Angebot für sich wahrzunehmen. Damit dies gelingt, sollten ihre Kommunikationsfertigkeiten verbessert werden (Horvath, 2001). Wichtige Fertigkeiten hierfür sind:

- *Freundlicher Stil, angemessene Achtung gegenüber dem Patienten:*
Zugewandte, nicht wertende Grundhaltung; respektvoller Umgang; Signale des aktiven Zuhörens senden
- *Komplementäres Dominanz-Submissions-Verhalten* (Beutler et al., 2004):
Komplementären Beziehungsgestaltung nach Grawe (1992; siehe Kapitel 4)
- *Empathie:*
Erkennen und Verstehen der Gefühle des Patienten, Rückmeldung diesbezüglich an den Patienten
- *Transparenz:*
Therapeut klärt Patienten über Störungsbild, das therapeutische Vorgehen und Bestandteile der Therapie auf (erhöht die Compliance des Patienten)
- *Schaffung eines Zielkonsens:*
Ziele des Patienten werden definiert, finden Beachtung und werden im Therapieplan aufgenommen; Therapeut und Patient arbeiten in eine Richtung
- Schaffung von *Selbstverpflichtung, Mitarbeitbereitschaft* und einer *positiven Erwartungshaltung* auf Patientenseite (Greenberg et al., 2001; Grawe, 1998; Kanfer et al., 1996)
- *Echtheit*
- *Feedback:*
Therapeut meldet Patienten Beobachtungen und Veränderungen wertfrei zurück
- *Angemessener Umgang mit Kritik und Interpretation der therapeutischen Beziehung* (Norcross et al., 2002)

Auf der Ebene der diagnostischen und Interventionsfertigkeiten kann auf die Vermittlung der vier psychotherapeutischen Wirkfaktoren nach Grawe (1995a; siehe Kapitel 4) nicht

verzichtet werden. Diese Faktoren werden in nahezu allen Artikeln und Arbeiten zur Verhaltenstherapie und deren Ausbildung genannt und angeführt.

Auf der theoretischen Ebene bringt man den Auszubildenden die dahinter liegenden Konzepte nahe. Auf der praktischen Ebene müssen die jungen Therapeuten mit Techniken ausgestattet werden, die zur Erreichung der Prinzipien notwendig sind. Als zentrale therapeutische Fertigkeit benennen Smith und Grawe (2003) die Fähigkeit, die therapeutische Interaktion in Richtung einer Mischung aus konsistenzsteigernden und – abnehmenden Interventionen lenken zu können, die am besten dazu geeignet sind, ein gesunde Selbstregulation zu fördern. Ein detailliertes störungsspezifisches Bedingungswissen sei Voraussetzung für eine flexible, situationsangepasste Umsetzung (Grawe, 1996). Zur Erreichung der Problembewältigung wird dem Rollenspiel ein besonderer Stellenwert eingeräumt. Es bietet dem Patienten Raum, positive Bewältigungserfahrungen machen zu können. Gestalttherapeutische Techniken (z. B. Focusing), Konfrontationsmaßnahmen sowie kognitive Strategien (häufig der Prozess des Neubewertens) dienen einer guten Klärungsarbeit. Voraussetzung sowohl für eine gute Bewältigungs- als auch Klärungsarbeit ist die Problemaktualisierung. Hierfür benötigt der Therapeut ein breites Repertoire an erlebnisaktivierenden Maßnahmen (erneut Gestalttechniken, Psychodrama, Aufsuchen von Realsituationen, Einbezug von realen Interaktionspartnern etc.). Alle gelernten Maßnahmen finden sozusagen ihren „Anwendungshöhepunkt“ in dem für Grawe wichtigsten Wirkprinzip der Ressourcenaktivierung: „Eine optimale Nutzung des Wirkfaktors der Ressourcenaktivierung verlangt, dass der Therapeut sein ganzes therapeutisches Angebot, also seinen Interaktionsstil, die Methoden, die er anwendet, das Therapiesetting, seine sprachliche Ausdrucksweise usw. auf die Möglichkeiten und Eigenarten des Patienten abstellt. Für die Verwirklichung solcher ressourcenorientierten Therapieangebote ist eine möglichst große Flexibilität und Variabilität im therapeutischen Repertoire erforderlich.“ (Grawe, 1996, S. 49).

Es sollte deutlich geworden sein, dass das Trainieren von therapeutischen Techniken unabdingbar für die Ausbildung junger Therapeuten ist. Ebenso wie es für Patienten wichtig ist, in der Therapie möglichst reale Bewältigungserfahrungen zu machen, sollten junge Therapeuten Maßnahmen auch in Rollenspielen in Seminaren und der Supervision anwenden und praxisbezogene Erfahrungen machen können. Vertritt man Grawes Ansicht von Psychotherapie, dann ist es auch in einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung entscheidend, offen für andere Therapieschulen zu sein, um Therapeuten mit

einem möglichst breiten Repertoire an therapeutischen Techniken ausstatten zu können.

Neben den Seminaren und Workshops ist die eigenständige Behandlung unter Supervision die entscheidende Plattform, um interaktionelle Fertigkeiten aufzubauen und therapeutische Methoden zu erwerben. Rønnestad und Orlinsky (2006) betonen aufgrund von Ergebnissen der internationalen Langzeitstudie der Forschergruppe „Society for Therapy Research (STR)“ Collaborative Research Network die Notwendigkeit einer ausgiebigen Supervision insbesondere während der Ausbildung.

Frank (1998) hat unter qualitätssteigernden Gesichtspunkten Ziele für eine optimale Psychotherapie-Supervision zusammengestellt (Tab. 7):

Tab. 7: Psychotherapie-Supervision unter Gesichtspunkten der Qualitätssicherung (Frank, 1998)

Ziele von Psychotherapie-Supervision		
bezogen auf Therapeuten	bezogen auf Patienten	bezogen auf Kostenträger
<ul style="list-style-type: none"> ▪ praxisgerechte Anleitung und Modellierung ▪ emotionale Unterstützung und Entlastung ▪ Sensibilisierung für das Wesentliche und Anregung zur kritischen Selbstreflexion ▪ Rückmeldung über professionelle Stärken und Schwächen ▪ Möglichkeit zur Selbstpräsentation als kompetenter Therapeut 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientierung der Behandlung an wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen ▪ systematische Förderung des Wohlbefindens ▪ Vermeidung von Therapieabbrüchen, Kunstfehlern / Schäden ▪ Verbesserung der Langzeitwirkung ▪ Erweiterung des Wirkungsspektrums 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überprüfung der Notwendigkeit der Behandlung ▪ Überprüfung der Zweckmäßigkeit der Behandlung ▪ Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung
	Endziele	
professionelle Weiterentwicklung	positives Behandlungsergebnis	wirtschaftliche Mittelverwendung

Forschungsergebnisse und Befragungen von Supervidierten haben gezeigt, dass sich „gute“ Supervisoren durch folgende Merkmale auszeichnen:

- Sie gehen auf Bedürfnisse und den Entwicklungsstand ihrer Supervidenden ein (Rzepka-Meyer, 1997).
- Sie haben viel therapeutische Erfahrung, ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen, berücksichtigen gruppenspezifische Prozesse, sorgen für eine klare Beziehung und können die Stunde strukturieren (Wittern et al., 1986; zitiert nach Frank, 1998).
- Sie sind in der Lage, eine unterstützende Beziehung mit Respekt und Toleranz in Verbindung mit guten Konzeptualisierungs- und Interventionsfähigkeiten aufzubauen (Frank, 1998).

- Sie zeichnen sich durch einen direktiven Supervisionsstil aus, bei dem die Supervidierten spezifische Anleitungen erhalten (Henry et al., 1993).

Domma und Frank (2006) haben in ihrem Vortrag auf dem EABCT folgende Trainingsbedingungen zusammengestellt, die eine Supervision optimieren können, wenn Supervisoren sie erfüllen (siehe auch Frank, 2003b):

- Konkrete Zielvorgaben für das praktische Handeln
- Vorgabe von Strukturierungshilfen
- Funktion als Modell
- Hilfen zur Integration von Wissen und Können
- Schaffen von Reflexionsanlässen
- Aufforderung zur Identifikation von Regeln und Geben von konkretem, handlungsbezogenen Feedback

Neben der Vielzahl von Fertigkeiten, die Therapeuten anwenden, erlernen und stabilisieren müssen, um Patientenansprüchen gerecht zu werden, betont Frank (2000) jedoch auch als wesentliche Qualität von Psychotherapeuten die Fähigkeit zur Selbstfürsorge. Es sei wichtig, einen adäquaten Umgang mit Belastungen und Stress zu finden und ein hohes Maß an Wohlbefinden zu besitzen, um sich vom Berufsleben angemessen abgrenzen zu können. Sie fordert, derartige Qualitäten im Rahmen der Ausbildung (häufig Teil der Selbsterfahrung) zu entwickeln.

Die Rahmenbedingungen der universitären Weiterbildungsstudiengänge – wie er in Gießen stattfindet – scheinen nah an „optimale Trainingsbedingungen“ heranzukommen. Es wird sich nun in dieser Arbeit zeigen, ob die Gießener Ausbildungskandidaten auch in der Lage sind, diese in der Praxis so umzusetzen, dass sie sich selbst als wirkungsvoll erleben und Patienten zufrieden sind.

Abschließend zu diesem Kapitel soll auf Beutler und Harwood (2000; zitiert nach Beutler, 2000) verwiesen werden, die „sechs Schlüssel zum Erfolg“ definiert haben, die sie ihren Auszubildenden mitgeben (hierarchisch wiedergeben, wichtig bis weniger wichtig):

- a) Therapeutische Einstellung der Akzeptanz und des Respekts gegenüber den Patienten
- b) Wissen über Prinzipien der Veränderung
- c) Werkzeuge, Veränderung zu ermöglichen und dazu zu motivieren
- d) Techniken, Veränderungsprinzipien zu manifestieren
- e) Zeit nehmen, um Veränderungen zu ermöglichen
- f) Vorstellung, neue Fähigkeiten an neue Situationen anpassen zu können

Eine These, die man aus diesen Erfolgsschlüsseln ableiten kann und die jedem Therapeuten bewusst sein sollte, ist:

Der Patient steht im Mittelpunkt der Therapie, er ist ausschlaggebend für Zielsetzung, Therapieschwindigkeit und Veränderungsmöglichkeit – nicht der Therapeut!

Bisher haben wir uns damit beschäftigt, was therapeutische Expertise sein kann, wie sie sich entwickelt und wie sie trainiert werden kann. Nun betrachten wir, wie man psychotherapeutische Kompetenz messen kann.

5.2 Messung psychotherapeutischer Kompetenz

Ähnlich wie man im Bereich des Qualitätsmanagements von der Prozess- und Ergebnisqualität spricht, so unterscheidet man auch in der Psychotherapieforschung die Prozess- von der Ergebnisforschung (Lambert & Hill, 1994; Hill & Lambert, 2004). Bei der Prozessforschung stehen die therapeutische Beziehung und deren Bedeutung für den Prozess im Vordergrund (Bänninger-Huber, 2001; Milne et al., 2001), d. h. das aktuelle Verhalten des Patienten, des Therapeuten sowie deren Interaktion werden betrachtet. Ein Stichwort ist hier auch die Wirkfaktorenforschung, die „der Identifikation der tatsächlichen Wirkmechanismen des psychotherapeutischen Veränderungsprozesses“ (Scheithauer & Petermann, 2000; S. 215) dient. Da sich sowohl verschiedene Therapeuten- als auch Patientenfaktoren im Rahmen der therapeutischen Beziehung wiederum auf die Wirksamkeit einer Intervention auswirken, schließt sich hier der Kreis. Weitere Kernbegriffe der Prozessforschung sind die Wirksamkeits- und die Effektivitätsforschung. Bei der Wirksamkeitsforschung liegt der Schwerpunkt auf einer hohen internen Validität. Es handelt sich hier um hoch kontrollierte klinische Studien oder Einzelfallstudien, die meistens unter idealen und bestmöglichen Bedingungen durchgeführt werden. Die Effektivitätsforschung hingegen legt ihr Gewicht auf eine hohe externe Validität. „Die Effektivität umschreibt die Wirksamkeit einer Intervention unter annähernd realen oder realen (Praxis)Bedingungen und bezieht sich beispielsweise auf deren Anwendbarkeit oder Praktikabilität“ (Scheithauer & Petermann, 2000; S. 220).

Bei der Frage nach der Effektivität einer Behandlung bewegt man sich nun schon in der Schnittmenge von Prozess- und Ergebnisforschung. Die Ergebnisforschung konzentriert sich auf die Folgeerscheinungen eines Therapieprozesses (kurz- und langfristige Therapiewirkung auf den Patienten). Man könnte an dieser Stelle genauso gut die Frage

formulieren, wie effektiv eine Behandlung ist. Um diese Problematik zu umgehen, spricht man aktuell auch von der „Process-Outcome-Forschung“.

5.2.1 Messung des psychotherapeutischen Prozess

Mögliche Messzeiträume in der Forschung reichen vom Therapiegesamtverlauf, über Phasenmodelle (z. B. 7-Phasen-Modell nach Kanfer et al., 1991), über die Messung einzelner Sitzungen bis hin zu kürzeren Episoden innerhalb einer Sitzung. Hierbei können u. a. einzelne Sprechakte, Gesprächssequenzen oder auch individuelle kognitive Prozesse beurteilt werden (siehe Übersicht unten).

Nach Schindler (1996) lässt sich eine Therapiestunde als eine Ereignisfolge beschreiben, „bei der sich die einzelnen Ereignisse aus der beschriebenen Sitzungsstruktur und der gewählten Thematik ergeben“ (S. 282). Die Forschung der letzten 25 Jahre hat sich insbesondere mit der Frage beschäftigt, welche dieser Ereignisse für Veränderungen notwendig und förderlich sind.

In der Prozessforschung kann unter verschiedenen Gesichtspunkten klassifiziert werden (vgl. Hill & Lambert, 2004). Die Autoren unterscheiden hierbei die quantitative und die qualitative Prozessforschung. Im Bereich der quantitativen Prozessforschung interessieren die möglichen folgenden Mess-Dimensionen (Hill & Lambert, 2004, S. 86; ausführliche Darstellung auch bei Schindler, 1996):

- Fokus der Evaluation:
Patient, Therapeut, Therapeut-Patienten-Beziehung, Supervisor, Therapeut-Supervisor-Beziehung
- Aspekte des Prozesses:
Offenes (z. B. therapeutische Techniken; Patientenverhalten) vs. verdecktes (Intentionen des Therapeuten; Reaktionen des Patienten) Verhalten;
Thematischer Inhalt (Überschriften; Gesprochenes);
Stil (Art und Weise, wie der Sprecher spricht oder sich verhält; nonverbales Verhalten; Stimmqualität; Gefühle...);
Qualität (Fertigkeiten und Kompetenz)
- Theoretischer Hintergrund:
Atheoretisch (ohne Schulrichtung); Psychodynamisch; Humanistisch; Verhaltenstherapeutisch
- Perspektiven der Evaluation:
Patient (teilnehmender Beobachter); Therapeut (teilnehmender Beobachter); Supervisor (verantwortliche Rolle, aber nicht-teilnehmender Beobachter); Beurteiler (nicht-teilnehmende Beobachter)

- Einheiten:

Mikroprozess (Momentaufnahmen): Einzelne Worte oder Phrasen; Sätze; Sprecherwechsel; Gedankeneinheit (Gesprächseinheit zu einem Thema)

Makroprozess (längere Einheit, die allgemeines Urteil über Verhaltensweisen erlaubt): 5-Minuten-Abschnitte; themen- oder aufgabenbezogene Einheit; Sitzung (30-90 Minuten); Serie von Sitzungen (längere Therapiephase); komplette Behandlungsverlauf

- Messinstrumente:

Intervallskalen (Variablen werden auf der Likert-Skala geratet);

Nominale Kategorien (bestimmte Verhaltensweisen werden gezeigt oder auch nicht)

- Ebene erforderlicher Rückschlüsse (Ergänzungen zu den Messergebnissen):

a) Keine weiteren Rückschlüsse erforderlich, da genügend Informationen aufgrund der Messdaten vorhanden

b) Subjektive Rückschlüsse erforderlich, die zu Verzerrungen führen können

- Stimulusmaterial zur Urteilsbildung

Direkte Teilnahme (Patient oder Therapeut) oder Live-Beobachtung (Patient, Therapeut, Beurteiler oder Supervisor); Skript; Audio- oder Videomaterial; Kombination von Skript und Band

In den letzten Jahren hat sich die Studienzahl der qualitativen Prozessforschung stark vermehrt. Ein Grund hierfür ist, dass bei qualitativen Analysen die Praxis als solche besser dargestellt werden kann. Problematisch ist, dass dies häufig zu Kosten der Reliabilität und Validität der Untersuchungen geschieht. Je stärker der Bezug zur realen Welt, desto schwieriger ist es, diese zu kontrollieren. Genutzt werden die unterschiedlichsten Methoden, so dass eine Übersicht – wie sie für die quantitative Prozessforschung abgeleitet werden kann – nicht existiert. Häufig wird die Form des Interviews genutzt, da sie den Forschern erlaubt, sich an den individuellen Teilnehmer (ob Patient oder Therapeut) anzupassen und Äußerungen zu hinterfragen. Es sollen an dieser Stelle nur einige Punkte kurz genannt werden, die die Objektivität dieser Methode beeinflussen können:

Nonverbales Verhalten, Erwartungshaltung des Interviewers, hypothesengesteuertes Fragen, soziale Erwünschtheit auf Seiten des Teilnehmers.

Hill und Lambert (2004) betonen aber dennoch den Nutzen der Interviewform unter der Voraussetzung, dass Forscher deren Grenzen berücksichtigen. Sie schlagen ein semi-strukturiertes Vorgehen (festgelegte Standardfragen mit Möglichkeiten zur individuellen Ergänzung) mit schriftlicher Aufzeichnung vor, die dem Interviewten nochmals vorgelegt werden kann, um Missverständnisse zu klären und mögliche Verzerrungen des Interviewers zu vermeiden.

Unabhängig von quantitativen und qualitativen Gesichtspunkten der Prozessforschung, betont Schindler: „Prozessforschung muss Handlungsrelevanz für die praktische Anwendung besitzen“ (S. 290, 1996). Eine Aussage, die zunächst profan erscheint, insbesondere für die Therapeutenausbildung aber von hohem Wert ist. Insbesondere die Prozessforschung bietet Raum, Kriterien für ein sinnvolles und erfolgreiches Therapeutenverhalten zu erkunden, die jungen Therapeuten in der Ausbildung vermittelt werden können. Erhebt die Psychotherapie den Anspruch, sich an der Forschung zu orientieren, dann muss sie sich auch darum bemühen, diese voranzutreiben und zu unterstützen.

5.2.2 Beobachterperspektiven

Es wurde nun schon häufiger angesprochen, dass die Wahrnehmung des Therapieprozesses von Therapeuten, Patienten und externen Beobachtern häufig nicht übereinstimmt und mit unterschiedlichen Variablen in Beziehung gesetzt wird. Sogar der Therapieerfolg wird von unterschiedlichen Teilnehmern unterschiedlich definiert. Umso schwieriger, und deshalb in ständiger Diskussion, ist die Beantwortung der Frage, aus welcher Perspektive heraus man denn nun Psychotherapie messen sollte. So bevorzugen einige Autoren die so genannten „objektiven Daten“ aus Sicht unabhängiger Beobachter, andere hingegen ziehen die „subjektiven Daten“ der Einschätzungen von Patienten und Therapeuten vor (vgl. Hill et al., 1994). In früheren Forschungsjahren ging man davon aus, dass außenstehende Beobachter den Prozess objektiver einschätzen können, weil sie nicht persönlich involviert sind. In der Zwischenzeit hat sich jedoch gezeigt, dass diese Urteile genauso verzerrt sein können, wie die von Patienten und Therapeuten (siehe auch 6.1.). Schon früh waren u. a. Orlinsky und Howard (1975) der Ansicht, dass nicht die messbaren oder beobachtbaren Merkmale den entscheidenden Einfluss in der Psychotherapie haben, sondern das subjektive Erleben der Beteiligten. Es komme weniger darauf an, was gesagt werde, als darauf, wie es von dem Empfänger der Botschaft interpretiert werde. Aufgrund der Schwierigkeiten, die mit jeder Perspektive für sich genommen verbunden sind, sprechen sich die meisten Forscher und Autoren für die Erfassung mehrerer Sichtweisen aus. Die Validität der Erfassung kann durch die verschiedenen Urteile erhöht werden, da alle Beteiligten, die unabhängigen Beobachter eingeschlossen, den therapeutischen Prozess unterschiedlich wahrnehmen. Stolk und Perlesz (1990) machen die Ergründung von möglichen Wahrneh-

mungsdifferenzen zur Aufgabe der Untersucher. Die unterschiedlichen Forschungsergebnisse bezüglich des Übereinstimmungsgrads der Beobachterperspektiven führen die Autoren auf die Variabilität der angewandten Methoden zurück.

Es folgt nun die Darstellung einiger Studien, die sich mit der Wahrnehmung von Therapieprozess und –ergebnis aus verschiedenen Perspektiven beschäftigt haben (Kasten). Die therapeutische Kompetenz spielt wie so häufig eine untergeordnete Rolle bei den Erhebungen und wird überwiegend anhand der subjektiven Angaben der Therapeuten gemessen. Verhaltensbeobachtungen aus Sicht von Supervisoren oder anderen externen Beobachtern wurden nur selten eingesetzt (Bothe, 2003).

- Langer (1997)
Tendenziell positiver Zusammenhang zwischen selbsteingeschätzter und beobachteter „Kompetenz der Lern- und Kritikbereitschaft“;
Negative Korrelation zwischen der therapeutischen Sicherheit und der von außen wahrgenommenen Kompetenz;
Große Variabilität zwischen den beiden Beurteilerinnen innerhalb einer Beurteilerperspektive (unterschiedliche Schwerpunktsetzung bei der Kompetenzbewertung)
- Margraf & Schneider (1992)
Patientenurteil über die therapeutische Kompetenz konnte Therapieerfolg wesentlich besser vorhersagen als durch die Wahrnehmung von Beobachtern
- Stolk und Perlesz (1990)
Kein Zusammenhang zwischen dem Selbsturteil der Therapeuten, der Einschätzung durch Beobachter sowie der Zufriedenheit der behandelten Familien
Therapeutenurteil über Zielerreichung korrelierte nur gering mit der angegebenen Familienzufriedenheit
Mit zunehmender therapeutischer Erfahrung stieg die Selbstsicherheit der Therapeuten, während die Zufriedenheit der Familien jedoch geringer wurde
Erklärung der Autoren: erfahrenere Therapeuten legen mehr Wert auf neu erlernte Techniken und vernachlässigen die Beziehungsgestaltung, obwohl diese gerade in größerem Maße Einfluss auf die Zufriedenheit hat.
- Grawe (1992b)
Das Therapeutenverhalten sollte durch den Patienten beurteilt werden, wenn man anhand des Beitrags des Therapeuten zur Therapiebeziehung den Therapieerfolg vorhersagen möchte
- Ambühl (1993)
80% der Varianz des kurzfristigen Ergebnisses einer Therapiestunde lassen sich durch die Patienteneinschätzung der Therapiebeziehung aufklären
Fraglich sei jedoch, inwiefern Patienten zwischen der Beurteilung der Beziehung und Therapiefortschritten unterscheiden können (Patientenzufriedenheit, in der Therapie Fortschritte machen zu können, könne durch eine positive Beziehung zum Therapeuten verstärkt werden)

- Horvath & Symonds (Metaanalyse, 1991)
Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung aus verschiedenen Perspektiven: Patientenurteil sagt Therapieergebnis gefolgt vom externen Beobachterurteil am besten voraus; Therapeuten bleiben außen vor
- Grawe & Braun (1994); Hausch (1999)
 - Prozessqualitätskontrolle: Verschiedene Sichtweisen auf die Therapie spielen wichtige Rolle
 - Laufende Qualitätskontrolle: Stundenbögen, die sowohl von Therapeuten als auch von Patienten direkt im Anschluss an die Sitzung ausgefüllt werden
 - Deutliche Abweichungen von Therapeuten- und Patientenurteilen
 - Beurteilungen können u. a. gut dazu genutzt werden, um dem Therapeuten laufend Rückmeldung zu geben und das Therapieergebnis schon früh im Verlauf mit einiger Wahrscheinlichkeit vorherzusagen.

Allgemein fanden Forscher, die sich mit diesen unterschiedlichen Sichtweisen beschäftigt haben, dass eine Übereinstimmung zwischen Patienten- und Therapeutenperspektive einen positiven Faktor darstellt, der zur Qualität des therapeutischen Prozesses und langfristig auch mit dem Outcome beiträgt (Fitzpatrick et al., 2005). Betrachtet man jedoch die einzelnen Befunde, so gelangt man schnell zu dem Fazit, dass Therapeuten anscheinend nicht in der Lage sind, das aktuelle Therapiegeschehen angemessen einzuschätzen und den Therapieerfolg vorherzusagen.

Schulte und Meyer (2002) haben versucht, diesem Phänomen nachzugehen. Die Autoren vermuteten, dass Therapeuten aufgrund der komplexen Anforderungen einer Therapiesitzung weder Zeit noch kognitive Kapazität haben, das Geschehen rational beurteilen zu können. Ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen der Stimmung der Therapeuten und ihrer Erfolgsprognosen konnte bestätigt werden. Des Weiteren zeigte sich, dass Fortschritte, Misserfolge sowie die Beziehungswahrnehmung (Akzeptanz bzw. Ablehnung durch den Patienten) die Stimmung der Therapeuten prägten und somit auch Einfluss auf ihre Erfolgseinschätzungen nahmen.

In einer weiteren Studie (Meyer & Schulte, 2002) zeigte sich jedoch, dass im Gegensatz zu Therapiefortschritten, die Wahrnehmung von Akzeptanz oder Ablehnung durch Patienten in keinem Zusammenhang mit dem späteren Erfolg steht; unabhängig von Patienten- oder Therapeutensicht. Zusammengefasst basiert die Erfolgsprognose der Therapeuten zu einem großen Teil auf Merkmalen des Prozesses, die für ihr Urteil keine Relevanz haben sollten. Des Weiteren machen sie in den meisten Fällen ihre Urteile von der eigenen Stimmung abhängig und eine kognitive Analyse der Beziehung, der Therapiefortschritte und der Kontrolle über das Therapiegeschehen findet nicht statt. Einzig in der Mittelphase der Therapie wird die direkte kognitive Verarbeitung genutzt, um Informationen über die Beziehung zu verarbeiten.

5.3 Trainingsstudien: Untersuchungen zur Therapeutenentwicklung und Trainingseffekten

Wie schon erwähnt, mangelt es an kontrollierten und guten Trainingsstudien. Es folgt nun eine Auswahl an Befunden, die in der Fachliteratur häufig benannt werden. Teilweise wurden einzelne Befunde schon in entsprechenden Kapiteln wiedergegeben.

- Orlinsky & Rønnestad (2005); Rønnestad & Orlinsky (2006)
Langzeitstudie der „Society for Therapy Research (STR)“
 - Junge Therapeuten erleben die Praxis deutlich häufiger „aufreibend“ als erfahrene Therapeuten
 - Relative Vulnerabilität; Bedarf an effektiver Supervisionsanleitung sowie Unterstützung bei jungen Therapeuten
 - Negative Folgen der Supervision, wenn sie zur Bewertung der Studenten oder Kandidaten herangezogen würde
 - Globales Hauptergebnis: Supervision und eigene psychotherapeutische Tätigkeit sind Hauptquellen beruflichen Wachstums für alle Therapeuten
- Laireiter & Willutzki (2003)
Übersichtsarbeit zum Thema Selbsterfahrung (verhaltenstherapeutischen Ausbildung); Ranking der Ausbildungselemente aus Sicht der Auszubildenden
1. Eigene therapeutische Arbeit; 2. Supervision; 3. Selbsterfahrung; 4. didaktisches Training verhaltenstherapeutischer Methoden; 5. Theoriekurse
- Hilsenroth et al. (2002)
Positiver Zusammenhang zwischen einem absolvierten strukturierten Training und Komponenten des Beziehungsaufbaus der Therapeuten: Patienten stufen die Beziehung zu trainierten Therapeuten höher ein als die zu nicht trainierten
- Safran et al. (2002)
Übersichtsarbeit zu Therapieabbrüchen
 - Befunden weisen auf Schwierigkeit hin, Psychotherapeuten vernünftig darin zu schulen, mit schädlichen Interaktionen (Brüchen in der Therapie) in konstruktiver Weise umzugehen
 - Therapeuten müssen subtile Indikatoren für Missstimmungen in der therapeutischen Beziehung erkennen und die Initiative ergreifen, diese anzusprechen
 - Die vermittelnden Bedingungen für den Erwerb dieser Fertigkeiten sind noch unklar und müssen erst genauer untersucht werden.

Mallinckrodt (2000)

Beobachtungen als Supervisor in der Ausbildung:

- Auszubildende bauen zunächst Fertigkeiten auf, Rapport zum Patienten herstellen zu können, probieren dann spezifische therapeutische Interventionen aus und bilden erst am Ende der Ausbildung Fertigkeiten aus, die ein eigenes psychotherapeutisches Modell ermöglichen, das sie flexibel einsetzen können, um bestimmte Behandlungsziele durch bestimmte Techniken zu erreichen.
- Zimmer (2000a)
„Ein wesentlicher Teil einer Psychotherapieausbildung, der über die Lektüre allein nicht vermittelbar ist, ist die Entwicklung eines guten Gefühls für die Gratwanderung, anfangs auch neurotischer Beziehungsbedürfnisse partiell zu berücksichtigen und sich dabei als Therapeut nicht gänzlich die Hände binden zu lassen, um dann im Laufe der Therapie, die eigenen Beziehungsangebote zu ändern“ (S. 80)

- Horvath (2000)
 - Ausmaß an Training nimmt keinen direkten Einfluss auf die Fähigkeit, eine gute therapeutische Arbeitsbeziehung formen zu können
 - Bezug auf Studie von Kivlighan et al. (1998) und Horvath & Bedi (2002): Patienten mit großen Beziehungsschwierigkeiten bauen eine stärkere Bindung zu erfahrenen Therapeuten als zu jungen Therapeuten auf
→ Beziehungskompetenzen werden vom Therapeuten als Anlage mitgebracht und können durch Ausbildung bzw. berufliche Erfahrungen lediglich ausgeformt und verstärkt werden
- Crits-Christoph et al. (1998)
 - Gegensätzliche Ergebnisse zu Dobson & Shaw (1993): Sowohl eine Steigerung der technischen Fertigkeiten als auch deutlich höhere Beziehungsurteile der Patienten nach dem Therapeutentraining
- Krasner et al. (1998)
 - Entwicklung während der Ausbildung findet insbesondere im Bereich der Beziehungsgestaltung und Wahrnehmung des Patienten statt
 - Einsatz des Verhaltensbeurteilungsbogens „Supervisor Report“: Sowohl Unterschiede in den therapeutischen Fertigkeiten zwischen Anfängern und Fortgeschrittenen als auch einen Kompetenzgewinn über die Zeit hinweg (Daten bezogen sich auf einen psychodynamischen Therapieansatz)
- Rzepka-Meyer (1997)
Längsschnittstudie; Überprüfung des Entwicklungsmodells von Hogan (1964)
 - Stetiger Zuwachs an therapeutischer Sicherheit sowie der Festigung verhaltenstherapeutischer Fertigkeiten
 - Bedürfnisse der jungen Therapeuten verändern sich über den Zeitraum der Ausbildung: Bedürfnis nach fallbezogener Anleitung unter methodischen Gesichtspunkten → Bedürfnis nach allgemeiner Kompetenzerweiterung → Wunsch nach emotionalem Freiraum → Aktivierende Denkanstöße
 - Supervisionszufriedenheit kann durch bedürfnisgerechte Supervisionsgestaltung durchgehend hoch gehalten werden
- Frank et al. (1996)
 - Therapeutische Vorerfahrung Auszubildender hat einen Einfluss auf die Supervisionsbedürfnisse und die Supervisionszufriedenheit: Unerfahrene zeigen länger und stärker ein Bedürfnis nach fall- und methodenbezogener Supervision, während bei den Erfahreneren die Bedürfnisse nach emotionalem Freiraum und Kompetenzerweiterung im Vordergrund stehen
 - Nicht nur Entwicklungsstand für Supervisoren wichtig, sondern auch die therapeutische Vorerfahrung der Supervidenden
- Fydrich et al. (1996); Rzepka-Meyer et al. (1998), Laireiter & Hampel (2003)
 - Hoher Stellenwert des Verfassens von Fallberichten in den deutschsprachigen Ländern (Deutschland, Österreich, Schweiz) während der Ausbildung
 - Qualitätssichernde Punkte: Zeitgemäße Vermittlung von allgemeinen Kompetenzen der Falldokumentation; Überprüfung der konzeptionell-methodischen Kompetenzen der Ausbildungsteilnehmer bei der Planung und Durchführung von Verhaltenstherapien
 - Pädagogische Punkte: Förderung kognitiver und reflexiver Kompetenzen, einer bestimmten Herangehensweise an klinische Probleme, die Systematisierung und

Strukturierung des Vorgehens sowie die die Planung, Begründung und Reflexion dieser Probleme

- Aufgrund dieser Vielzahl von Einflussmöglichkeiten (Kompetenzerwerb und Qualitätssicherung) sollten schriftliche Fallberichte noch stärker in der Ausbildung Verwendung finden
- Stein & Lambert (1995); Metaanalyse
 - Trainingseffekt auf die drop-out-Rate einer Therapie
 - Therapeuten in Beratungszentren ohne psychotherapeutische Ausbildung produzierten deutlich höhere Abbruchzahlen als Therapeuten, die an Trainingsprogrammen teilnahmen bzw. über ein hohes Maß an beruflicher Erfahrung besaßen
 - Erfahrene und besser ausgebildete Therapeuten schaffen es, Patienten länger in der Therapie zu halten, scheinen also eine stabilere Bindung zu den Patienten aufzubauen
 - Moderate Befunde, dass trainierte Therapeuten auch objektiv (prä-post-Vergleich durch psychologische Tests, standardisierte Symptommessungen etc.) gesehen bessere Therapieergebnisse erreichen
- Willutzki (1995)
 - Bezug auf Arbeiten von Stoltenberg & Delworth (1987); Skovholt & Rønnestad (1992)
 - Ableitung von entwicklungsgemäßigem Verhalten auf Supervisorensseite: Supervisanden sollten über ihren Entwicklungsstand informiert werden, Bedürfnisse könnten sie dementsprechend eingrenzen und einfordern
- Henry et al. (1993)
Manualisiertes Training in der zeitbegrenzten psychodynamischen Therapie
 - Negative Zusammenhänge von Therapeutenverhalten und Beziehungsaufbau
 - Trainierte Therapeuten zeigten sich weniger optimistisch und unterstützend gegenüber ihren Patienten sowie direkter und feindseliger in ihren Aussagen
- Dobson & Shaw (1993)
 - Fähigkeit zum Beziehungsaufbau ist relativ unveränderlich
 - Bemühungen, junge Therapeuten in Merkmalen wie Wärme, Empathie und Fürsorge zu schulen, schlugen fehl. Selten ähnliche Werte jener Therapeuten, die von ihren Patienten hoch auf der Beziehungsebene eingeschätzt wurden.
 - Vorschlag: Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung sollte eher als Auswahlkriterium zur Ausbildungszulassung denn als Ergebnisfaktor genutzt werden
- Ickes (1993); Hill & Kellems (2002)
Entwicklung von Trainingsprogrammen zur Steigerung der Empathiefähigkeit und hilfreichen Fertigkeiten, die ermunternde Ergebnisse zeigen
- Galassi & Brooks (1992); Kuhr (1998); Willutzki & Laireiter (2005)
Eigene praktische Tätigkeit und die Auseinandersetzung mit den unterschiedlichsten Patienten und Störungsbildern sind zum Aufbau eines eigenen Erfahrungsschatzes unumgänglich
- Mallinckrodt et al. (1991)
Vergleich von Studenten im ersten Semester, im praktischen Jahr und erfahrenen Therapeuten mittels Patientenurteilen in den Beziehungskomponenten Bindung, Aufgabenorientierung und Zielfindung:
 - Keine Unterschiede in der Bindungskomponente

- Signifikant stärkere Einstufung von Fortgeschrittenen und Erfahrenen in der Aufgabenorientierung und Zielfindung; keine Unterschiede zwischen den Erfahrenen und Fortgeschrittenen
- Experten beurteilten sich selbst besser als die fortgeschrittenen Therapeuten in der Aufgaben- und Zielkomponente
- Ergebnisse stützen die Beobachtungen von Mallinckrodt (2000), dass sich junge Therapeuten sehr um die Bindung zum Patienten bemühen, das konzeptionelle Denken aber erst später entwickelt wird
- Lafferty et al. (1989)
 - Prädiktoren für therapeutische Wirksamkeit, die einerseits bei jungen Therapeuten vorhanden sind, andererseits noch fehlen:
Weniger wirksam waren Therapeuten, die weniger empathisch, patientenorientiert und stärker direktiv in ihrem Vorgehen waren.
 - Obwohl sich ihre Patienten im Vergleich zu effektiveren Therapeuten nicht so verstanden fühlten, sahen diese Therapeuten die Patienten trotzdem stärker involviert → Steigerung der Fähigkeit zur Patientenorientierung; Schulung der Wahrnehmung der Therapeuten für ihre Patienten

Zusammenfassung:

Training und Ausbildung von jungen Psychotherapeuten sind wichtig und notwendig. Die Vermittlung von Theorie, therapeutischen Fertigkeiten und der Aufbau eines professionellen Selbstbildes stehen im Vordergrund. Bei der Therapeutenentwicklung sind alle Ebenen menschlichen Verhaltens beteiligt. Emotionale Veränderungen werden in einem Zuwachs an therapeutischer Sicherheit deutlich in Verbindung mit der Ausbildung von Autonomie und Kritikfähigkeit. Des Weiteren zeigt sich eine Stabilisierung der Arbeitsmotivation und Aufbau einer kognitiven Flexibilität hinsichtlich des Zentrums der Aufmerksamkeit. Der Erwerb therapeutischer Fertigkeiten spielt vorwiegend in anfänglichen Entwicklungsstadien eine Rolle (Rzepka-Meyer, 1997).

Entwicklungsmodelle orientieren sich an der allgemeinen Expertiseforschung und Supervisionsforschung. Schwierigkeiten der Operationalisierung bei der Frage „was einen guten Therapeuten ausmacht“, zeigen sich auch in der Trainings- und Ausbildungsforschung von psychologischen Psychotherapeuten. Die Befundlage ist uneindeutig und teilweise widersprüchlich. Die Vermittlung von Kompetenzen zum Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung wird jedoch in den meisten Arbeiten als wichtig angesehen. Von Ausbildungskandidaten selbst werden regelmäßige Supervision und die eigene psychotherapeutische Tätigkeit als wesentliche und unumgängliche Bausteine der beruflichen Weiterbildung benannt.

6 Ableitung der Fragestellungen

Der Stellenwert des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen kann derzeit nicht hoch genug eingestuft werden. Allorts entstehen Qualitätszirkel und das Schlagwort „Zertifizierung“ ist in aller Munde. Der Weiterbildungsstudiengang „Psychologische Psychotherapie (Schwerpunkt Verhaltenstherapie)“ an der Justus-Liebig-Universität Gießen bemüht sich schon seit Jahren, die Ausbildung zum Psychotherapeuten zu optimieren und an relevante Forschungsergebnisse anzupassen. *Qualitätssicherung* war und ist hier kein Fremdwort. Die vorliegende Arbeit ist Teil einer seit 1996 laufenden Studie im Weiterbildungsstudiengang „Psychologische Psychotherapie“ an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Verschiedene Schwerpunktarbeiten sind bislang aus der Forschungsgruppe um Prof. Dr. D. Vaitl und Dr. R. Frank hervorgegangen³.

Es ist erstaunlich, dass sich die Forschung bislang nur wenig um die Inhalte des Therapeutentrainings gekümmert hat. Die Effektivität des Trainings wird an Behandlungsergebnissen festgemacht anstatt an der Evaluation einzelner Trainingsbausteine (Stein & Lambert, 1995). James et al. (2001) unterstreichen, dass Veränderungen beim Patienten zwar eine wünschenswerte Folge der Kompetenz seien, aber ein unsicheres und unreliaables Maß zur Kompetenzmessung. Veränderungen beim Patienten würden von zu vielen anderen Faktoren abhängen, die wiederum unabhängig von der therapeutischen Kompetenz seien. Binder forderte schon 1993 mehr Forschung unter zwei Hauptgesichtspunkten: Definition von Kompetenz und die Analyse entscheidender Merkmale, wie zum Beispiel Charaktere von Therapeuten und Patienten. Shaw und Dobson fassten bereits 1988 zusammen:

„In the training of mental health professionals the evaluation of competence is difficult, but useful“ (S. 895, zitiert nach Krasner et al., 1998).

Beutler und Kendall (1995) kritisieren, dass zwar eine Vielzahl von Variablen existiert, es aber weiterhin an der Definition von Schlüsselmerkmalen mangelt. Langer und Frank (1999) versuchten durch die Entwicklung des „Verhaltensratingbogens für Therapeutenkompetenz“, Merkmale festzulegen, die für die Therapie wichtig sind und entspre-

³ Rzepka-Meyer (1997): Entwicklungsprozess von Auszubildenden in der Supervision
Langer (1997), Frank (1999): Verhaltensbeobachtungen zur psychotherapeutischen Kompetenz, Entwicklung eines Beobachtungsbogens für eine kriterienorientierte Supervision
Schön (2002): Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung
Berns (2003), Bothe (2003): Unterschiedliche Wahrnehmungsperspektiven einer Therapiestunde

chend trainiert werden sollten. Es liegen hierzu bislang jedoch nur wenige empirische Befunde vor. Ziel dieser Arbeit ist es unter anderem, dies zu konkretisieren.

Der Bedarf an ausbildungsorientierter Forschung insbesondere in Deutschland wird von vielen Autoren betont (z. B. Frank, 1999a; Reinecker & Schindler, 2000; Laireiter & Wilutzki, 2005). Die Aufmerksamkeit auf diesen Bereich wurde in den letzten Jahren zwar verstärkt, ist aber noch lange nicht ausreichend. Dies liegt einerseits sicherlich an der Komplexität der Thematik sowie an der gerade angesprochenen Problematik der Merkmalsfestlegung, andererseits aber auch an der unkooperativen Haltung von Ausbildungsinstituten, die sich teilweise nur „ungern in die Karten schauen lassen“, Informationen nur spärlich ausgetauscht werden und das Interesse an Ausbildungsforschung sehr gering ist (Laireiter & Botermans, 2005). Auch Petzold et al. (1998) äußerten: „Evaluationen von Psychotherapie-Ausbildungen, zusammen mit den sie anbietenden und durchführenden Ausbildungsinstitutionen, sind im professionellen Feld bisher offenbar nicht erfolgt oder zumindest publiziert worden... Wenn Psychotherapie-Ausbildungen jedoch keine „Initiationsriten“ (Kraft, 1990) sein wollen, müssen sie sich der Frage stellen, ob und wie therapeutische Kompetenz gelehrt werden kann (Finke, 1990)“ (S. 684). Kommer (1996) betont in diesem Zusammenhang auch als einer der wenigen den Anspruch den die Auszubildenden selbst auf eine evaluierte Ausbildung haben: „Derartige Untersuchungen stehen bisher noch aus, sind aber im Interesse des Patientenschutzes und im Interesse der Ausbildungskandidaten unverzichtbar, deren finanzieller, zeitlicher und persönlicher Aufwand nur zu rechtfertigen ist, wenn der therapeutische Kompetenzerwerb durch die Ausbildung tatsächlich gefördert wird“ (S. 259/260).

Englischsprachige Länder dominieren weiterhin diesen Forschungsbereich. Da sich jedoch Ausbildungsrahmenbedingungen zum Teil deutlich unterscheiden, wäre es wünschenswert, wenn die deutsche Psychotherapieausbildungs-Forschung nachziehen würde. Das Gießener Ausbildungsinstitut hat damit bereit begonnen.

Diese Arbeit soll Fragestellungen unter folgenden drei Gesichtspunkten berücksichtigen (a-c):

a) Qualitätssicherung

Im Sinne des Patientenschutzes und der Patientenzufriedenheit stehen hier – neben der allgemeinen Qualitätsüberprüfung des Weiterbildungsstudienganges – Elemente der Prozessqualität im Vordergrund. Diese zeigen sich im Therapeutenverhalten, in der Umsetzung therapeutischer Maßnahmen sowie in deren Bewertung durch die Patienten

und neutrale Beobachter. Im Fokus des Interesses steht die Frage, über welche Kompetenzen die Auszubildenden bereits verfügen, wenn sie in die selbständige therapeutische Arbeit wechseln bzw. welche Fertigkeiten noch vermittelt werden müssen, um die Selbstwirksamkeit der Therapeuten zu stärken, Patienten zufrieden zu stellen und eine optimale Ausbildung zu gewährleisten.

b) Therapeutenmerkmale und kriterienorientierte Supervision

Aus den Erkenntnissen, worin sich wirksame und unwirksame Therapien unterscheiden, sollen allgemeingültige Aussagen zu Therapeutenmerkmalen und kriterienorientierter Supervision gemacht werden, so dass mit Hilfe dieser Arbeit auch Verbesserungen bezüglich der Strukturqualität der Gießener Ausbildung erreicht werden können. Die „vernachlässigte Forschungsvariable“ des Psychotherapeuten soll in den Mittelpunkt gestellt werden. Rønnestad und Skovolt schrieben als Gegenargument zum so genannten Dodo-Bird-Verdikt (alle sind gleich gut): „Einzelne Forschungsergebnisse weisen vielmehr darauf hin, dass es zwischen Therapeuten desselben Behandlungsansatzes mehr Variation hinsichtlich des therapeutischen Erfolges gibt, als zwischen verschiedenen Behandlungsansätzen“ (2005, S. 102) und die Autoren zitieren des Weiteren Lambert: „... überraschenderweise gibt es selbst dann drastische Unterschiede im Therapieerfolg, die sich möglicherweise auf den jeweiligen Therapeuten zurückführen lassen, wenn die Therapeuten sorgfältig ausgewählt und geschult werden, sie hoch spezifizierte manualbasierte Techniken anbieten und sie über die gesamte Behandlungsdauer hinweg kontrolliert und supervidiert werden“ (1989, S. 480). Diese Statements unterstreichen die Absicht dieser Arbeit, sich verstärkt um die Rolle des Psychotherapeuten zu kümmern.

c) Langfristige Stabilisierung bzw. Verbesserung der Ergebnisqualität

Diese Arbeit ist keine längsschnittliche Untersuchung, sondern gibt den aktuellen Entwicklungsstand im Querschnitt wieder, der jedoch in einen Entwicklungsverlauf eingebettet werden soll und kann. Orlinsky et al. (1999) geben verschiedene Möglichkeiten an, anhand derer man die psychotherapeutische Entwicklung betrachten kann (Abb. 4). Die vier Perspektiven sind methodisch gesehen voneinander unabhängig, aber konzeptionell zusammenhängend.

Art der Beurteilung	Zeitliche Rahmen	
	Synchron (gleichzeitig)	Diachron (auseinander gezogen)
Reflexiv (Therapeuten beurteilen sich selbst)	Laufende wahrgenommene Entwicklung	Retrospektive Karriereentwicklung
External (Forscher beurteilen die Therapeuten)	Querschnittliche Kohortenentwicklung	Längsschnittliche individuelle Entwicklung

Abb. 4: Perspektiven der Psychotherapeutischen Entwicklung (Orlinsky et al., 1999)

In der vorliegenden Arbeit wird die psychotherapeutische Entwicklung synchron, während der Ausbildung, und sowohl reflexiv (Therapeutenurteil) als auch external (externe Beobachter) betrachtet (grün unterlegtes Kästchen).

Die einzelnen Untersuchungsfragen sollen nun auf einem theoretischen Hintergrund dargestellt werden. Da nur wenige Befunde in diesem Bereich vorliegen, werden explorative Fragestellungen formuliert. Die explorative Forschung hat im Bereich der Psychotherapieforschung in den letzten Jahren zugenommen. Bei diesem Ansatz lässt man sich von der Beobachtung klinischer Phänomene leiten, die dann zur Formulierung von Hypothesen und weiterer empirischer Überprüfung führt (Schindler, 1996). Es handelt sich um ein verstehend-nachvollziehendes Vorgehen, ohne die enge Einbindung in eine theoretische Richtung. Es bleibt aber durchaus der Anspruch, dass theoretische Grundlagen in die Planung und Auswertung der Untersuchung eingehen. Im Zentrum stehen der Patient, der Therapeut sowie die Patienten-Therapeuten-Beziehung. Schwerpunkt wird auf dem offenen Verhalten der Therapeuten liegen, welches u. a. anhand des Stils und der Qualität bewertet wird. Der theoretische Hintergrund ist eindeutig verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Als Evaluationsperspektiven werden eingehen, die des Patienten und des Therapeuten als teilnehmende Beobachter sowie die von unabhängigen Beurteilern als nichtteilnehmende Beobachter.

Abbildung 5 verdeutlicht schematisch, wie die Untersuchungselemente in Beziehung stehen und welche Faktoren durch was vorhergesagt bzw. abgeleitet werden sollen. Im Zentrum stehen der Therapeut und sein Patient verbunden durch die therapeutische Beziehung, die wiederum mit therapeutischen Interventionen in einer Wechselwirkung steht. Sowohl Therapeut als auch Patient geben nach der Stunde eine Beurteilung ab, anhand derer man Aussagen über die therapeutische Wirksamkeitserwartung und die Patientenzufriedenheit machen kann. Darüber hinaus beurteilen beide die therapeutische Beziehung sowie therapeutische Interventionen. Der Beobachter nimmt die Au-

ßenposition ein und beurteilt ausschließlich die Seite des Therapeuten. Hier beschränkt er sich auf die therapeutischen Verhaltensmerkmale der Beziehungsgestaltung, der therapeutischen Strategien, der Strukturierung sowie der allgemeinen Wirkung.

Mit Hilfe von Therapeuten- (6.1), Beobachter- (6.2) und Patientenurteil (6.3) sollen der Ausbildungsstand der Therapeuten erhoben und Kriterien für eine zielgerichtete Supervision abgeleitet werden.

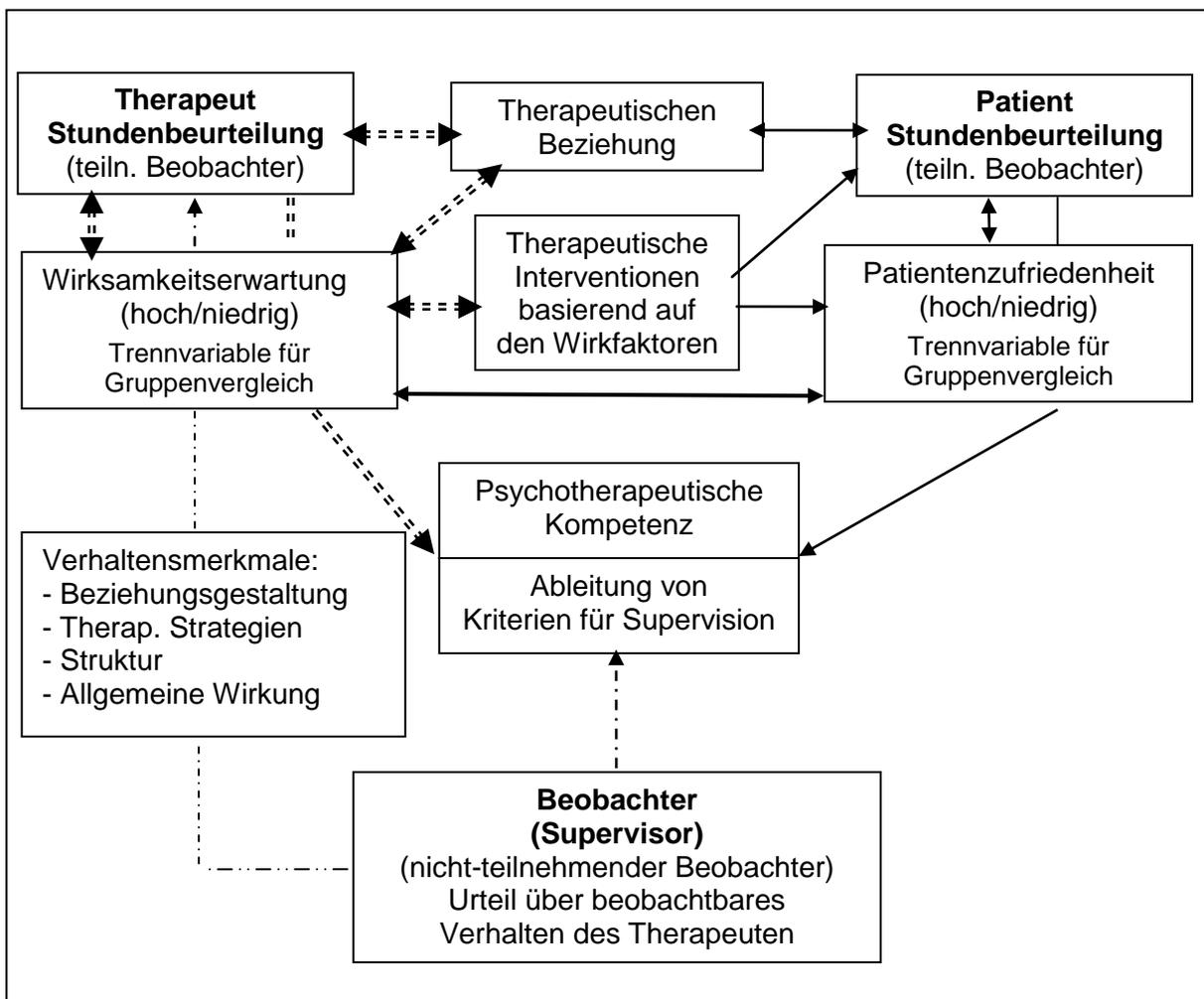


Abb. 5: Schematische Darstellung der Untersuchungselemente

6.1 Stellenwert des Therapeutenurteils - Therapeutenverhalten

Meyer und Schulte (2002) betonen, dass therapeutische Entscheidungen davon abhängen, wie der Therapeut die derzeitige therapeutische Situation bewertet und wie hoch seine Erwartung auf einen Therapieerfolg ist. Zimmer (2000b) betont die „Kenntnis eigener Schemata“ als wichtiges Lernziel in der psychotherapeutischen Ausbildung. Das Wissen darüber, wie sich das eigene Verhalten auf unterschiedliche Patienten auswirkt,

sei von großer Bedeutung. Die eigene wahrgenommene Wirksamkeit von Therapeuten während einer Therapiestunde zählt zu den wichtigen fördernden Faktoren während der Ausbildung (z. B. Sharpley & Ridgway, 1993). Sie ist eng verbunden mit der Performanz von Auszubildenden (z. B. Friedlander et al., 1986 zitiert nach Nutt-Williams et al., 1997), der Effektivität (Ridgway & Sharpley, 1990) sowie dem Trainingsstand (Sipps et al., 1988). Aus diesem Grund soll die subjektiv wahrgenommene Wirksamkeit der Therapeuten in dieser Arbeit als Trennvariable herangezogen werden. Darüber hinaus soll untersucht werden, worauf die Wahrnehmung der therapeutischen Kompetenz aus Sicht der Therapeuten, aus der Perspektive der Patienten sowie derer externer Beobachter beruht. Einzelne Kompetenzaspekte sollen im Vordergrund stehen: Beziehungsgestaltung, Anwendung der therapeutischen Wirkfaktoren. Es soll erfasst werden, inwieweit sich innerhalb einer Wahrnehmungsperspektive verschiedene Kompetenzvariablen gegenseitig beeinflussen (z. B. ob die Wahrnehmung einer guten therapeutischen Beziehung der Patienten mit problembewältigender Arbeit zusammenhängt). Des Weiteren soll betrachtet werden, ob die Wahrnehmung der therapeutischen Kompetenz durch eine bestimmte Perspektive anhand einer Einschätzung einer anderen Sichtweise vorhergesagt werden kann (z. B. ob Selbsteinschätzung der Therapeuten ihrer problemklärenden Kompetenz mit einzelnen Aspekten des Patientenurteils zusammenhängt).

Die folgenden ersten beiden Fragen lassen sich ableiten:

- 1a) Welche spezifischen, situationsbezogenen Merkmale tragen dazu bei, dass sich Therapeuten in einer Therapiestunde als wirksam erleben?

Subjektive Einschätzung des Stundenverlaufs aus *Therapeutensicht*:

Was hat die Therapeuten zu der Auffassung gebracht, dass sie in der Therapiesitzung eine gute Wirkung erzielt haben?

Es wird angenommen, dass die Therapeuten sich als wirkungsvoll erleben, wenn sie eine gute Therapeut-Patienten-Beziehung realisieren, sie zielorientiert arbeiten und das bestehende Problem fassen, klären und bewältigen konnten. Explorativ sollen auch die übrigen erfassten Stundenbeurteilungsmerkmale betrachtet werden.

- 1b) Welche beobachtbaren spezifischen Merkmale im Therapeutenverhalten können den therapeutischen Eindruck der Wirksamkeit objektivieren?

Subjektive Einschätzung des Stundenverlaufs aus *Beobachtersicht*:

Welche beobachtbaren Verhaltensmerkmale stehen mit der therapeutischen Wirksamkeitserwartung in Zusammenhang?

Es wird ein positiver Zusammenhang der subjektiven therapeutischen Wirksamkeit mit einer guten Beziehungsgestaltung, einer gelungenen problemklärenden und – bewältigenden Arbeit, einer guten allgemeinen Handlungskompetenz sowie einer allgemeinen therapeutischen Sicherheit erwartet.

Explorativ sollen auch die übrigen erfassten Stundenbeurteilungsmerkmale betrachtet werden.

Warum wird nun auf die Beobachtungsperspektive zurückgegriffen, was bedeutet sie für die Supervision und was muss man bei Verhaltensbeobachtungen beachten?

6.2 Stellenwert des externen Beobachters – Ableitungen für die Supervision

Supervisoren nehmen im therapeutischen Prozess die Beobachterrolle ein. Sie „überwachen“ die Entwicklung der klinischen Fertigkeiten von Auszubildenden und „bescheinigen“ am Ende der Ausbildung, dass die Therapeuten kompetent genug sind, die Approbation zu erhalten und eigenständig zu arbeiten (Krasner et al., 1998). Die häufigste Form des Austauschs zwischen Supervisor und Supervidend ist das Zurückgreifen des Supervisors auf die mündliche Falldarstellung des Therapeuten (Goodyear & Nelson, 1997). Dies stellt natürlich die einfachste und schnellste Kommunikationsmöglichkeit dar, birgt aber auch die Gefahr der Verzerrung und der Nichtvollständigkeit [Problem der Reliabilität und Genauigkeit von Therapeutenberichten] (Redlich, Dollars & Newman, 1950; Wolfson & Sampson, 1976 beide zitiert nach James et al., 2001; Chevron & Rounsaville, 1983; Frank, 1999b).

Bedeutung der Verhaltensbeobachtung

Da wichtige Anteile im verbalen und nonverbalen Verhalten von Therapeut und Patient verloren gehen können, hat die videogestützte Supervision einen immer höheren Stellenwert als Supervisionsformat gefunden. Nach wie vor wird sie aber zu wenig eingesetzt. Ladany et al. (1996) konnten in ihrer Studie zeigen, dass Supervidenden häufig Schlüsselerlebnisse der Therapiestunde nicht benennen. Insbesondere deswegen betonen sowohl diese Autoren als auch Langer und Frank (1999), dass speziell während der Ausbildung direkte Beobachtungen des Verhaltens von Therapeuten bei ihrer Therapiearbeit (per Videoaufzeichnung mittels Live-Supervision) anzustreben sind. Im Hinb-

lick auf die Zielsetzung dieser Arbeit werden Videoanalysen neben Fragebögen genutzt, da sie handlungsnah, konkrete Rückmeldungen über geeignetes, ebenso wie über verbesserungsbedürftiges Therapeutenverhalten ermöglicht.

Es existieren verschiedene Instrumente, die zur Verhaltensbeobachtung therapeutischer Fertigkeiten herangezogen werden können. Sie sollen hier nur kurz benannt werden, da sie großteils auf psychoanalytischen und psychodynamischen Theorien basieren und aus dem englischsprachigen Raum stammen. Deutsche Übersetzungen liegen nicht vor: „Psychotherapy Competence Assessment Schedule“ (Liston et al., 1981), „Supervisor Evaluation Scale“ und „Psychotherapy Self-Evaluation Scale“ (Buckley et al., 1982), „Instrument to assess residents' grasp of elements basic“ (Moline & Winer, 1985); „Minnesota Supervisory Inventory“ (Robiner et al., 1990; alle zitiert nach Krasner et al., 1998); „Supervisor Report“ (Krasner et al., 1998).

In dieser Arbeit wird auf den Beobachtungsbogen „Verhaltensratings zur Therapeutenkompetenz“ von Langer und Frank (1999) zurückgegriffen.

Bei der Wahl der Beobachtungseinheit kann zwischen Zeit- (time sampling) und Ereignisstichproben (event sampling) unterschieden werden (vgl. Schulte & Kemmler, 1974). Die erste Methode definiert die Beobachtungseinheit anhand einer Zeitangabe (z. B. drei mal fünf Minuten-Abschnitte); die zweite an bestimmten auftretenden Ereignissen (z. B. Beginn der Beobachtung bei Einsetzen einer bestimmten therapeutischen Intervention). In dieser Arbeit wird die „time-sampling-Methode“ zum Einsatz kommen. Ambady und Rosenthal (1992) sind in einer Metaanalyse der Frage nach der Länge einer Beobachtungseinheit nachgegangen. Der Vorhersagewert kleiner Beobachtungseinheiten (bis zu 5 Minuten) für verschiedene Ergebniskriterien (z. B. Zufriedenheit von Patienten, Effektivität von Lehrern) unterschied sich nicht signifikant von der Genauigkeit der Vorhersage bei längeren Einheiten. Nach Weiss et al. (1988) verändert sich die Beurteilerreliabilität nicht, je nachdem ob man die erste Hälfte einer Therapiesitzung oder die ganze Sitzung beurteilt. Aggregiert man Daten aus verschiedenen Dyaden oder Segmenten, sind ähnliche Aussagen zutreffend wie bei der Analyse einer vollständigen Sitzung (Friedlander et al., 1988). Schindler (1991) weist jedoch darauf hin, dass verschiedene Sitzungen meistens nicht synchron verlaufen und Unsicherheiten bei Rückschlüssen auf Verhalten bestehen bleiben. Die Frage nach der Auswahl einer Therapiesitzung aus dem Gesamtverlauf lässt sich nicht eindeutig beantworten. Lambert und Hill (1994) schlagen vor, die Sitzungsauswahl sowie die Auswahl der Beobachtungseinheit von den Untersuchungskonstrukten, der Beurteilerreliabilität und der klinischen Bedeut-

samkeit bestimmen zu lassen. Phasenmodelle zur Beschreibung der typischen Struktur des therapeutischen Prozesses oder einzelner Sitzungen - wie z. B. das von Kanfer et al. (1996) – können eine Orientierungshilfe geben.

Die Anzahl der Beurteiler (z. B. Lambert & Hill, 1994), das Geschlecht (z. B. Hall et al., 2000) sowie die persönlichen Eigenschaften der Beurteiler (z. B. Amelang & Zielinski, 2002) können ebenfalls Auswirkung auf das Urteil haben. Die Zahl der Beobachter sollte möglichst hoch sein, um die Beurteilerreliabilität zu erhöhen. Frauen zeigen signifikant bessere Beurteilerfähigkeiten als Männer. Erfahrene Praktiker sind oft schlechtere Beurteiler, weil sie zu sehr ihre eigenen Konstrukte in die Beurteilung einfließen lassen. Das Urteil kann auch durch persönliche Eigenschaften und die wahrgenommene Ähnlichkeit mit den Therapieteilnehmern beeinflusst werden. Beurteilungstrainings können die Validität und Reliabilität der Untersuchung zwar erhöhen (z. B. Reichelt et al., 2003), Fehler und Verzerrungen bei der Beurteilung therapeutischer Interaktionen können aber nie ganz vermieden werden (z. B. Milde- und Strengefehler; zentrale Tendenz; Tendenz zu Extremurteilen; Halo-Effekt; Kontrast-Effekt; Rosenthal-Effekt).

Sinn und Zweck der Verhaltensbeobachtung für diese Arbeit

Roth und Fonagy (2005) kommen zu dem Schluss, dass es profitabler sein könnte, das Therapeutenverhalten während einer Therapiesitzung zu untersuchen, als auf die Eigenschaften und Charakterzüge des Therapeuten zu schauen. Hierfür ist die Sicht von externen Beobachtern (sei es in der Forschung von trainierten Beurteilern oder in der Praxis von Supervisoren) unabdingbar und notwendig. Vorteile von Videoanalysen sind hier, dass Ausbildungskandidaten Diskrepanzen zwischen ihrem Verhalten und ihren Konzepten erkennen, Widerstände, Konflikte und Sackgassen identifiziert sowie Stärken und veränderungsförderliche Interventionen direkt thematisiert werden können (z. B. Norcross & Halgin, 1997). Um einen umfassenden Eindruck vom Entwicklungsstand und Kompetenzniveau ihrer Supervisanden zu bekommen, sollten ganze Therapiesitzungen angesehen werden.

Interessant für diese Arbeit ist, welche Merkmale im beobachtbaren Verhalten zur Wirksamkeit auf Therapeutenseite sowie zur Zufriedenheit auf Patientenseite beitragen. Da es sich in der Forschung gezeigt hat, dass der Fokus auf Patienten, bei denen die Therapie weniger gut und zufrieden stellend verläuft, aussagekräftiger ist, um therapeutisches Verhalten zu verändern (Lambert et al., 2001b), soll insbesondere die Gruppe der sich als unwirksam erlebenden Therapeuten mit unzufriedenen Patienten betrachtet

werden. Aspekte für eine zielgerichtete und kriterienorientierte Supervisionsarbeit sollen – wenn möglich - herausgestellt werden.

2a) Welche beobachtbaren Merkmale unterscheiden sich als wirksam erlebende Therapeuten von sich als weniger wirksam erlebenden Therapeuten?

Es wird erwartet, dass sich bei Therapeuten, die sich in der Therapiestunde als wirksam erleben, eine bessere Beziehungsgestaltung, eine bessere problembezogene Arbeit (Aktualisierung, Klärung und Bewältigung) sowie eine größere Sach- und Handlungskompetenz sowie stärkere emotionale therapeutische Sicherheit beobachtet lässt.

Im Anbetracht dessen, dass Supervisoren eine ähnliche Funktion wie externe Beobachter einnehmen, sollen in der späteren Diskussion, Implikationen für die Praxis abgeleitet werden.

2b) Welche Merkmale lassen sich für eine zielgerichtete und kriterienorientierte Supervision ableiten?

Welche Rolle spielt nun das Patientenurteil?

6.3 Stellenwert des Patientenurteils - Patientenzufriedenheit

Das Patientenurteil ist wichtig, weil eine realistische und mit Patienten und Beobachtern übereinstimmende Wahrnehmung der Situation, des Patienten und der eigenen Fähigkeiten bei den meisten Therapeuten nicht vorhanden zu sein scheint (z. B. Schindler, 1991). Es müssen allerdings die Fragen geklärt werden, worauf die größtenteils abweichenden Einschätzungen der Therapeuten basieren und wie den Therapeuten adäquat Rückmeldung über ihr Verhalten gegeben werden kann. Bezieht man sich auf die entwicklungsorientierten Supervisionsmodelle so besteht bei Ausbildungskandidaten eine Aufmerksamkeitseinschränkung auf ihr eigenes Verhalten oder zentriert auf das Problemverhalten der Patienten. Aus diesem Grund ist ihre Perspektive auf die Therapie eingeschränkt und der Einbezug der Patientensicht sowie externer Beobachter (6.3) unverzichtbar.

Keijsers et al. (2000) konnten zeigen, dass die Patientenwahrnehmung des Therapeuten als selbstsicher, fachkundig und aktiv bedeutungsvoll für das Therapieergebnis in der kognitiven Verhaltenstherapie zu sein scheint. Die Validität von Patientenbeurtei-

lungen ist relativ gut belegt (Bothe, 2003). Patientenaussagen lassen eine gute Vorhersage auf den Therapieerfolg zu und sollten Beachtung finden, um Effizienz und Effektivität der Behandlung positiv zu beeinflussen. Whipple et al. (2003) konnten zeigen, dass Feedback an die Therapeuten über die Einschätzung der therapeutischen Beziehung und Motivationslage durch die Patienten das Therapieergebnis verbessern und Abbruchraten reduzieren konnten.

Es ist davon auszugehen, dass Patientenurteile andere und zusätzliche Informationen über Stundenaufbau, -verlauf und das Therapeutenverhalten liefern als das Therapeutenurteil selbst sowie die externe Beobachtersicht. In dieser Arbeit soll es dazu genutzt werden, um Merkmale benennen zu können, die aus Patientensicht zu einem zufriedenstellenden Stundenverlauf beitragen. Überprüft werden soll auch, inwiefern die Zufriedenheit der Patienten mit der wahrgenommenen Wirksamkeit auf Therapeutenseite übereinstimmt bzw. welche Schlüsse aus Unstimmigkeiten zwischen Patient und Therapeuten gezogen werden können. Des Weiteren sollen Unterschiede im beobachtbaren Therapeutenverhalten von zufriedenen und weniger zufriedenen Patienten herausgearbeitet werden.

Es stellt sich die Frage, ob die von Therapeuten wahrgenommene therapeutische Wirksamkeit auch mit der Zufriedenheit der betreffenden Patienten mit der Therapiestunde einhergeht. Anhand der unterschiedlichen Befunde ist davon auszugehen, dass die Zufriedenheit aus Patientensicht eher widerspiegelt, dass eine angenehm förderliche Sitzungsatmosphäre herrschte. Patientenzufriedenheit – erhoben nach einer Sitzung – ist eher nicht mit erzielter therapeutischer Wirksamkeit im Sinne einer Problemveränderung gleichzusetzen.

Der zweite Fragenblock ergibt sich:

3a) Welche Merkmale tragen dazu bei, dass Patienten eine Therapiestunde als zufrieden stellend einstufen?

Es wird erwartet, dass die Wirksamkeit aus Therapeutensicht positiv mit der Patientenzufriedenheit korreliert.

Des Weiteren wird angenommen, dass die Patientenzufriedenheit in erster Linie durch die erlebte therapeutische Beziehung bestimmt wird; d. h. die Patientenzufriedenheit wird am besten durch die Patienteneinschätzung zur therapeutischen Beziehungsgestaltung in dieser Sitzung vorhergesagt.

Schließlich wird davon ausgegangen, dass die Patientenzufriedenheit auch durch beobachtbare Therapeutenmerkmale vorhersagbar ist. Um diese Befunde konkretisieren zu können, sollen die Therapeuten von zufriedenen bzw. unzufriedenen Patienten gegenübergestellt werden:

3b) Inwiefern unterscheiden sich Therapeuten von zufriedenen Patienten in ihrem Handeln von Therapeuten von eher unzufriedenen Patienten?

Es wird davon ausgegangen, dass Therapeuten von zufriedeneren Patienten im Vergleich zu Therapeuten von weniger zufriedenen Patienten eine bessere Beziehungsgestaltung zeigen, sie ersichtlich ziel- und aufgabenorientierter sowie stärker an der Problembewältigung arbeiten und sich sach- und handlungskompetenter sowie sicherer in ihrem allgemeinen Auftreten zeigen.

Die Befundlage in der Forschung über Therapiestundenbewertungen hat gezeigt, dass die Urteile der verschiedenen Beteiligten unterschiedlich ausfallen und häufig voneinander abweichen. Zur Einleitung in den Ergebnisteil soll nach der Darstellung der Übereinstimmungsberechnungen aus diesem Grund die Frage:

4.) Inwiefern stimmen die einzelnen Urteile (Therapeut, Patient, externer Beobachter) überein? Wie zeigt sich dies im beobachtbaren Verhalten?

im Vordergrund stehen, um auch hier einen Beitrag zu leisten.

7 Methodik

Gießener Postgraduiertenausbildung „Psychologische Psychotherapie (Schwerpunkt Verhaltenstherapie)“

Die Abteilung Klinische und Physiologische Psychologie der Justus-Liebig-Universität Gießen bietet seit 1985 eine postgraduale Psychotherapieausbildung an, die seit dem Jahr 2001 den Status eines universitären, psychologischen Weiterbildungsstudienganges hat. Konzeptuell und curricular war die Psychotherapieausbildung zunächst äquivalent zur Ausbildung der kassenärztlich anerkannten Ausbildungs-Institute. Mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes ab dem 01.01.1999 wurde sie staatlich anerkannt und gemäß der gesetzlichen Vorgaben des Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten fortgeführt. Der Schwerpunkt dieser Psychotherapieausbildung ist die „Verhaltenstherapie“. In der Gießener Konzeption umfasst die Ausbildung insgesamt 4620 Stunden.

Die Ausbildung wird mit einem Staatsexamen abgeschlossen und führt zur Approbation als Psychologischer Psychotherapeut. Die fachliche Leitung lag bis November 2006 in den Händen von Prof. Dr. Dieter Vaitl und Frau Dr. Renate Frank. Seit Dezember 2006 obliegt sie Prof. Dr. Rudolf Stark.

Das Curriculum des Weiterbildungsstudienganges orientiert sich an den Richtlinien der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV) wie sie in Kapitel 2 bereits dargestellt worden.

Nach Beendigung des psychiatrischen Jahrs sowie der psychosomatischen Ausbildungszeit findet eine Zwischenprüfung statt. Diese umfasst in der Gießener Ausbildung die Durchführung von vier Therapiesitzungen, von denen die letzte – ähnlich einer Lehrprobe – als Therapieprobe unter Live-Supervision stattfindet und per Video aufgezeichnet wird.

7.1 Beschreibung der Stichprobe - Versuchspersonen

Die Studie fand im Rahmen der postgradualen Psychotherapeutenausbildung (Schwerpunkt Verhaltenstherapie)“ an der Justus-Liebig-Universität Gießen statt.

Die Stichprobe umfasst 71 Ausbildungskandidaten (21 Männer, 50 Frauen) im Alter von 25 bis 50 Jahren (Durchschnittsalter 32,6 Jahre), von denen jeweils ein Therapiegespräch (4. Sitzung) per Video aufgezeichnet wurde. Die vorliegende Untersuchungsstichprobe wurde aus den Kandidaten, die in den Jahren 1997-2005 ihre Zwischenprü-

fung absolvierten, rekrutiert. An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass die Ausbildungskonzeption formal und inhaltlich sowohl vor als auch nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes in allen wesentlichen Punkten der theoretischen und praktischen Ausbildung identisch war.

Alle Therapeuten haben ihr Diplom im Fach Psychologie abgeschlossen und üben eine psychotherapeutische Tätigkeit aus. Sie haben das psychiatrische Jahr der dreijährigen Weiterbildung bereits absolviert und befinden sich entweder am Ende der psychosomatischen Ausbildungszeit oder am Anfang der praktischen Tätigkeit. Ihre allgemeine Berufserfahrung liegt zwischen 1 und 24 Jahren (siehe auch Tabelle 8).

Tab. 8: Merkmale der untersuchten Therapeuten

Alter	25 bis 50 Jahre (Mittelwert = 32,6 Jahre)
Geschlecht	50 Frauen; 21 Männer
Berufserfahrung	1 bis 24 Jahre (Mittelwert = 6,7 Jahre)
Therapieerfahrung	1 bis 15 Jahre (Mittelwert = 3,3 Jahre)
Durchgeführte Therapien	Mittelwert zwischen 10 und 20 Patienten

Die Patientengruppe setzt sich aus 14 männlichen und 57 weiblichen Studenten des Fachbereichs Psychologie der Justus-Liebig-Universität Gießen zusammen, die jeweils an einem Seminar zum Thema „Selbsterfahrung und Supervision als praxisanleitende Methode“ teilnahmen, das regelmäßig von Frau Dr. Renate Frank im Rahmen des Hauptfachstudiums für Psychologen angeboten wurde. Die Rahmenbedingungen waren für die Studierenden in den Jahren 1997 bis 2005 jeweils gleich. Die Studierenden konnten parallel zum Seminar die Patientenrolle aus eigener Perspektive kennen lernen. Hierfür konnten sie ein eigenes umrissenes kleines Problem innerhalb von vier therapeutischen Einzelsitzungen mit einem Zwischenprüfungskandidaten als Therapeuten bearbeiten.

Dabei handelte es sich um eine große Bandbreite von Problemaspekten, z. B. Ärgerverarbeitung im Rahmen von Beziehungsklärungen, Umgang mit Kränkungen, Partnerschaftskonflikte, Rede- und Prüfungsängste, Arbeitsstörungen, Selbstunsicherheiten, Abgrenzungsprobleme, Spinnen-, Blut- und Spritzenphobien, Auseinandersetzungen mit eigenen Ansprüchen, motorische Auffälligkeiten (Nägelkauen, Unruhe), leichte depressive Zustände, Essstörungen, Stressbewältigung und Zeitmanagement sowie Zielwert-Klärungen.

Da es sich um eher subklinische Probleme handelte, gehörte es nicht zur Aufgabe der Therapeuten, eine klinische Diagnose zu stellen. Es ging vielmehr darum zu zeigen, dass sie in der Lage waren, das bestehende Problem so weit zu analysieren und zu klären, dass sie eine geeignete verhaltensmodifikatorische Intervention ableiten und in der Zwischenprüfung umsetzen konnten, die von den Studierenden später auch als Hilfe zur weiteren Selbsthilfe nutzbar war. Die Teilnahme an dieser Patienten-Selbsterfahrung war kein verpflichtender Seminarteil, sondern erfolgte jeweils auf freiwilliger Basis. Zur Zwischenprüfung (vierte Therapiesitzung) konnten andere Seminarteilnehmer von den jeweiligen „Patienten“ als Beobachter zugelassen werden, die das Geschehen hinter einem Einwegspiegel mitverfolgten: Ihre Aufgabe war es, das Therapeutenverhalten bezüglich eines vorgegebenen Aspektes (Beziehungsaspekt oder therapeutische Strategien) zu beobachten und veränderungsförderliche Komponenten zu registrieren. Die beobachteten Studierenden nahmen im Anschluss an die Sitzung auch an der stattfindenden Live-Supervision teil. Die Therapie- und Supervisionserfahrungen wurden später in dem jeweiligen Begleit-Seminar gemeinsam mit allen anderen Seminarteilnehmern reflektiert.

Aufgrund der Gleichsetzung von „Studenten“ und „Patienten“ kann man auch von einer „Analogie-Studie“ sprechen.

7.2 Erhebungsinstrumente

Im Sinne der Fragestellungen wurde die Qualität der therapeutischen Arbeit in einer einzelnen Therapiestunde anhand von drei verschiedenen Quellen erfasst. Hierfür wurde auf Messinstrumente zurückgegriffen, die sich schon in vorangegangenen Arbeiten (z. B. Berns, 2003; Bothe 2003) zur Operationalisierung bewährt hatten. Für die Definition der therapeutischen Wirksamkeitserwartung und Patientenzufriedenheit wurden die Stundenbeurteilungsbögen von Grawe (1995b) eingesetzt. So konnten auch die therapeutische Beziehungsgestaltung und der Einsatz der therapeutischen Strategien auf gleicher Basis operationalisiert werden (nähere Ausführungen folgen). Das beobachtbare Therapeutenverhalten wurde über den Beurteilungsbogen von Langer und Frank (1999) operationalisiert. Art und Weise der Beziehungsgestaltung und des Einsatzes therapeutischer Strategien entspricht inhaltlich den Skalenbeschreibungen der Stundenbeurteilungsbögen.

7.2.1 Situative Selbsteinschätzung der psychotherapeutischen Kompetenz

Therapeuten-Stundenbogen

Der Therapeuten-Stundenbogen von Grawe (1995b, vgl. Anhang A) wurde zur Erhebung der Selbsteinschätzung der Therapeuten eingesetzt. Der Fragebogen basiert auf dem von Grawe aufgestellten Konzept einer „Allgemeinen Psychotherapie“. Die Items beziehen sich auf die Beurteilung des eigenen Verhaltens im Verlauf einer einzelnen Therapiesitzung und geben keine allgemeine Selbsteinschätzung des Therapeutenverhaltens wieder. Die Items können folgenden neun Wirkfaktoren zugeordnet werden:

- 1.) Beziehung (Therapeutic Bond, 10 Items)
Beispielitem: „Der Patient und ich respektieren einander“
- 2.) Ziel- und Aufgabenorientierung (3 Items)
Beispielitem: „Der Patient und ich arbeiten an gemeinsamen Zielen“
- 3.) Wirksamkeitserwartung (Zufriedenheit, 5 Items)
Beispielitem: „Heute war ich unsicher bezüglich des konkreten Vorgehens“
- 4.) Problemaktualisierung (7 Items)
Beispielitem: „Heute habe ich darauf hingewirkt, dass dem Patienten seine Probleme unmittelbar erfahrbar wurden.“
- 5.) Problemklärung (4 Items)
Beispielitem: „Heute habe ich mit dem Patienten daran gearbeitet, dass er sich in seinen Beziehungen zu anderen Menschen besser versteht.“
- 6.) Ressourcenorientierung (6 Items)
Beispielitem: „Heute habe ich versucht, den Patienten erfahren zu lassen, was er selbst aktiv zur Therapie beitragen kann.“
- 7.) Problembewältigung (4 Items)
Beispielitem: „Heute habe ich gezielt versucht, die Handlungskompetenzen des Patienten zu verbessern.“
- 8.) Intrapersonale Sichtweise (1 Item)
Beispielitem: „Heute standen individuelle Bedeutungen des Erlebens und Verhaltens des Patienten im Vordergrund.“
- 9.) Interpersonale Sichtweise (1 Item)
Beispielitem: „Heute standen die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten im Vordergrund.“

Die für die ausgewählte Stichprobe errechneten Skalenreliabilitäten können als zufrieden stellend bezeichnet werden (vgl. Anhang B). Sie liegen in ähnlichen Bereichen, wie die Reliabilitätswerte aus den Arbeiten von Bothe (2003) und Berns (2003).

Der Stundenbogen umfasst 18 Items, die auf einer 7stufigen Likert-Skala (‘trifft überhaupt nicht zu’ bis ‘trifft genau zu’, siehe Tabelle 9) und 23 Items, die auf einer

4stufigen Likert-Skala (‘stimmt nicht’ bis ‘stimmt genau’, siehe Tabelle 10) beantwortet werden können. Die Therapeuten können den Aussagen entweder vollkommen zustimmen, sich ihrer Meinung enthalten oder aber auch völlig ablehnen.

Tab. 9: Mögliche Ausprägungen der Skalen eins bis drei des Therapeuten-Stundenbogens

-3 überhaupt nicht	-2 nein	-1 eher nicht	0 weder noch	1 eher ja	2 ja	3 ja, ganz genau
--------------------------	------------	------------------	-----------------	--------------	---------	------------------------

Tab. 10: Mögliche Ausprägungen der Skalen vier bis neun des Therapeuten-Stundenbogens

0 stimmt nicht	1 stimmt ein bisschen	2 stimmt ziemlich	3 stimmt genau
-------------------	--------------------------	----------------------	-------------------

7.2.2 Situative Patienteneinschätzung der psychotherapeutischen Kompetenz

Patienten-Stundenbogen

Die Patienten beurteilten die therapeutische Kompetenz anhand des Patienten-Stundenbogens von Grawe (1995b, vgl. Anhang A). Die Skalen dieses Fragebogens entsprechen den Skalen eins bis sieben des Therapeuten-Stundenbogens (siehe 7.2.1.). Die Items sind auf die Patientensicht und Wahrnehmung der jeweiligen Therapiestunde bezogen:

- 1.) Beziehung (Therapeutic Bond, 8 Items)
Beispielitem: „Der Therapeut und ich verstehen einander“
- 2.) Ziel- und Aufgabenorientierung (3 Items)
Beispielitem: „Ich bin mir klar darüber, was der Therapeut derzeit von mir erwartet.“
- 3.) Zufriedenheit mit der Therapie (5 Items)
Beispielitem: „Heute sind wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen.“
- 4.) Problemaktualisierung (5 Items)
Beispielitem: „Heute habe ich etwas aushalten müssen, was mir sehr schwer gefallen ist.“
- 5.) Problemklärung (4 Items)
Beispielitem: „Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe.“
- 6.) Ressourcenorientierung (4 Items)
Beispielitem: „Der Therapeut lässt mich spüren, wo meine Stärken sind“
- 7.) Problembewältigung (4 Items)
Beispielitem: „Ich glaube, dass ich mich jetzt besser so verhalten kann, wie ich möchte.“

Auch für die Skalen des Patienten-Stundenbogens wurden zufrieden stellende Reliabilitäten errechnet (Anhang B).

Der Patientenbogen umfasst 33 Items, die ebenfalls auf einer 7stufigen Likert-Skala (‘trifft überhaupt nicht zu’ bis ‘trifft genau zu’, siehe Tab. 11) beantwortet werden können.

Tab. 11: Mögliche Ausprägungen der Skalen eins bis drei des Therapeuten-Stundenbogens

-3 überhaupt nicht	-2 nein	-1 eher nicht	0 weder noch	1 eher ja	2 ja	3 ja, ganz genau
--------------------------	------------	------------------	-----------------	--------------	---------	------------------------

7.2.3 Fremdbeurteilung des situativen Therapeutenverhaltens

Beurteilungsbogen „Verhaltensratings zur Therapeutenkompetenz“

Die Videobänder wurden mit Hilfe des Verhaltensbeobachtungsbogen von Langer und Frank (1999; vgl. Anhang A) ausgewertet. Der Bogen orientiert sich inhaltlich an empirisch nachgewiesenen psychotherapeutischen Wirkmechanismen und an den Merkmalen der „Allgemeinen Psychotherapie“, die von Grawe (1995a) benannt wurden. Aus diesem Grund ist auch der Vergleich mit den Angaben von Therapeuten und Patienten gut möglich. Ziel der Autoren war es, ein Messinstrument zu erstellen, das effizient in der Supervision und der psychotherapeutischen Praxis angewendet werden kann. Der Beobachtungsbogen umfasst vier Beurteilungskategorien, denen wiederum 24 Skalen zugrunde liegen:

- (I) Therapeutische Beziehungsgestaltung:** Einfühlung und Rapport (Therapeutic Bond), Ziel- und Aufgabenorientierung, Aufbau von Wirksamkeitserwartung
- (II) Therapeutische Strategien:** Problemaktualisierung, -klärung, -bewältigung und Ressourcenorientierung
- (III) Strukturierung der Sitzung:** Inhaltliche und formale Struktur
- (IV) Allgemeine Wirkung:** Attraktivität (Freundlichkeit, wohlwollendes Engagement, Erscheinungsbild/Auftreten), Vertrauenswürdigkeit, Expertise (Sachkompetenz, Handlungskompetenz, emotionale Sicherheit, angemessenes Rollenverhalten)

Zwei Beurteilungskategorien wurden in der vorliegenden Arbeit außer Acht gelassen, da sie inhaltlich nicht relevant waren:

(V) Beziehungsaspekte bei Gruppen

(VI) Weitere Faktoren der Problembewältigung bei Rollenspielen

Die relevanten Skalen werden nun kurz inhaltlich beschrieben:

I Therapeutische Beziehungsgestaltung

a) Therapeutic Bond

Einführung: Erfassung der Aufmerksamkeit und des Verständnisses, das der Therapeut dem Patienten zukommen lässt (Qualität und Emotionalität der Beziehung)

Rapport: Ausmaß an interessiertem, ermutigendem und anerkennenden Zuhören und Rückmelden (Intensität der Beziehung)

b) Ziel- und Aufgabenorientierung

Übereinstimmung in Zielen und Aufgaben; zielgerichtetes Lenken des Verhaltens und der Aufmerksamkeit des Patienten

c) Aufbau von Wirksamkeitserwartung

Erhöhung der Therapiemotivation des Patienten und Erwartungssteigerung durch die Therapie Fortschritte zu erzielen

II Therapeutische Strategien

a) Problemaktualisierung

Schaffung von Problemnähe durch Förderung einer intensiven, gefühlsmäßigen Auseinandersetzung des Patienten mit seinen Problemen unter Bezug zur realen Lebenssituation

b) Problemklärung

Förderung der Auseinandersetzung mit Motiven für das eigene Handeln des Patienten sowie Klärung des Zusammenhangs von Verhalten und Erleben

c) Ressourcenaktivierung

Erkennen und Eingehen auf Ressourcen sowie Abstimmung des therapeutischen Handelns auf die Möglichkeiten des Patienten

d) Problembewältigung

Verbesserung von Handlungskompetenzen und Aufbau von neuen Verhaltensstrategien zur Bewältigung von Problemen des Patienten

III Strukturierung der Sitzung

a) Formale Strukturierung

Manualgerechter Stundenaufbau mit klarer Aufgabenstellung und Ausüben der Leitungsrolle durch den Therapeuten (klare Abgrenzung des Stundenbeginns mit Agenda von Mittelteil mit der Durchführung geplanter Maßnahmen und Abschluss mit Zusammenfassung der Sitzungsergebnisse)

b) Inhaltliche Strukturierung

Konkretheit der Intervention und pointierte Stellungnahme

IV Allgemeine Wirkung des Therapeuten

a) Attraktivität

Freundlichkeit / Sympathie: Freundliches, warmherziges Auftreten des Therapeuten mit angenehmer Stimmlage, Lächeln und Augenkontakt

Wohlwollendes Engagement: Der Therapeut zeigt sich engagiert, dem Patienten zugewandt und wohlwollend

Erscheinungsbild / Auftreten: Der Therapeut hat ein gepflegtes Äußeres, spricht mit klarer verständlicher Stimme und zeigt eine adäquate Körperhaltung

b) Vertrauenswürdigkeit

Der Therapeut wirkt vertrauensvoll und offen, übernimmt Verantwortung und verhält sich respektvoll und patientenorientiert

c) Expertise

Sachkompetenz: Ausmaß an gezeigtem Sachwissen anhand von sachkundigen, differenzierten Fragen, inhaltlichen guten Begründungen und einer guten Vorbereitung

Handlungskompetenz / Autonomer Arbeitsstil: Eine hohe Handlungskompetenz geht einher mit einer therapeutischen Adaptionsfähigkeit, Flexibilität, einem unabhängigen Arbeitsstil, der Optimierung therapeutischer Strategien sowie der Nutzung eigener Stärken

Emotionale Sicherheit: Der Therapeut zeigt ein lockeres, entspanntes und sicheres Auftreten

Angemessenes Rollenverhalten: Es basiert auf der Einhaltung der therapeutischen Rolle innerhalb der therapeutischen Beziehung, die sich klar von einer Freundschaftsbeziehung abzugrenzen hat (Arbeitsbeziehung) und der Achtung berufsethischer Standards

Die Ausprägung der Therapeuten auf den einzelnen Skalen können auf einer 7stufigen Likert-Skala (‘fehlende Ausprägung’ bis ‘sehr starke Ausprägung’) angegeben werden (siehe Tab. 12).

Tab. 12: Ausprägungsgrade der Beurteilungsskalen

0	1	2	3	4	5	6
fehlende Ausprägung	schwache Ausprägung	mittlere Ausprägung			starke Ausprägung	sehr starke Ausprägung

7.3 Datenerhebung

Die Videoaufzeichnung einer vierten Therapiestunde sowie die Stundenbeurteilung von Therapeuten und Patienten wurde als Datenmaterial dieser Arbeit zugrunde gelegt. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Patientenurteile über die therapeutische Beziehung zwischen der 3. und 5. Sitzung signifikant mit dem Therapieergebnis korrelieren und möglicherweise die besten Prädiktoren für das Outcome darstellen (Orlonsky et al., 1994). Die Auswahl unseres Datenmaterials erscheint auf diesem Hintergrund sinnvoll. Sinn und Nutzen unterschiedlicher Urteile wurde bereits in Kapitel sechs ausführlich dargestellt.

7.3.1 Situative Selbst- und Patienteneinschätzung der psychotherapeutischen Kompetenz

Der Therapeuten-Stundenbogen bzw. der Patienten-Stundenbogen von Grawe (1995b) wurden von den jeweiligen Personen direkt nach der beobachteten Therapiestunde (Zwischenprüfung) ausgefüllt. Dies geschah noch vor der stattfindenden Live-Supervision mit Frau Dr. Renate Frank, so dass eine Beeinflussung der Urteile ausgeschlossen werden kann.

Für die Patienten stellte diese Sitzung die abschließende Therapiestunde dar. In wenigen Ausnahmefällen wurde zu einer Weiterführung der Therapie an externe Behandler verwiesen.

7.3.2 Fremdbeurteilung des situativen Therapeutenverhaltens

Bei der direkten Erfassung des therapeutischen Prozesses durch unabhängige Beobachter sind grundsätzliche Aspekte bei der Datensammlung zu beachten (Lambert & Hill, 1994). Die Rater sollten genaue Anweisungen erhalten und ein ausführliches Training ableisten (7.3.2.1), um eine kontrollierte Datensammlung zu gewährleisten (7.3.2.2). Bei einer teilnehmenden Beobachtung sollte die Kooperationsbereitschaft der Untersuchungsteilnehmer gefördert werden, um den therapeutischen Prozess möglichst wenig zu beeinträchtigen. Schulte und Kemmler (1974) wiesen jedoch auch bei einer nicht teilnehmenden Beobachtung über Video oder Tonband, wie es in der vorliegenden Arbeit der Fall war, auf solche Effekte hin, so lange die technischen Mittel sichtbar sind.

7.3.2.1 Training der Beurteiler

Die Verhaltensbeobachtung wurde von zwei Beurteilerinnen durchgeführt. Beide befanden sich zum Zeitpunkt der Beurteilung in der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin. Frau Dipl.-Psych. K. B. befand sich im zweiten Semester des Weiterbildungsstudienganges, die Autorin dieser Arbeit am Ende der Ausbildung. Frau B. hatte bereits ihre Diplomarbeit in diesem Themenbereich verfasst, so dass sie mit der Materie gut vertraut war. Trotzdem wurde in mehrstündigen Sitzungen – zum Teil unter der Anleitung von Frau Dr. Frank – ein ausführliches Ratertraining durchgeführt. Hierfür wurde auf Videomaterial von Zwischenprüfungen, die später nicht in die eigentliche Untersuchung eingingen, zurückgegriffen. Dabei wurden die Definitionen der Skalen ausführlich besprochen und ihre Abgrenzung voneinander geklärt.

Die Beurteiler wurden trainiert, eine möglichst hohe Übereinstimmung mit den Urteilen von Experten zu erreichen. Mercer und Loesch (1979) geben dieses Kriterium für ein formelles Beurteilertraining an. Die Urteile von Frau Dr. Frank, Leiterin und langjährige Supervisorin der Verhaltenstherapeutischen Ausbildung an der Justus-Liebig-Universität und eine der beiden Autoren des Ratingbogens, wurden zum orientierenden Vergleich herangezogen. Shaw und Dobson (1988) betonen die Notwendigkeit und Festlegung von expliziten Standards (definiert durch die jeweilige Theorie, die dem Therapeutenverhalten unterliegt) bei Verhaltensbeobachtungen, damit sich die Rater nicht an eigenen Vorstellungen orientieren.

Auch für die Übungsvideos (5 Videobänder) wurde die Beurteilerübereinstimmung berechnet wie es in der späteren Untersuchung der Fall war (Erläuterungen folgen im weiteren Verlauf). Nachdem die Ergebnisse der Urteilsübereinstimmung ausreichend waren, wurde mit der eigentlichen Verhaltensbeobachtung begonnen (vgl. Anhang B).

Zusammengefasst wurde auf die Literaturempfehlungen für Verhaltensbeobachtungen geachtet: Die Ratings wurden nach einem Ratertraining durchgeführt. Zwei Beurteilerinnen führten die Ratings durch (bessere Urteile von Frauen). Da die Messung auf dem Intervallskalenniveau durchgeführt wurde, reichten zwei Beobachter aus. Mögliche Urteilsfehler wurden im Vorfeld und während der Untersuchungen immer wieder besprochen. Die beiden Beobachterinnen waren beide relativ unerfahrene Praktikerinnen.

7.3.2.2 Durchführung der Verhaltensbeobachtung

18 Skalen des Beobachtungsbogens von Langer und Frank (1999) wurden in die Untersuchung einbezogen. Aufgrund des Einzelsettings wurden die Skalen zu den „Beziehungsaspekten bei Gruppen“ herausgenommen. Gleiches galt für die Skalen der „weiteren Faktoren der Problembewältigung bei Rollenspielen“, da nur in wenigen Therapiestunden Rollenspiele durchgeführt wurden.

Die einzelne Therapiesitzung wurde in zwei Beobachtungsabschnitte sowie einem abschließenden Globalurteil eingeteilt. Die durchschnittliche Stundenlänge betrug 50 Minuten bei einem Range von 45-60 Minuten, so dass die insgesamt 71 Therapiestunden bezüglich der Dauer hinreichend vergleichbar waren.

Als erste Beobachtungseinheit wurden die ersten 15 Minuten, als zweite die 20. bis 35. Minute gewählt. Abschließend wurden in einem dritten Beurteilungsschritt die Struktur und allgemeine Wirkung der Therapeuten bewertet (s. u. Tabelle 13).

Im ersten Abschnitt wurde die Beziehungsgestaltung (vier Skalen) beurteilt, danach die genutzten therapeutischen Strategien (vier Skalen). Abschließend stuften die Beobachter die allgemeine Wirkung (acht Skalen) und Strukturierung der Stunde (zwei Skalen) ein. Diese Einteilung basiert auf theoretischen Annahmen über den gängigen Therapiestundenaufbau. Kanfer et al. (1996) beschreiben den typischen Sitzungsablauf anhand von fünf Phasen (siehe Kapitel 4.2.1). Die eigentliche therapeutische Arbeit findet hier im mittleren Stundenabschnitt statt, so dass man davon ausgehen kann, hier die meisten therapeutischen Strategien beobachten zu können. Die Eingangsphase dient dem Therapeuten dazu, sich als vertrauenswürdige Person zu etablieren und den Patienten auf die therapeutische Arbeit einzustellen. Hier sollte bewusst Beziehungsarbeit geleistet werden.

Die beiden ersten Einheiten wurden in jeweils drei fünfminütige Beobachtungssequenzen eingeteilt. Entsprechend wurden für jeden Therapeuten je drei Einschätzungen der therapeutischen Beziehungsgestaltung und der genutzten Strategien abgegeben. Auf diese Weise wurde gesichert, dass die Aufmerksamkeit der Beobachter bei dieser relativ anspruchsvollen Kategorisierungs- und Beurteilungsaufgabe nicht nachlässt. Richtlinien für die Länge von Beobachtungsintervallen sind nicht bekannt. Des Weiteren hatte sich dieser Beobachtungsaufbau in vorangegangenen Arbeiten (z. B. von Berns, 2003; Bothe, 2003) bereits bewährt.

Nach Frame (1979) soll die Anzahl der beobachteten Verhaltensklassen keinen nachteiligen Einfluss auf die Beobachterübereinstimmung bei gut trainierten Beobachtern haben. Die Beurteilung der Therapeuten erfolgte in zwei Schritten. Zuerst gab jeder Rater für sich - entsprechend der gerade aktuellen Kategorie - ein Urteil über die Ausprägung und/oder Intensität des beobachteten Verhaltens ab. Danach wurden die abgegebenen Einschätzungen miteinander verglichen, Abweichungen diskutiert und Urteile gegebenenfalls geändert. War die Abweichung größer als zwei Skalenpunkte, wurde die Videosequenz ein weiteres Mal beobachtet, da anscheinend massive Verständnis- oder Aufmerksamkeitsprobleme die Urteile von einem der beiden Rater verzerrt hatten.

Tabelle 13: Beobachtersequenzen

Beobach- ungszeit- raum in Minuten	1.-5.	6.-10.	11.-15.	21.-25.	26.-30.	31.-35.	Abschließend
Raterskalen	Einführung und Rapport (Bond) Ziel- und Aufgabenorientierung Aufbau v. Wirksamkeitserwartung			Problemaktualisierung Problemklärung Problembewältigung Ressourcenorientierung			Inhaltliche und formale Struktur Allgemeine Wirkung (Attraktivität, Vertrauenswürdigkeit; Expertise)

7.4 Statistische Auswertung

Jegliche Berechnungen – sowohl der Beurteilerübereinstimmungen als auch die Berechnungen zu den Fragestellungen – wurden mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS (Version 12.0) durchgeführt.

7.4.1 Berechnungen der Übereinstimmungsmaße

Die Beurteilerübereinstimmung wurde anhand von verschiedenen Übereinstimmungsparametern ermittelt. Es wurden die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson, Cronbachs Alpha, die Rangkorrelation nach Spearman, die Intraclass-Korrelation, Scotts π -Koeffizient (1955, zitiert nach Wirtz & Caspar, 2002) und das Maß T der „ungefähren Übereinstimmung“ nach Lawlis und Lu (1972, zitiert nach Wirtz & Caspar, 2002) berechnet (Werte und Formeln vgl. Anhang B).

Betrachtet man die Literatur, so gibt es nicht eine „beste Methode“, um Übereinstimmungen zu messen. Wirtz und Caspar (2002) empfehlen, mehrere Koeffizienten darzustellen, da ein einzelner Messwert nur eine bestimmte Information über die erhobenen Datenstrukturen vermitteln könne. Dieser Empfehlung wurde in dieser Arbeit gefolgt, so dass sowohl Reliabilitätsmaße (z. B. Produkt-Moment-Korrelation) als auch Übereinstimmungsmaße (z. B. Scotts π -Koeffizient) berechnet wurden (zur Unterscheidung von Reliabilitäts- und Übereinstimmungsmaßen siehe auch Wirtz & Caspar, 2002).

Reliabilitätsmaße bewerten sowohl die Homogenität der Beurteilung innerhalb der beurteilten Personen als auch die Heterogenität der Mittelwerte zwischen den Personen. Diese Heterogenität fällt in der vorliegenden Arbeit insbesondere bei den Übungsvideos

gering aus, d. h. die Werte fallen teilweise niedrig aus. Dies liegt zum einen daran, dass die Beurteiler die Therapeuten überwiegend auf der oberen Hälfte der Beobachtungsskalen bewertet haben und zum anderen daran, dass der Datensatz im Training sehr klein war.

Übereinstimmungsmaße betrachten alle Daten als nominalskaliert, unabhängig davon, welches Skalenniveau vorliegt (Wirtz & Caspar, 2002). Die Skalen des hier genutzten Bogens sind jedoch intervallskaliert, so dass bei der Berechnung von Übereinstimmungsmaßen Informationen über den Datensatz verloren gehen.

Es ist demnach vertretbar, die Übereinstimmung mit statistischen Verfahren für Interkalenniveau zu berechnen. Asendorpf und Wallbott (1979) empfehlen hierfür u. a. die Berechnung des Intraclass-Korrelations-Koeffizienten, Bortz (1993, S. 189) die der Pearson-Produkt-Moment-Korrelation. Sicherer ist es jedoch, von einem Ordinalskalenniveau auszugehen (Bortz, 1993). Bortz schlägt in diesem Fall die Nutzung des Rangkorrelationskoeffizienten „rho“ nach Spearman vor (1993, S. 215). Scotts π -Koeffizient verlangt eine exakte Übereinstimmung der Beurteiler, um einen hohen Wert zu erlangen. Stimmen die Werte nicht überein (und liegt die Differenz auch nur bei einem halben Punktwert), gilt dies als eine Nichtübereinstimmung und die durchaus vorhandene Nähe der Urteile geht nicht positiv in den Koeffizienten ein. Aus diesem Grund wird das „Maß der ungefähren Übereinstimmung“ von Lawlis und Lu als weiterer Parameter hinzugezogen. Eine Abweichung von einem Skalenpunkt wird noch als Übereinstimmung gewertet, während alle darüber hinausgehenden Abweichungen als Nichtübereinstimmung beurteilt werden. Bei Daten, die eigentlich ein höheres Skalenniveau haben, ist besonders das Ausmaß der Nichtübereinstimmung bedeutsam (Wirtz & Caspar, 2002), so dass das Maß T für diese Arbeit Scotts π -Koeffizient diesbezüglich überlegen ist. Aufgrund der mangelnden Heterogenität der Mittelwerte zwischen den Personen, ist in den meisten Fällen die Abweichung jedoch nicht größer als eins, so dass Lawlis und Lus T hier auch eine Überschätzung der Übereinstimmungen darstellt. Es können auch innerhalb der Maße der Übereinstimmung verschiedene Informationen über die erhobenen Daten geliefert werden.

Die Koeffizienten wurden sowohl für die nicht diskutierten als auch die diskutierten Urteile berechnet (Übungsvideos und eigentliche Verhaltensbeobachtung; Tabellen B3-B5 im Anhang). Die Koeffizienten, der nach einer Diskussion evtl. geänderten Urteile sind im Ergebnisteil (Kapitel 8) dargestellt. Um Häufigkeit und Ausmaß der Urteilsänderun-

gen nach Diskussion zu verdeutlichen, befindet sich im Anhang eine Tabelle mit Darstellung der Abweichungen (Tab. B7-B10).

Die Beurteilungen von 71 Therapeuten konnten für die Berechnung des Datensatzes genutzt werden; d. h. 213 Urteile je Beobachter über die Beziehungsgestaltung und Nutzung therapeutischer Strategien sowie 71 Urteile zur allgemeinen Wirkung und strukturellen Aufbau der Sitzung (Wertetabellen im Ergebnisteil bzw. Anhang B).

Aus den Angaben der beiden Beobachterinnen musste ein einzelner Wert für jeden Therapeuten auf den verwendeten 18 Skalen erstellt werden. Von den drei Urteilen, die die beiden über jeden Therapeuten bezüglich der Kompetenzmerkmale nach den drei fünfminütigen Beobachtungseinheiten abgegeben haben, wurde jeweils der Mittelwert berechnet. Obwohl in der Literatur (z. B. Lambert & Hill, 1994) der Nutzen der besten Urteile als Methode der Wahl gilt, wurde hier auf die Mittelwert-Methode zurückgegriffen. Ziel dieser Maßnahme war es, die Streubreite zwischen den Therapeuten zu erhöhen, um aussagestärkere Ergebnisse zu erhalten. Hätte man die besten Urteile genutzt, wären die Therapeuten noch stärker auf einem Niveau gewesen. Die Mittelwerte der beiden Beurteilerinnen wurden dann erneut gemittelt, um einen Wert pro Therapeut zu erhalten. Diese Daten dienten schließlich als Rechnungsgrundlage.

7.4.2 Berechnungen zu den Fragestellungen

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden bivariate und multiple Korrelationsanalysen sowie multiple Regressionsanalysen und Varianzanalysen durchgeführt.

Die Berechnung von multiplen Regressionen ermöglicht es, den Varianzanteil einzelner Variablen bzw. deren Wechselwirkungen zur Erklärung einer abhängigen Variable festzustellen. Auf diesem Weg kann die Struktur der Beziehung zwischen verschiedenen Prädiktoren und einem Kriterium erforscht werden.

Die Skalenwerte der Therapeuten- und Patientenbögen mussten für die folgenden Analysen ebenfalls verändert werden. Um Zusammenhänge mit anderen Skalen herstellen zu können, wurden die von -3 bis +3 reichenden Antwortmöglichkeiten in einen rein positiven Wertebereich (von 0 bis 6) umgewandelt. Einzelne Items wurden invertiert, damit ein hoher Skalenwert immer einer hohen Merkmalsausprägung entsprach.

Die Skalen aller genutzten Fragebögen (Therapeuten-, Patientenstundenbogen, Beobachtungsbogen) wurden in Gesamtwerte (arithmetisches Mittel) umgerechnet.

Gesamtwerte wurden auch für zusammengefasste Skalen des Ratingsbogens ermittelt. Ein Wert „Beziehung (therapeutic bond)“ wurde für die Skalen „Einführung“ und „Rapport“ berechnet. Aufgrund der hohen Interkorrelation dieser beiden Skalen liegt diese Entscheidung nahe. Ebenso hängen die drei Skalen „Freundlichkeit / Sympathie“, „Wohlwollendes Engagement“ und „Erscheinungsbild / Auftreten“ eng zusammen und bilden die Gesamtskala „Attraktivität“. Eine hohe Korrelation besteht auch zwischen den Skalen „Sachkompetenz“, „Handlungskompetenz / Autonomer Arbeitsstil“, „Emotionale Sicherheit“ sowie „Angemessenes Rollenverhalten“, die deshalb zur wahrgenommenen „Expertise“ des Therapeuten zusammengefasst werden. Die Bildung von übergeordneten Skalen macht nicht nur inhaltlich Sinn, sondern dient auch dem statistischen Nutzen, die Zahl der Prädiktoren gering zu halten.

Korrelative Statistiken und regressionsanalytisches Vorgehen

Fragestellung 4:

Übereinstimmung der einzelnen Urteile: Therapeuten, Patienten und Beobachter

Der Einstieg in den Ergebnisteil soll über die Frage, inwiefern in der vorliegenden Arbeit die einzelnen Untersuchungsperspektiven übereinstimmen bzw. voneinander abweichen, erfolgen. Dies geschieht über multiple Korrelationsanalysen zwischen den einzelnen Skalen der unterschiedlichen Beurteilungsbögen (Patienten-Stundenbogen, Therapeuten-Stundenbogen, Verhaltensrating-Bogen). Auf dieser Basis sollen dann weitere Analyseschritte und Berechnungen durchgeführt werden.

Fragestellungen 1a, 1b und 3a:

Einschätzung des Stundenverlaufs aus Therapeuten-, Patienten- und Beobachtersicht

Für die Beantwortungen der Fragestellungen 1a, 1b und 3a wurden multiple Korrelationsanalysen sowie multiple Regressionsanalysen gerechnet. Festzustellen gilt, welche Merkmale (Prädiktoren) zur Wirksamkeitsbeurteilung der Therapeuten (Kriterium) und Patientenzufriedenheit (Kriterium) beitragen. Mit Hilfe multipler Korrelationsanalysen sollte die Stärke des Zusammenhangs der gesamten Prädiktorengruppe mit dem Kriterium aufgezeigt werden. Ebenso wurden bivariate Korrelationen sowohl parameterabhängig (Produkt-Moment-Korrelationen, Voraussetzung: lineare Variablenbeziehung, intervallskaliert) als auch parameterfrei (Rangkorrelationen nach Tau) für die Prädiktoren mit den Kriterien berechnet. Anschließend erfasst die schrittweise multiple Regressionsanalyse, welche Einzelprädiktoren aus der Gesamtgruppe (s. u.) den größten Bei-

trag zur Vorhersage des Kriteriums leisten können. Bei diesem Vorgehen werden anhand von bestimmten statistischen Kriterien Variablen schrittweise aufgenommen oder entfernt. Das Aufnahmekriterium wurde standardmäßig auf einen Signifikanzwert von $p = .05$ festgelegt, das Ausschlusskriterium auf $p = .10$. Missing data wurden fallweise ausgeschlossen; kam jedoch nicht vor.

Die Prädiktoren setzten sich wie folgt zusammen:

- Skalen des Therapeuten-Stundenbogens zur Erfassung der situativen Selbsteinschätzung der Therapeuten (ausgenommen der Wirksamkeitserwartungsskala als Kriterium)
- Skalen des Patienten-Stundenbogens zur Erfassung der situativen Patienteneinschätzung der therapeutischen Kompetenz (ausgenommen der Zufriedenheitsskala als Kriterium)
- Skalen des Verhaltensratings zur Therapeutenkompetenz zur Erfassung der Einschätzung der therapeutischen Kompetenz durch externe Beobachter

Varianzanalyse

Zur Überprüfung von Interaktionseffekten wird zunächst eine Multivariate Varianzanalyse mit den beiden Faktoren „Wirksamkeitserwartung“ und „Patientenzufriedenheit“ über alle abhängigen Variablen gerechnet. Anschließend sollen dann entsprechend der Fragestellungen Gruppenunterschiede varianzanalytisch (einfaktoriell) betrachtet werden.

Fragestellung 2a und 3b

Gruppenunterschiede auf der Basis der Selbsteinschätzung (Wirksamkeitserwartung) und der Fremdeinschätzung durch die Patienten (Patientenzufriedenheit):

Für die Fragestellungen, welche Unterschiede es zwischen den einzelnen Gruppen gibt, wurden einfaktorielle Varianzanalysen berechnet. Zur Gruppenbildung wurde zum einen die subjektiv erlebte Wirksamkeit der Therapeuten (Mittelwert = 4.4; Median = 4.4) und zum anderen die Therapiezufriedenheit auf Patientenseite (Mittelwert = 4.8; Median = 5.0) herangezogen. Insgesamt ist zu sagen, dass die Urteile der Patienten allgemein sehr zufrieden stellend ausgefallen sind.

Tab. 14: Verteilung der Stichprobe aufgrund der Therapiezufriedenheit der Patienten und der subjektiv erlebten Wirksamkeit der Therapeuten (Teilung am Median)

		Therapeuten		
		Subjektiv wirksam	Subjektiv unwirksam	
Patienten	Zufrieden	N = 20	N = 20	40
	Unzufrieden	N = 13	N = 18	31
		33	38	71

Für die Beantwortung der Fragestellungen 2 betrachten wir die Gruppe aller sich als wirksam erlebenden Therapeuten (N = 33) und die Gruppe aller sich als weniger wirksam erlebenden Therapeuten (N = 38). Es werden zunächst die Therapeutenurteile miteinander verglichen, anschließend die Patientenurteile der beiden Gruppen gegenübergestellt und abschließend überprüft, wo sich Unterschiede im beobachtbaren Therapeutenverhalten zeigen. Eine vergleichbare Prozedur wird für die Fragestellungen 3 durchgeführt. 40 zufriedene Patienten werden den 31 eher unzufriedenen Patienten gegenübergestellt. Danach werden die Untergruppen genauer betrachtet, um die Ergebnisse der beiden großen Gruppen zu konkretisieren und sie für die Praxis (Ausbildung, Supervision) aussagekräftiger zu machen.

In einem Exkurs werden die beiden „Extremgruppen“ in den Mittelpunkt gerückt. Es handelt sich hier um den Vergleich der sich als wirkungsvoll erlebenden Therapeuten mit ihren zufriedenen Patienten (N = 20) mit den sich eher als unwirksam erlebenden Therapeuten mit ihren unzufriedenen Patienten (N = 18). Ziel dieser Gegenüberstellung ist es, Kriterien herauszuarbeiten, die man in der Supervision nutzen kann. Aus statistischer Sicht wird sich zeigen, dass dieser Vergleich aufgrund mangelnder Interaktionseffekte nicht vertretbar ist. Praxisbezogen zeigt sich aber, dass gerade Therapeuten dieser beiden Gruppen in die Supervision kommen (z. B. „Ich habe das Gefühl, es läuft nicht gut und der Patient scheint unzufrieden“ bzw. „Es läuft gut, keine Probleme“).

8 Ergebnisse

Es werden nun die Ergebnisse zur Wahrnehmung der therapeutischen Kompetenz von Psychologen in der verhaltenstherapeutischen Ausbildung aus der Perspektive der Therapeuten selbst, ihrer Patienten sowie der externer Beobachter dargestellt. Auf dem Hintergrund der Qualitätssicherung der Gießener universitären Postgraduiertenausbildung soll der Stand der therapeutischen Kompetenz von jungen Therapeuten im Übergang in die eigenständige therapeutische Arbeit erhoben werden. Die Frage ist, wie sich die Therapeuten selbst einschätzen und inwieweit dieses Urteil mit dem ihrer Patienten sowie außenstehender Beobachter übereinstimmt bzw. dies nicht tut. Insbesondere die Außenperspektive soll im Hinblick auf eine kriterienorientierte Supervision betrachtet werden. Hierfür ist eine ausreichend gute Beurteilerübereinstimmung unumgänglich. Deshalb werden zunächst die entsprechenden Koeffizienten abgebildet. Die ausführliche Darstellung der deskriptiven Kennwerte (Mittelwerte, Mediane, Standardabweichungen, Varianzen, Ranges, Minima, Maxima) der unterschiedlichen Fragebögen können im Anhang B nachgelesen werden.

Faktorenanalytische Berechnungsversuche führten zu keiner Verstärkung der Ergebnisse, so dass auf die Darstellung dieser Ergebnisse verzichtet wurde.

8.1. Beurteilerübereinstimmung

Zwei unabhängige Beurteilerinnen haben die Verhaltensbeobachtung zur Einschätzung der therapeutischen Kompetenz vorgenommen. Es wurde bereits im vorangegangenen Kapitel (7.4.1) beschrieben, wie die Beziehungsgestaltung, Nutzung therapeutischer Strategien, die allgemeine Wirkung sowie der strukturelle Aufbau der Sitzung der Auszubildenden beurteilt wurde. In Tabelle 15 sind zwei der Übereinstimmungskoeffizienten für die diskutierten Urteile, die auch später für die Berechnungen der einzelnen Fragestellungen genutzt werden, dargestellt. Der Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient und der Intraclass-Koeffizient zählen zu den geläufigen Übereinstimmungsmaßen und erreichen akzeptable Werte.

Die unterschiedlichen Aussagewerte der einzelnen Koeffizienten werden hier schnell deutlich (vgl. 7.4.1.). Extrem hohe Übereinstimmungswerte liefert das Maß T von Lawlis und Lu. Eine größere Varianz entsteht bei der Berechnung der Produkt-Moment-Korrelation. Die Werte schwanken zwischen $r = .67$ und $r = .94$. Ähnliche Werte weisen

die Intraclass-Koeffizienten sowie die Rangkorrelationskoeffizienten auf. Die niedrigsten Übereinstimmungen liefert das sehr strenge Maß des π -Koeffizienten von Scott (.25 bis .68). Da hier bereits die Abweichung von einem Skalenpunkt als Nichtübereinstimmung gewertet wird, war von diesen niedrigen und eher schlechten Werten auszugehen.

Tab. 15: Übereinstimmungsmaße der Verhaltensbeobachtung

Skalen	Produkt-Moment-Korrelation	Intraclass-Korrelation
Einfühlung	.86	.86
Rapport	.87	.87
Ziel- und Aufgabenorientierung	.75	.75
Aufbau von Wirksamkeitserwartung	.85	.85
Problemaktualisierung	.92	.92
Problemklärung	.94	.94
Ressourcenorientierung	.87	.87
Problembewältigung	.91	.91
Formale Struktur	.91	.91
Inhaltliche Struktur	.89	.90
Sympathie/Freundlichkeit	.82	.80
Wohlwollendes Engagement	.80	.79
Erscheinungsbild/Auftreten	.67	.62
Vertrauenswürdigkeit	.74	.74
Sachkompetenz	.71	.72
Handlungskompetenz	.87	.87
Emotionale Sicherheit	.70	.70
Angemessenes Rollenverhalten	.69	.64

Insgesamt kann man jedoch – unter der Berücksichtigung der jeweiligen Vor- und Nachteile der berechneten Koeffizienten – von einer größtenteils zufrieden stellenden bis guten Übereinstimmung sprechen. Die Ergebnisse der nicht diskutierten Beobachtungsdaten fallen entsprechend niedriger aus. Das genaue Ausmaß der nach einer Diskussion vorgenommenen Veränderungen sind im Anhang B in Tabellen mit der Darstellung der Korrekturen nachzulesen.

8.2 Ergebnisse zu den Fragestellungen

Im ersten Abschnitt wollen wir uns der Beantwortung der Fragestellung 4:

„Inwiefern stimmen die einzelnen Urteile (Therapeut, Patient, externer Beobachter) überein? Wie zeigt sich dies im beobachtbaren Verhalten?“

widmen, bevor wir uns den beiden Hauptmerkmalen der therapeutischen Wirksamkeitserwartung und der Patientenzufriedenheit zuwenden. Da ein zentraler Bestandteil dieser Arbeit ist, was zu den beiden Merkmalen beiträgt, bzw. welches Therapeutenverhalten effektiv ist, werden die korrelativen Zusammenhänge dargestellt. Zur Beantwortung der Fragestellungen, welche Merkmale zu einer hohen Wirksamkeitserwartung auf Therapeutenseite und zu einem zufrieden stellenden Stundenverlauf aus Patientensicht beitragen, werden dann schrittweise multiple Regressionen durchgeführt. Für die Berechnung der übrigen Fragestellungen (Ermittlung von Gruppenunterschieden) wurden zusätzlich Varianzanalysen berechnet.

8.2.1 Zusammenhang der drei Perspektiven: Therapeut, Patient, Beobachter

Aus der Forschung ist bislang bekannt, dass Therapieurteile von verschiedenen Perspektiven aus, also Patienten- und Therapeutensicht bzw. die von externen Beobachtern (z. B. Supervisoren) häufig nicht übereinstimmen (z. B. Ambühl, 1993). Da wir uns auch in dieser Arbeit mit unterschiedlichen Perspektiven beschäftigen, wird zunächst untersucht, inwieweit sich Patienten, Therapeuten und Beobachter der hier genutzten Stichprobe in ihren Beurteilungen einzelner Stundenmerkmale einig sind oder auch nicht (Fragestellung 4). Zusätzlich wird erwartet, dass die Wirksamkeit aus Therapeutensicht und die Patientenzufriedenheit bedeutsam positiv miteinander korrelieren.

Betrachten wir zunächst die Korrelationen zwischen den Skalen des Therapeuten-Stundenbogens und denen des Patienten-Stundenbogens.

Wie aus der Tabelle 16 ersichtlich wird, stehen bei der hier untersuchten Gruppe Patienten- und Therapeutenurteil durchaus in Beziehung. Betrachtet man die Werte der Hauptdiagonalen, so wird deutlich, dass dies auf allen inhaltlich gleichen Skalen der Fall ist, d. h. Patientenzufriedenheit und die therapeutische Wirksamkeitserwartung korrelieren entgegen der Erwartung kaum miteinander. Der Korrelationswert geht zwar in die angenommene Richtung, ein positiver Zusammenhang besteht jedoch nicht.

Tab. 16: Produkt-Moment-Korrelation der Skalen des Th.-Stundenbogens mit den Skalen des Pa.-Stundenbogens

Skalen	r
Therapeutische Beziehung	.35**
Wirksamkeitserwartung/ Patientenzufriedenheit	.22
Ziel- und Aufgabenorientierung	.48**
Problemaktualisierung	.47**
Problemklärung	.28*
Problembewältigung	.47**
Ressourcenaktivierung	.29*

Anmerkung: * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, zweiseitige Testung

Das Verständnis einer guten therapeutischen Beziehung sowie der Nutzen verschiedener therapeutischer Strategien scheinen von Patienten und Therapeuten in ähnlichem Maße wahrgenommen zu werden. Alle Korrelationswerte sind positiv (vgl. auch Tab. B18 im Anhang).

Betrachten wir noch einige Ergebnisse der einzelnen Skalenurteile. Die „therapeutische Beziehung“ steht aus Therapeutensicht mit allen Patientenskalen in enger Beziehung, dies ist umgekehrt nicht der Fall. Aus Patientensicht hängt die „therapeutische Beziehung“ lediglich mit der therapeutischen Einschätzung der „Ziel- und Aufgabenorientierung“ ($r = .28$, $p = .02$) sowie der Problemaktualisierung ($r = .42$, $p = .00$) zusammen.

Der Wirkfaktor der „Problemklärung“ korreliert sowohl aus Patienten- als auch aus Therapeutensicht kaum mit anderen Merkmalen der Stundenbeurteilung. Für Patienten scheint problemklärende Arbeit eher unangenehm zu sein. Sind die vorhandenen negativen Korrelationen auch nicht signifikant, so deuten sie zumindest in diese Richtung. Therapeuten schätzen diese Arbeit anders ein. Wenn aus Patientensicht problemklärend gearbeitet wird, dann geht dies aus Therapeutensicht mit einer guten therapeutischen Beziehung einher ($r = .48$, $p = .00$) und tendenziell mit einer guten „Ziel- und Aufgabenorientierung“ ($r = .23$, $p = .05$), „Problemaktualisierung“ ($r = .23$, $p = .05$) sowie „Ressourcenaktivierung“ ($r = .21$, $p = .07$).

Festgehalten werden sollte an dieser Stelle, dass Therapeuten- und Patientenurteil in Beziehung zueinander stehen. Der erwartete Zusammenhang zwischen der Patientenzufriedenheit und der therapeutischen Wirksamkeitserwartung besteht jedoch nicht.

Es werden nun die Zusammenhänge von Therapeutenurteil und Beobachtersicht sowie Patientenurteil und Beobachtersicht dargestellt (vgl. Anhang Tab. B19 und B20).

Bei dem Vergleich von Therapeuten- und Beobachterurteil zeigen sich statistisch bedeutsame korrelative Zusammenhänge zwischen der Beurteilung der „therapeutischen

Beziehung“ und den beobachteten Werten. Nur die Skalen „Aufbau von Wirksamkeitserwartung“ ($r = .04$, $p = .72$), „Problemklärung“ ($r = -.06$, $p = .61$), „Ressourcenaktivierung“ ($r = .10$, $p = .41$), „inhaltliche Struktur“ ($r = .19$, $p = .11$) und „Sachkompetenz“ ($r = .19$, $p = .11$) zeigen keinerlei Zusammenhänge. Für die spätere Diskussion der Ergebnisse sollte dieses Ergebnis behalten werden, da diese Skalen inhaltlich von Gewicht sind.

Die therapeutisch eingeschätzte „Ziel- und Aufgabenorientierung“ korreliert positiv mit dem beobachteten „Aufbau von Wirksamkeitserwartung“ beim Patienten ($r = .25$, $p = .04$). Unterstrichen wird dies durch die hochsignifikante Korrelation mit der Skala der „Problembewältigung“ ($r = .37$, $p = .00$) sowie dem negativen Zusammenhang mit der Skala der „Problemklärung“ ($r = -.23$, $p = .05$). Darüber hinaus wirken zielorientierte Therapeuten „emotional sicher“ ($r = .24$, $p = .04$).

Ein einziger korrelativer Zusammenhang zeigt sich zwischen der therapeutischen „Problemaktualisierung“ und den Beobachtungsskalen. Dieser zeigt sich ebenfalls auf der beobachteten „Problemaktualisierung“ ($r = .39$, $p = .00$). Die „Problemklärung“ wird von Therapeuten angegeben und auch als solche von außen erkannt ($r = .51$, $p = .00$). Eine deutlich negative Korrelation ergibt sich in der Beziehung zur beobachteten „Problembewältigung“ ($r = -.44$, $p = .00$). Ebenso stimmen Therapeuten und Beobachter in ihrer Einschätzung der problembewältigenden Arbeit überein ($r = .40$, $p = .00$). Die Beobachter können hier aber auch „Problemaktualisierung“ ($r = .27$, $p = .03$) und „Ressourcenaktivierung“ ($r = .28$, $p = .02$) erkennen. Ressourcenaktivierende Arbeit aus Therapeutesicht wird von Beobachtern nur tendenziell als solche erkannt ($r = .21$, $p = .08$). Beobachtet werden hier „Problemaktualisierung“ ($r = .25$, $p = .03$) und im negativen Zusammenhang „Problemklärung“ ($r = -.30$, $p = .01$). Die anderen korrelativen Zusammenhänge liegen im Zufallsbereich.

Ein etwas anderes Bild zeigt sich beim Vergleich des Patienten- und des Beobachterurteils. Lediglich die Beurteilung der therapeutischen Beziehung aus Patientensicht korreliert mit dem beobachteten Rapport ($r = .24$, $p = .04$) des Therapeuten. Außenstehende Beobachter können anhand des Therapeutenverhaltens anscheinend nicht beurteilen, ob die Therapiebeziehung aus Patientensicht gut ist. Auch die Patientenwahrnehmung der „Ziel- und Aufgabenorientierung“ scheint von externen Beurteilern nicht am Therapeutenverhalten erkennbar zu sein. Nur die beobachtete „Problemaktualisierung“ ($r = .24$, $p = .04$) und „emotionale Sicherheit“ ($r = .26$, $p = .03$) korrelieren hier positiv. Auf der Skala der „Problemaktualisierung“ stimmen die Beurteilung der Patienten und die

Beobachtersicht überein ($r = .38, p = .00$). Der Patient fühlt sich nah an das Problem herangeführt und verstanden; der Therapeut hat dies auch durch sein beobachtetes Handeln angeleitet. Darüber hinaus steht die Einhaltung der „formalen Struktur“ mit der Problemaktualisierung im Zusammenhang ($r = .33, p = .01$). Wird aus Patientensicht Arbeit an der Problemlösung wahrgenommen, kann dies nicht am Therapeutenverhalten beobachtet werden. Externe Beobachter nehmen am Therapeuten jedoch ein gutes „Einfühlungsvermögen“ wahr ($r = .25, p = .04$), das für die Klärungsarbeit durchaus wichtig ist.

Die meisten korrelativen Zusammenhänge zeigen sich zwischen der aus Patientensicht „problembewältigenden Arbeit“ und den Beobachtungswerten. Die beiden Skalen der „Problembewältigung“ korrelieren hingegen nicht miteinander. Beobachter nehmen aber eine gute „therapeutische Beziehung“ ($r = .30, p = .01$) aufgebaut auf einer guten „therapeutischen Bindung“ (therapeutic bond, $r = .24, p = .04$) und dem „Aufbau von Wirksamkeitserwartung“ auf Patientenseite ($r = .26, p = .03$) wahr. Des Weiteren können im Therapeutenverhalten „Problemaktualisierung“ ($r = .26, p = .03$) sowie „Ressourcenaktivierung“ ($r = .24, p = .05$) beobachtet werden. Problembewältigung aus Patientensicht geht schließlich noch mit der Einhaltung der „formalen Struktur“ ($r = .24, p = .04$), „Sympathie“ ($r = .24, p = .04$) und einer „allgemeinen attraktiven Wirkung“ ($r = .24, p = .05$) aus Beobachtersicht einher.

Werden aus Sicht der Patienten Ressourcen in der Stunde aktiviert, scheint dies aus der Außenperspektive kaum erkennbar zu sein ($r = .21, p = .08$).

Die beiden Merkmale „Patientenzufriedenheit“ und „therapeutische Wirksamkeitserwartung“ werden im nächsten Abschnitt detailliert analysiert.

Zusammenfassung:

Es hat sich gezeigt, dass Therapeuten- und Patientenurteile durchaus zusammenhängen können. Sowohl auf der Beziehungsebene als auch in der Anwendung therapeutischer Strategien stimmen die beiden Gruppen in ihren Einschätzungen überein. Der erwartete Zusammenhang der beiden Skalen Patientenzufriedenheit und therapeutische Wirksamkeitserwartung konnte nicht nachgewiesen werden.

Beim Vergleich von Therapeuteneinschätzungen und Beobachtungsdaten findet man signifikante Beziehungen zwischen den inhaltlich gleichen Skalen. Darüber hinaus korrelieren die Verhaltensratings hoch mit der therapeutischen Einschätzung der therapeutischen Beziehung.

Die beiden Beobachter nehmen das Therapeutenverhalten häufig anders wahr als dies die Patienten tun. Auf den inhaltlich korrespondierenden Skalen zeigen sich kaum korrelative Zusammenhänge zwischen den Patienteneinstufungen und dem beobachteten Verhalten. Die Beobachter können jedoch weitere Verhaltensmerkmale benennen, die signifikant mit den Patientenurteilen korrelieren.

Welche Merkmale nun konkret zur Güte der Patientenzufriedenheit und therapeutischen Wirksamkeitserwartung beitragen, wird im folgenden Abschnitt dargestellt.

8.2.2 Vorhersage der subjektiven therapeutischen Wirksamkeitserwartung

Korrelationen

Die Gesamtdaten der Interkorrelationen der Skalen des Therapeuten-Stundenbogens sind im Anhang B (Tab. B15) dargestellt. Die Skalen korrelieren hoch miteinander. Lediglich die Skala der Problemklärung weist kaum Zusammenhänge zu den übrigen Skalen des Bogens auf. Die beiden 1-Item-Skalen intra- und interpersonale Sichtweise sollen im Weiteren aufgrund der geringen Bedeutung für die Fragestellungen nicht beachtet werden⁷. Die fehlende Unabhängigkeit der Skalen muss bei den folgenden regressionsanalytischen Schritten beachtet werden. Aufgrund der inhaltlichen Bedeutung der Skalen soll aber nicht auf sie verzichtet werden.

Die Wirksamkeitserwartung korreliert hoch mit allen anderen Skalen des Therapeuten-Stundenbogens, ausgenommen die Problemklärung. Die vermeintlich aktiveren, zielorientierteren therapeutischen Strategien (Problemaktualisierung, -bewältigung, Ressourcenaktivierung) führen aus Therapeutensicht eher zu dem Gefühl, etwas bewirkt zu haben, als die klärenden Aspekte.

Von den Skalen des Patienten-Stundenbogens korrelieren lediglich die Ziel- und Aufgabenorientierung sowie die Problemaktualisierung positiv mit der therapeutischen Wirksamkeitserwartung (Anhang B, Tab. B18). Hier sind es aber auch die problemnahen, orientierungsgebenden Skalen (Problemaktualisierung, Ziel- und Aufgabenorientierung), die aus Sicht der Patienten in Verbindung mit der Wirksamkeitserwartung auf Therapeutenseite stehen können.

Von den mit dem Therapeuten-Stundenbogen kompatiblen Skalen des Ratingbogens korrelieren die Problemklärung negativ sowie die Problembewältigung und Ressour-

⁷ Dies trifft auf die gesamte Ergebnisdarstellung zu.

cenaktivierung positiv mit der Wirksamkeitserwartung auf Therapeutenseite (Anhang B, Tab. B19). Dieses Ergebnis geht ebenfalls in Richtung der therapeutischen Einschätzung. Man könnte sagen, dass „Klärung“ noch nicht zur Wirksamkeitserwartung beiträgt, weil man noch damit beschäftigt ist, Problemzusammenhänge zu erkennen, ohne an der Bewältigung zu arbeiten. Weitere signifikante Zusammenhänge können Tabelle B19 entnommen werden.

Welche Aspekte tragen nun zum Eindruck der Wirksamkeit bei? Was nehmen Therapeuten selbst diesbezüglich wahr? Was kann man im Verhalten beobachten, das auf ein Gefühl von Wirksamkeit hinweist? Woran erkennen Patienten Wirksamkeitserwartung beim Therapeuten?

Regressionsanalysen

Für das Kriterium der „Wirksamkeitserwartung“ wurden zunächst schrittweise Regressionsanalysen für jede Prädiktorgruppe gerechnet, um die bedeutsamen Prädiktoren herauszufiltern, um sie dann in eine weitere Analyse einzubeziehen. Tabelle 17 gibt die entscheidenden Prädiktoren wider:

Tab. 17: Ergebnisse der Regressionsanalysen mit einzelnen Prädiktorgruppen (Kriterium Wirksamkeitserwartung)

Prädiktorengruppe	Hauptprädiktoren	Beta	R	R ²	p-Wert
Einschätzung durch Therapeuten	Ziel- und Aufgabenorientierung	.39	.61	.37	.00
	Problemaktualisierung	.22	.67	.45	.04
	Therapeutische Beziehung	.24	.70	.48	.05

Prädiktorengruppe	Hauptprädiktoren	Beta	R	R ²	p-Wert
Einschätzung durch externe Beobachter	Problembewältigung	.40	.40	.16	.00

Prädiktorengruppe	Hauptprädiktoren	Beta	R	R ²	p-Wert
Einschätzung durch Patienten	Problemaktualisierung	.33	.33	.11	.01

Das Ergebnis der korrelativen Analysen spiegelt sich in der Prädiktorenauswahl wieder. Die bedeutsamsten Variablen gehen aus der Prädiktorgruppe der therapeutischen Einschätzung hervor. Die Skalen „Ziel- und Aufgabenorientierung“, „Problemaktualisierung“ und „Therapeutische Beziehung“ tragen zur Varianzaufklärung des Kriteriums bei. Aus Patientensicht zeichnet sich dies ebenfalls auf der Variable „Problemaktualisierung“ ab,

auf den Skalen des Beurteilungsbogens in der „Problembewältigung“. Die therapeutische Selbsteinschätzung klärt ca. die Hälfte der Gesamtvarianz auf ($R^2 = .48$), hiervon fallen alleine 37% auf die Variable „Ziel- und Aufgabenorientierung“. Die „Problembewältigung“ aus Beobachtersicht klärt in dieser ersten Analyse einen Anteil von 16% auf sowie die „Problemaktualisierung“ aus Patientensicht 11%. Diese Bild ändert sich nun, wenn man eine weitere multiple Regressionsanalyse durchführt auf der Basis der bedeutsamen Prädiktoren (Kriterium bleibt erhalten). Tabelle 18 gibt dieses Ergebnis wieder:

Tab. 18: Ergebnisse der Regressionsanalysen mit den bedeutsamen Prädiktoren (Kriterium: Wirksamkeitserwartung)

Prädiktorengruppe	Hauptprädiktoren	Beta	R	R^2	p-Wert
Einschätzung durch Patienten					
Einschätzung durch Therapeuten	Ziel- und Aufgabenorientierung Problemaktualisierung	.32 .22	.61 .67	.37 .45	.01 .03
Einschätzung durch externe Beobachter	Problembewältigung	.20	.70	.49	.04
Einschätzung durch Therapeuten	Therapeutische Beziehung	.23	.72	.52	.05

Vier Prädiktoren klären 52% der Gesamtvarianz des Kriteriums „Wirksamkeitserwartung“ auf. Die Einschätzung der Patienten hat keinerlei Einfluss mehr auf die Vorhersage. Die „Ziel- und Aufgabenorientierung“ aus Therapeutensicht trägt zu 37% zur Varianzaufklärung bei, die „Problemaktualisierung“ zu weiteren 8%. Ein ergänzend geringer Anteil von 4% gehen auf die „Problembewältigung“ aus der externen Beobachtersicht zurück und schließlich noch 3% auf die „Therapeutische Beziehung“ aus Therapeutensicht.

Der Hauptteil der aufgeklärten Varianz ($R^2 = .52$) kann auf die Skalen der Therapeuteinschätzung zurückgeführt werden. Insgesamt 48% werden durch die entsprechenden drei Prädiktoren (Ziel- und Aufgabenorientierung, Problemaktualisierung, Therapeutische Beziehung) aufgeklärt.

Es hat sich erwartungsgemäß bestätigt, dass Therapeuten sich als wirkungsvoll erleben, wenn sie eine gute Therapeut-Patienten-Beziehung realisieren, sie zielorientiert arbeiten und das bestehende Problem fassen konnten. Keinen Einfluss auf die eigene Wirksamkeitserwartung haben die Problemlösung und –bewältigung. Die beobachtbare problembewältigende Arbeit geht einher mit einer positiven subjektiven Wirksamkeits-

erwartung auf Therapeutenseite. Keine weiteren beobachtbaren Therapeutenmerkmale haben einen Vorhersagewert für die Wirksamkeitserwartung.

8.2.3 Vorhersage der Patientenzufriedenheit

Korrelationsanalysen

Die Interkorrelationen aller Skalen des Patienten-Stundenbogens, der zur Erfassung der Patientenzufriedenheit herangezogen wurde, sind im Anhang B (Tab. B16) dargestellt. Die Skalen des Patienten-Stundenbogens korrelieren ebenfalls hoch miteinander. Die Werte sind im Vergleich zu den Interkorrelationen des Therapeuten-Stundenbogens nochmals höher. Von einer Unabhängigkeit der Skalen kann nicht gesprochen werden. Dieses Ergebnis muss wiederum bei den folgenden Regressionsanalysen beachtet werden.

Die Patientenzufriedenheit korreliert hoch mit allen Skalen des Patienten-Stundenbogens.

Aus Therapeutensicht zeigen sich positive Zusammenhänge zwischen allen kompatiblen Skalen ausgenommen der Wirksamkeitserwartung und der Problemklärung (Anhang B, Tab. B18).

Nur drei Beziehungen lassen sich für die Beobachtungsskalen mit der Patientenzufriedenheit auf der Korrelationsebene nachweisen: Gesamtwert der beobachteten „therapeutischen Beziehung“; Ziel- und Aufgabenorientierung sowie die Problemaktualisierung (Anhang B, Tab. 20). Beachtet werden muss hier, dass die „Ziel- und Aufgabenorientierung“ in den Gesamtwert eingeht und als einzelner Beobachtungswert ebenfalls positiv mit der Zufriedenheit korreliert ($r = .31$, $p = .01$). Da diese Skala jedoch auch als separate Variable in den Stundenbögen von Therapeuten und Patienten auftritt, macht es Sinn, diese hier zusätzlich getrennt zu betrachten. Weitere signifikante Werte können der Tabelle B20 im Anhang entnommen werden.

Welche Aspekte bestimmen nun die Patientenzufriedenheit mit? Was ist für die Patienten selbst wichtig? Woraus können die Therapeuten auf zufriedene Patienten schließen? Und welches sichtbare Therapeutenverhalten wirkt sich auf die Patientenzufriedenheit aus?

Regressionsanalysen

Entsprechende Ergebnisse zeigen sich bei der Berechnung der multiplen Regressionsanalyse mit dem Kriterium „Patientenzufriedenheit“. Tabelle 19 stellt die einzelnen Skalen innerhalb der Prädiktorengruppen dar, die sich als bedeutsam für die Vorhersage der Patientenzufriedenheit gezeigt haben. Diese gehen dann in eine weitere Regressionsanalyse ein.

Tab. 19: Ergebnisse der Regressionsanalysen mit einzelnen Prädiktorguppen (Kriterium: Patientenzufriedenheit)

Prädiktorengruppe	Hauptprädiktoren	Beta	R	R ²	p-Wert
Einschätzung durch Patienten	Ziel- und Aufgabenorientierung	.41	.74	.55	.00
	Problemaktualisierung	.34	.81	.65	.00
	Ressourcenaktivierung	.29	.84	.70	.00
Prädiktorengruppe	Hauptprädiktoren	Beta	R	R ²	p-Wert
Einschätzung durch Therapeuten	Therapeutische Beziehung	.57	.54	.29	.00
	Problemklärung	-.21	.58	.34	.04
Prädiktorengruppe	Hauptprädiktoren	Beta	R	R ²	p-Wert
Einschätzung durch externe Beobachter	Formale Struktur ⁸	.35	.35	.12	.00

Die Patientenzufriedenheit ist am schlechtesten aus der Einschätzung der externen Beobachter vorhersagbar. Nur die „formale Struktur“, wie sich auch schon bei der korrelativen Analyse angedeutet hat, leistet einen geringfügigen Vorhersagebeitrag. Die Variablen „therapeutische Beziehung“ und „Problemklärung“ der therapeutischen Einschätzung tragen zur Vorhersage der Patienteneinschätzung ebenso bei wie die Wahrnehmung der „Ziel- und Aufgabenorientierung“, der „Problemaktualisierung“ und „Ressourcenaktivierung“ aus Patientensicht. Wie schon bei der Korrelationsberechnung deutlich wurde, bietet die Selbsteinschätzung der Patienten den größten Vorhersagegewinn. Sie klärt hier insgesamt 70% der Varianz der Patientenzufriedenheit auf.

Berechnet man nun auf der Basis dieser sechs Variablen der unterschiedlichen Prädiktorengruppen eine weitere Regressionsanalyse erhält man folgendes Prädiktorenbild (Tab. 20):

⁸ Manualgerechter Stundenaufbau mit klarer Aufgabenstellung und Ausüben der Leitungsrolle durch den Therapeuten (klare Abgrenzung des Stundenbeginns mit Agenda von Mittelteil mit der Durchführung geplanter Maßnahmen und Abschluss mit Zusammenfassung der Sitzungsergebnisse)

Tab. 20: Ergebnisse der Regressionsanalysen mit den bedeutsamen Prädiktoren der einzelnen Prädiktorengruppen (Kriterium: Patientenzufriedenheit)

Prädiktorengruppe	Hauptprädiktoren	Beta	R	R ²	p-Wert
Einschätzung durch Patienten	Ziel- und Aufgabenorientierung	.40	.74	.55	.00
	Problemaktualisierung	.29	.81	.65	.00
	Ressourcenaktivierung	.29	.84	.70	.00
Einschätzung durch Therapeuten					
Einschätzung durch externe Beobachter	Formale Struktur	.15	.85	.72	.04

Insgesamt können 72% der Varianz der Patienteneinschätzung „Stundenzufriedenheit“ durch vier Prädiktoren erklärt werden.

Die Einschätzung der Therapeuten spielt für die Vorhersage des Kriteriums keine Rolle mehr. Dies entspricht dem Forschungsstand (z. B. Schindler, 1991), dass Therapeuten nur relativ schlecht den therapeutischen Erfolg einstufen können. Die „formale Struktur“ aus Sicht externer Beobachter kann auch nur einen geringen Varianzanteil von 2% aufklären. Entscheidende Prädiktoren finden sich in der Stundenbeurteilung der Patienten selbst, in den Variablen „Ziel- und Aufgabenorientierung“, „Problemaktualisierung“ und „Ressourcenaktivierung“. 70% der Gesamtvarianz können durch diese drei Merkmale erklärt werden. Die entscheidende Variable, die aus Patientensicht zur Zufriedenheit führt, ist eine selbst wahrgenommene klare „Ziel- und Aufgabenorientierung“ im Stundenverlauf. Auf sie fallen 55% Varianzanteil zurück. Die Bewertung der therapeutischen Beziehung durch den Patienten hat entgegen der Vermutung keinerlei Vorhersagewert für die Patientenzufriedenheit.

Zusammenfassung

Fassen wir die Ergebnisse dieser beiden Abschnitte (8.2.1 und 8.2.2) zusammen, so lässt sich sagen, dass sowohl für Therapeuten als auch für Patienten ein transparentes und strukturiertes Vorgehen ein wesentliches Merkmal für den Stundenaufbau darstellt. Sowohl für die Vorhersage der Wirksamkeitserwartung auf Therapeutenseite als auch für die Patientenzufriedenheit klärt die Ziel- und Aufgabenorientierung aus entsprechender Perspektive den Großteil der Gesamtvarianz auf. Ebenso ist ein problemnahes Arbeiten für Wirksamkeitserwartung und Zufriedenheit förderlich. Patienten fühlen sich vom Therapeuten verstanden. Dieses Verständnis hilft wiederum Therapeuten dabei, die Stunde zielorientiert und problembewältigend zu gestalten.

8.2.4 Gruppenunterschiede auf der Basis der subjektiven Wirksamkeitserwartung und Patientenzufriedenheit (Prüfung der Mittelwertunterschiede)

Der Betrachtung der einzelnen Mittelwertunterschiede in der Therapeuten- bzw. Patientengruppe wird eine multivariate Varianzanalyse zur Überprüfung von möglichen Interaktionseffekten vorangestellt. Auf der Basis der Wirksamkeitserwartung der Therapeuten und der Patientenzufriedenheit als feste Faktoren gehen alle Skalen der drei eingesetzten Frage- bzw. Beobachtungsbögen als abhängige Variablen in die Berechnung ein. Die Ergebnisse zeigen, dass die beiden Faktoren Wirksamkeitserwartung und die Patientenzufriedenheit nicht interagieren ($F = 1.254, p = .25$). Die therapeutische Wirksamkeitserwartung und die Patientenzufriedenheit scheinen demnach voneinander unabhängige Konstrukte zu sein. Die Haupteffekte sind für beide Merkmale signifikant ($F_{\text{Wirksamkeit}} = 1.847, p = .04$; $F_{\text{Zufriedenheit}} = 2.779, p = .00$).

Diesen wollen wir uns nun widmen.

8.2.4.1 Therapeutengruppe (Haupteffekte)

Die Fragestellung 2a soll in diesem Abschnitt im Vordergrund stehen:

„Unterscheiden sich Therapeuten, die sich als wirksam erleben von denen, die sich als weniger wirksam erleben?“

Den Schwerpunkt sollen die Unterschiede im beobachtbaren Therapeutenverhalten bilden. Betrachtet werden aber auch die Stundenbewertungen der Therapeuten und Patienten. Es werden einfaktorielle Varianzanalysen mit dem unabhängigen Faktor der subjektiven Wirksamkeitserwartung der Therapeuten durchgeführt (Haupteffekte). Die Therapeutengruppe wird anhand des Medians ($Md = 4.4$) in die Gruppen der sich als wirksam erlebenden ($N = 33$) und der sich als weniger bzw. unwirksam erlebenden Therapeuten ($N = 38$) eingeteilt. Als abhängige Faktoren gehen die Skalen des Patienten- und Therapeutenstundenbogens sowie die des Beobachtungsbogens ein.

Widmen wir uns zunächst der Frage, welche Unterschiede sich in den Stundenbewertungen von sich als wirksam erlebenden und eher unwirksam erlebenden Therapeuten zeigen. Tabelle 21 gibt die Mittelwerte und Prüfwerte F wieder.

Tab. 21: Statistische Kennwerte der Merkmale des Therapeuten-Stundenbogens in Bezug auf den Vergleich von wirksamen und unwirksamen Therapeuten

Skalen	Mittelwert (subj. wirksam)	Mittelwert (subj. unwirksam)	F-Wert	p-Wert
Therapeutische Beziehung	4.80	4.38	8.19	.01
Ziel- und Aufgabenorientierung	5.02	4.51	10.98	.00
Problemaktualisierung	1.77	1.38	11.70	.00
Problemklärung	1.64	1.59	.09	.76
Problembewältigung	2.15	1.86	4.42	.04
Ressourcenaktivierung	1.83	1.59	2.79	.10

Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeigen sich sowohl in der Einschätzung der therapeutischen Beziehung als auch der therapeutischen Strategien. Abbildung 6 verdeutlicht dieses Bild:

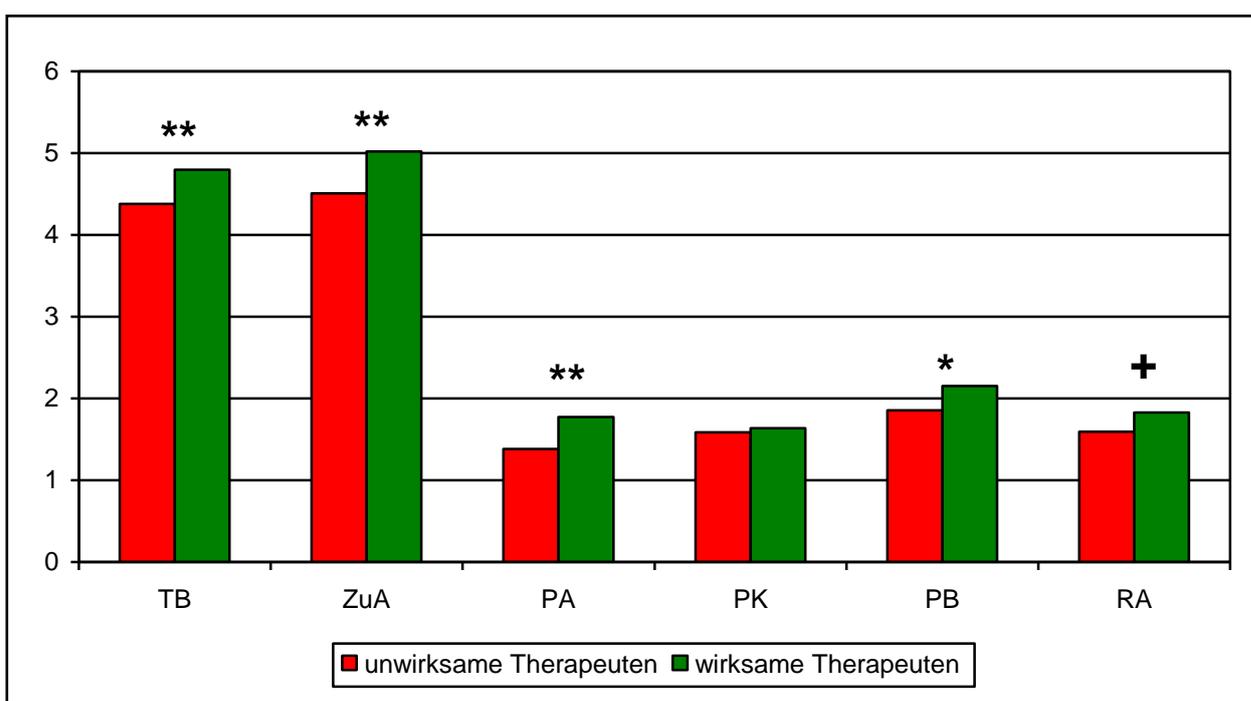


Abb. 6: Vergleich von wirksamen und unwirksamen Therapeuten auf den Skalen des Therapeuten-Stundenbogens

Anmerkung: * $p \leq .05$, ** $\leq .01$, + $\leq .1$

TB = Therapeutische Beziehung, ZuA = Ziel- und Aufgabenorientierung, PA = Problemaktualisierung, PK = Problemklärung, PB = Problembewältigung, RA = Ressourcenaktivierung

Subjektiv wirksame Therapeuten beurteilen ihre Beziehung zum Patienten besser als die, die sich als eher unwirksam wahrnehmen ($F = 8.19$, $p = .01$). Sie geben an, ziel- und aufgabenorientierter zu arbeiten ($F = 10.98$, $p = .01$) sowie den Patienten verstärkt darin anzuleiten, sich mit dem entsprechenden Problem auseinanderzusetzen (Prob-

lemaktualisierung, $F = 11.70$, $p = .00$). Darüber hinaus arbeiten sie signifikant mehr an der „Problembewältigung“ ($F = 4.42$, $p = .04$). In der „Ressourcenaktivierung“ unterscheiden sich die beiden Gruppen nur tendenziell ($F = 2.79$, $p = .10$) und in der Arbeit der „Problemklärung“ sehen sich subjektiv wirksame und weniger wirksame Therapeuten nahezu identisch ($F = .09$, $p = .76$).

Betrachten wir nun die Patientenurteile bezüglich der beiden Therapeutengruppen: „Nehmen Patienten Unterschiede zwischen sich als wirksam erlebenden und eher unwirksam erlebenden Therapeuten wahr?“

Tabelle 22 gibt die statistischen Kennwerte der Varianzanalyse wieder:

Tab. 22: Statistische Kennwerte der Merkmale des Patienten-Stundenbogens in Bezug auf den Vergleich von wirksamen und unwirksamen Therapeuten

Skalen	Mittelwert (subj. wirksam)	Mittelwert (subj. unwirksam)	F-Wert	p-Wert
Therapeutische Beziehung	5.22	5.02	1.96	.17
Ziel- und Aufgabenorientierung	5.01	4.84	.94	.34
Problemaktualisierung	4.27	4.11	.47	.50
Problemklärung	4.11	3.95	.52	.48
Problembewältigung	4.54	4.39	.42	.52
Ressourcenaktivierung	4.90	4.83	.17	.68

Aus Patientensicht scheint es keine Unterschiede in der Stundenbeurteilung von sich selbst als wirksam erlebenden und unwirksam erlebenden Therapeuten zu geben; kein Mittelwertunterschied ist statistisch signifikant.

Abschließend nun die Darstellung der beobachteten Therapeutenmerkmale in Abhängigkeit von der therapeutischen Wirksamkeitserwartung:

„Woran kann man am Therapeutenverhalten erkennen, dass sich ein Therapeut als wirksam wahrnimmt und wann nicht?“, „Lässt sich das subjektive Wirksamkeitserleben der Therapeuten anhand von externen Verhaltensurteilen objektivieren?“

Es wird erwartet, dass sich bei Therapeuten, die sich in der Therapiestunde als wirksam erleben, eine bessere Beziehungsgestaltung, eine bessere problembezogene Arbeit (Aktualisierung, Klärung und Bewältigung) sowie eine größere Sach- und Handlungskompetenz sowie stärkere emotionale therapeutische Sicherheit beobachten lässt. Tabelle 23 stellt die statistischen Kennwerte dar (eine Gesamtübersicht wird in Tabelle B21 abgebildet).

Tab. 23: Statistische Kennwerte der Merkmale des Beobachtungsbogens in Bezug auf den Vergleich von wirksamen und unwirksamen Therapeuten

Skalen	Mittelwert (subj. wirksam)	Mittelwert (subj. unwirksam)	F-Wert	p-Wert
Problembewältigung	3.07	2.25	7.35	.01
Ressourcenaktivierung	2.29	1.70	5.38	.02
Formale Struktur	4.64	3.93	4.98	.03
Engagement	4.62	4.20	4.94	.03
Gesamtskala Attraktivität	4.68	4.39	3.63	.06

Sich als subjektiv wirksam erlebende Therapeuten arbeiten stärker an der „Problembewältigung“ als die weniger wirksamen ($F = 7.35$, $p = .01$). Als weiteren therapeutischen Wirkfaktor setzt die subjektiv wirksamere Therapeutengruppe die „Ressourcenaktivierung“ besser ein ($F = 5.38$, $p = .02$) (siehe auch Abbildung 7).

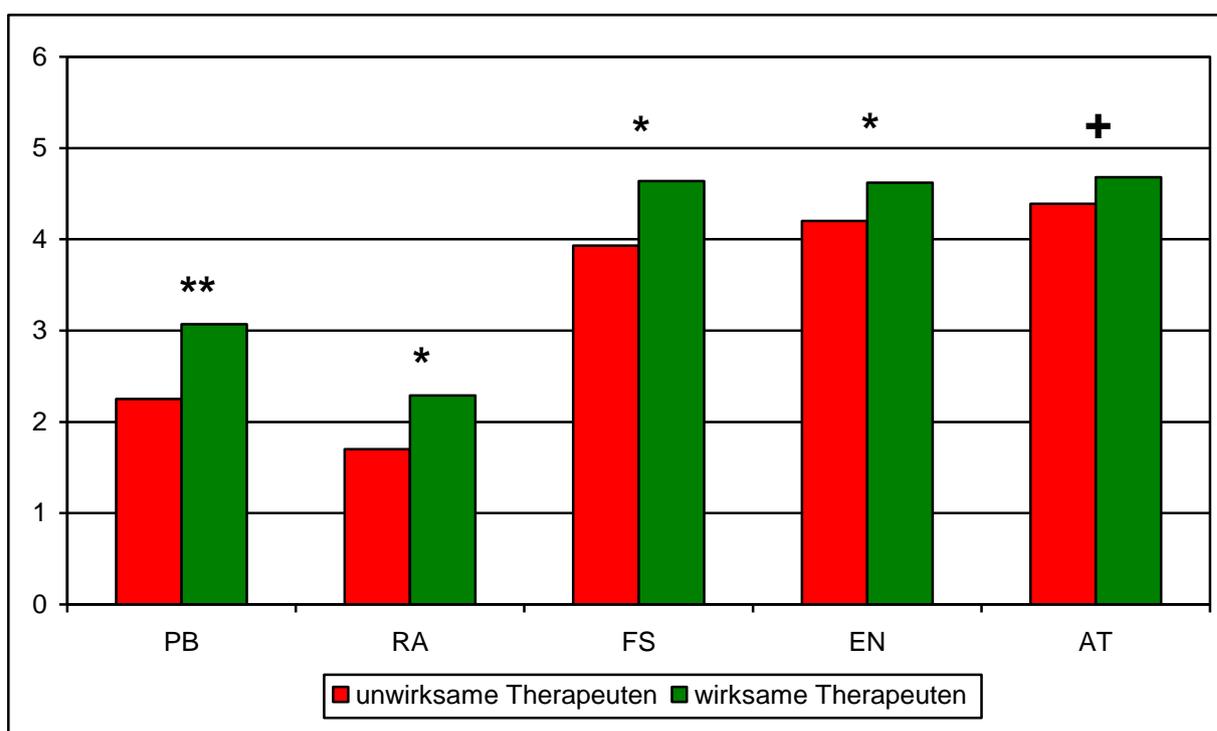


Abb. 7: Vergleich von wirksamen und unwirksamen Therapeuten auf den Skalen des Beobachtungsbogens

Anmerkungen: * $p \leq .05$, ** $\leq .01$, + $\leq .1$

PB = Problembewältigung, RA = Ressourcenaktivierung, FS = Formale Struktur, EN = Engagement, AT = Attraktivität

Ein strukturierter Stundenaufbau und –ablauf spielt auch bei der Wirksamkeitserwartung der Therapeuten einen entscheidenden Faktor bei der Außenbetrachtung ($F = 4.94$, $p = .03$). Sich als wirksam erlebende Therapeuten wirken für Außenstehende engagierter ($F = 4.94$, $p = .03$) und attraktiver ($F = 3.63$, $p = .06$).

Auf der Beziehungsebene zeigen die sich als wirksam erlebenden Therapeuten allerdings ein ähnliches Verhaltensbild wie die sich als weniger wirksam erlebenden.

Die erwarteten Beobachtungen zeigten sich nur teilweise. In der therapeutischen Beziehungsgestaltung unterscheiden sich die beiden Therapeutengruppen nicht voneinander. Richtig ist, dass die sich als wirksam erlebenden Therapeuten eine beobachtbar bessere problembewältigende Arbeit leisten. Sie scheinen nicht kompetenter, aber besser strukturiert in ihrem Stundenaufbau und zeigen sich engagierter.

Betrachten wir nun die Ergebnisse zu den Gruppenunterschieden bezüglich der Patientenzufriedenheit.

8.2.4.2 Patientengruppe (Haupteffekte)

Die Fragen des dritten Themenblocks (Kapitel 6.3) werden diesem Abschnitt zugrunde gelegt:

„Worin unterscheiden sich zufriedene von unzufriedenen Patienten?“ und „Kann man dies im Therapeutenverhalten beobachten?“

Mittels der einfaktoriellen Varianzanalyse wird die Patientengruppe auf Unterschiede (Haupteffekte) zwischen zufriedenen und unzufriedenen Patienten auf der Ebene ihrer eigenen Stundenbeurteilungen, der der Therapeuten sowie den Beobachtungsdaten untersucht (Fragebogenskalen = abhängige Faktoren). Die Gruppe wird anhand des Medians ($Md = 5.00$) in 40 zufriedene und 31 unzufriedene Patienten eingeteilt.

Wie beurteilen nun zufriedene und unzufriedene Patienten den Verlauf ihrer Therapie-sitzung?

Erwartungsgemäß zeigen sich deutliche Unterschiede in der Stundenbeurteilung von zufriedenen und unzufriedenen Patienten (vgl. Tab. 24):

Tab. 24: Statistische Kennwerte der Merkmale des Patienten-Stundenbogens in Bezug auf den Vergleich von zufriedenen und unzufriedenen Patienten

Skalen	Mittelwert (zufrieden)	Mittelwert (unzufrieden)	F-Wert	p-Wert
Therapeutische Beziehung	5.39	4.76	26.27	.00
Ziel- und Aufgabenorientierung	5.26	4.48	27.26	.00
Problemaktualisierung	4.56	3.68	17.36	.00
Problemklärung	4.40	3.54	16.81	.00
Problembewältigung	4.95	3.83	41.65	.00
Ressourcenaktivierung	5.21	4.42	28.66	.00

Zufriedene Patienten zeichnen sich durch signifikant höhere Werte auf allen Skalen des Stundenbeurteilungsbogens aus. Der stärkste Unterschied zeigt sich auf der Skala der „Problembewältigung“ ($F = 41.65$, $p = .00$). Zufriedene Patienten geben eine deutlich verstärkte Arbeit an der Problembewältigung an als die unzufriedenen ($x_{\text{unzufrieden}} = 3.68$, $x_{\text{zufrieden}} = 4.56$). Auch die „Aktivierung von Ressourcen“ ($F = 28.66$, $p = .000$) sowie die „Ziel- und Aufgabenorientierung“ ($F = 27.26$, $P = .00$) weisen hochsignifikante Mittelwertunterschiede zwischen den beiden Patientengruppen auf. Abbildung 8 stellt die Mittelwertunterschiede auf allen Skalen dar:

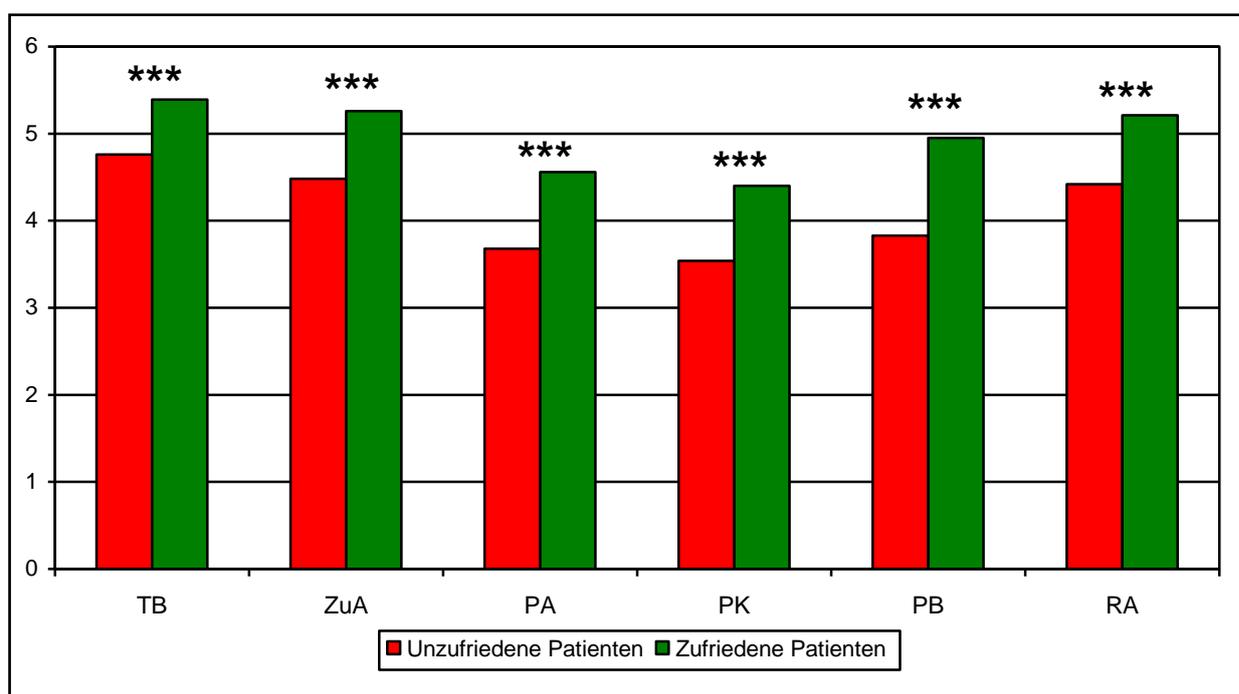


Abb. 8: Vergleich von zufriedenen und unzufriedenen Patienten auf den Skalen des Patienten-Stundenbogens

Anmerkung: *** $p \leq .000$

TB = Therapeutische Beziehung, ZuA = Ziel- und Aufgabenorientierung, PA = Problemaktualisierung, PK = Problemlösung, PB = Problembewältigung, RA = Ressourcenaktivierung

Betrachten wir nun, ob Therapeuten im Anfängerstadium differenziert wahrnehmen können, womit ihre Patienten zufrieden sind.

Wie Tabelle 25 zeigt, trifft dies nicht zu. Therapeuten verhalten sich aus eigener Perspektive kaum unterschiedlich bei zufriedenen bzw. unzufriedenen Patienten. Nur die „Therapeutische Beziehung“ wird als signifikant unterschiedlich zwischen zufriedenen und unzufriedenen Patienten eingestuft ($F = 16.38$, $p = .00$). Tendenziell geben sie auf der Skala der „Ziel- und Aufgabenorientierung“ ($F = 3.25$, $p = .08$) sowie der „Problembewältigung“ ($F = 2.93$, $p = .09$) signifikant höhere Werte für die Gruppe der zufriedenen

Patienten an. Auf die graphische Darstellung der Mittelwertunterschiede wird an dieser Stelle verzichtet.

Tab. 25: Statistische Kennwerte der Merkmale des Therapeuten-Stundenbogens in Bezug auf den Vergleich von zufriedenen und unzufriedenen Patienten

Skalen	Mittelwert (zufrieden)	Mittelwert (unzufrieden)	F-Wert	p-Wert
Therapeutische Beziehung	4.82	4.25	16.38	.00
Ziel- und Aufgabenorientierung	4.88	4.58	3.25	.08
Problemaktualisierung	1.65	1.46	2.51	.12
Problemklärung	1.50	1.75	2.25	.14
Problembewältigung	2.10	1.85	2.93	.09
Ressourcenaktivierung	1.72	1.68	0.90	.77

Was zeigt sich nun aus der Beobachterperspektive auf das Therapeutenverhalten, wenn man die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit der Patienten zugrunde legt?

Kann anhand externer Beobachtungen des Therapeutenverhaltens der Unterschied zwischen zufriedenen und unzufriedenen Patienten objektiviert werden?

Ja, dies ist durchaus der Fall, wenn man die Ergebnisse der Tabelle 26 betrachtet (gesamte Darstellung der Werte vgl. Anhang B22).

Tab. 26: Statistische Kennwerte der Merkmale des Beobachtungsbogens in Bezug auf den Vergleich von zufriedenen und unzufriedenen Patienten

Skalen	Mittelwert (zufrieden)	Mittelwert (unzufrieden)	F-Wert	p-Wert
Rapport	4.55	4.16	4.84	.03
Ziel- und Aufgabenorientierung	4.50	4.17	6.24	.02
Therapeutische Beziehung	3.95	3.64	4.85	.03
Problemaktualisierung	3.11	2.32	7.54	.01
Formale Struktur	4.71	3.68	11.66	.00
Emotionale Sicherheit	4.74	4.39	5.84	.02

Externe Beobachter können anhand verschiedener Merkmale des Therapeutenverhaltens unterscheiden, ob ein Patient mit dem Stundenverlauf zufrieden oder eher unzufrieden ist. Therapeuten von zufriedenen Patienten zeigen sich aufmerksamer und zugewandter (Rapport, $F = 4.84$, $p = .03$). Sie erreichen auf der Gesamtskala der „Therapeutischen Beziehung“ signifikant höhere Werte ($F = 4.85$, $p = .03$) und beziehen sich stärker auf die Ziele des Patienten (Ziel- und Aufgabenorientierung, $F = 6.24$, $p = .02$). Darüber hinaus fördern diese Therapeuten stärker die Auseinandersetzung des Patienten

ten mit dem Problem und können problemnäher arbeiten (Problemaktualisierung, $F = 7.54$, $p = .01$). In der Arbeit mit dem Patienten zeigen sich die Therapeuten von zufriedenen Patienten von außen betrachtet emotional sicherer ($F = 5.84$, $p = .02$). Schließlich sind Aufbau und Ablauf der Stunde bei der zufriedenen Patientengruppe deutlich besser strukturiert (Formale Struktur, $F = 11.66$, $p = .00$).

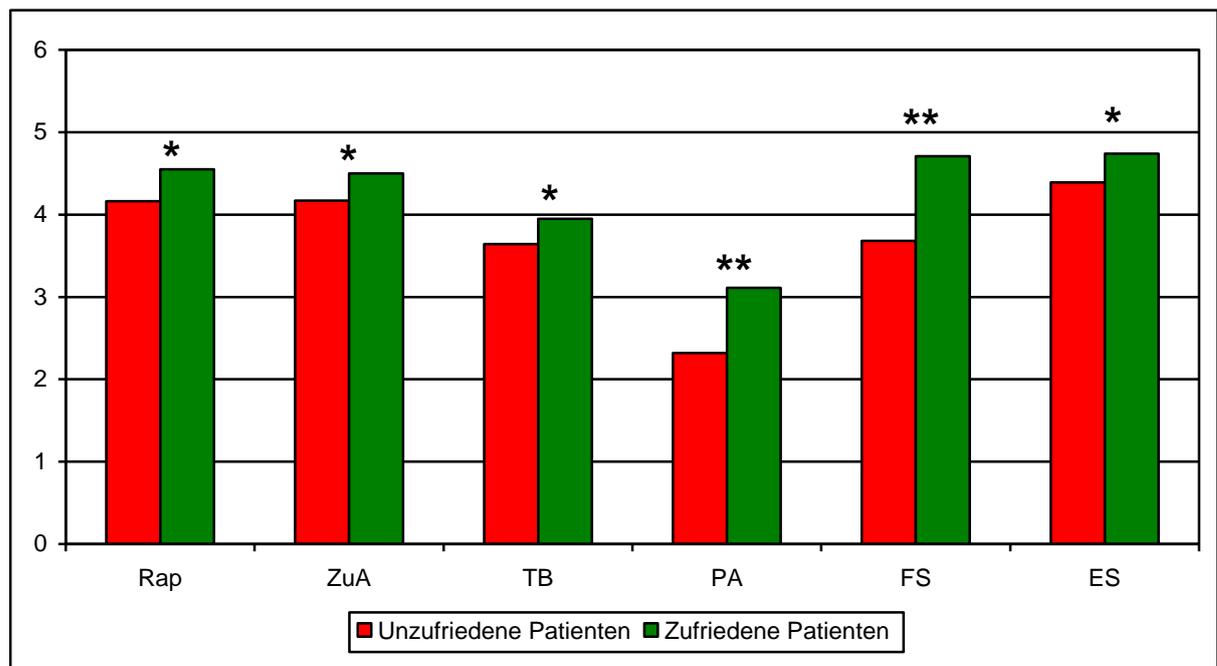


Abb. 9: Beobachtetes Verhalten der Therapeuten bei zufriedenen und unzufriedenen Patienten (Beobachtungsskalen)

Anmerkung: * $p \leq .05$, ** $\leq .01$

Rap = Rapport. ZuA = Ziel- und Aufgabenorientierung. TB = Therapeutische Beziehung. PA = Problemaktualisierung. FS = Formale Struktur. ES = Emotionale Sicherheit

Erwartungsgemäß zeigen sich Therapeuten von zufriedenen Patienten ziel- und aufgabenorientiert, gestalten die therapeutische Beziehung besser und treten emotional sicherer auf. Statt der angenommenen gewichtigeren Arbeit an der Problembewältigung, zeigen sie sich näher am Problem und formal strukturierter.

Zusammenfassung:

In den letzten beiden Abschnitten wurden die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalysen der beiden unabhängigen Faktoren „therapeutische Wirksamkeitserwartung“ und „Patientenzufriedenheit“ dargestellt. Die Gruppen wurden am entsprechenden Medianwert geteilt. Abhängige Faktoren waren jeweils die Skalen des Patienten- und des Therapeuten-Stundenbogens sowie des Beobachtungsbogens.

Therapeuten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Wirksamkeitserwartung. Subjektiv wirksame Therapeuten geben auf allen Skalen des Beurteilungsbogens signifikant höhere Werte an. Ausgenommen sind hier die Skala der Ressourcenaktivierung, die sich nur tendenziell unterscheidet, und die Problemlösung, die in beiden Therapeutengruppe nahezu identisch ist. Patienten machen keine signifikanten Unterschiede in ihrer Stundenbeurteilung zwischen wirksamen und unwirksamen Therapeuten. Die Skalenmittelwerte für die wirksamen Therapeuten liegen jeweils nur geringfügig über denen der subjektiv weniger wirksamen.

Von außen betrachtet, zeigen wirksame Therapeuten eine stärker problembewältigende und ressourcenaktivierende Arbeit. Sie strukturieren ihre Stunde besser, demonstrieren mehr Engagement und wirken insgesamt attraktiver; d. h., sie schaffen mehr Sympathie, wirken wohlwollend und zeigen eine adäquatere therapeutische Haltung.

Zufriedene Patienten unterscheiden sich von unzufriedenen erwartungsgemäß auf allen Skalen der Stundenbeurteilung signifikant voneinander. Aus Sicht der Therapeuten zeichnet sich dies signifikant nur auf der Skala der „Therapeutischen Beziehung“ aus. Tendenzuelle Unterschiede zeigen sich auf der Skala der „Ziel- und Aufgabenorientierung“ sowie der „Problembewältigung“. Externe Beobachter können verschiedene Therapeutenverhaltensmerkmale festmachen, die zur Patientenzufriedenheit beitragen. Eine ziel- und aufgabenorientierte sowie patientenzugewandte Beziehungsgestaltung fördert Patientenzufriedenheit; darüber hinaus die Schaffung von Problemnähe (Problemaktualisierung) und ein formal gut strukturierter Stundenablauf. Auch die Ausstrahlung von emotionaler Sicherheit scheint auf die Stundenzufriedenheit einen Einfluss zu haben.

Ein erstes Zwischenfazit kann gezogen werden: Es gibt erwartungsgemäß bestimmte Kriterien, die zum Aufbau und Stärkung von Patientenzufriedenheit und Wirksamkeitserwartung auf Therapeutenseite beitragen. Diese sollten insbesondere in Ausbildung und Supervision thematisiert, trainiert und überprüft werden.

8.2.4.3 Vergleich der vier Untergruppen

Gehen wir nun noch mehr ins Detail und vergleichen die Untergruppen miteinander. Dass sich zufriedene und unzufriedene Patienten sowie wirksame und unwirksame Therapeuten erwartungsgemäß in ihrer Stundenbeurteilung unterscheiden, wurde bereits gezeigt (vgl. 8.2.4.1 und 8.2.4.2). Auch auf der Verhaltensebene fanden sich Unterschiede.

Können diese Unterschiede nun noch weiter ausgearbeitet werden, wenn man die Gruppe der zufriedenen Patienten sowie der unzufriedenen Patienten getrennt voneinander betrachtet und hier die subjektiv wirksamen mit den eher unwirksamen Therapeuten vergleicht?

Ziel soll es sein, die bisherigen eher groben Ergebnisse aufzusplitten, um sie für die Praxis (Ausbildung, Supervision) – wenn möglich – aussagekräftiger zu machen.

Im ersten Abschnitt sollen die subjektiv wirksamen und unwirksamen Therapeuten (\updownarrow), danach die zufriedenen und unzufriedenen Patienten (\leftrightarrow) näher betrachtet werden und abschließend als Exkurs aufgrund der mangelnden Interaktion die „Extremgruppen“ (grün/rot, 8.2.4.4).

Tab. 27: Verteilung der Stichprobe aufgrund der Therapiezufriedenheit der Patienten und der subjektiv erlebten Wirksamkeit der Therapeuten (Teilung am Median)

		Therapeuten		
		Subjektiv wirksam	Subjektiv unwirksam	
Patienten	Zufrieden	↑ N = 20 ←	→ N = 20 ↑	40
	Unzufrieden	↓ N = 13 ←	→ N = 18 ↓	31
		33	38	71

Die Befunde zeigen, dass der subjektive Eindruck der Therapeuten bezüglich ihrer therapeutischen Wirksamkeit nur zum Teil gerechtfertigt ist, zieht man die Patientenzufriedenheit mit heran.

Was zeigt die weitere Analyse, wodurch sich zufriedene von unzufriedenen Patienten bei Therapeuten, die sich als wirksam oder weniger wirksam erlebt haben, auf der Ebene ihres beobachtbaren Therapeutenverhaltens voneinander unterscheiden?

Wir wollen zunächst die Gruppe der sich als weniger wirksamen Therapeuten betrachten, da diese typischerweise eher mit einem Anliegen in die Supervision kommen, als diejenigen, die sich als wirksam erleben.

„Subjektiv unwirksame Therapeuten“

Die Therapeuten, die sich als subjektiv weniger wirksam erleben, nehmen nur einen Unterschied auf der Beziehungsebene zwischen zufriedenen (N = 20) und unzufriedenen (N = 18) Patienten wahr (Tab. 28). Die Beziehung der Therapeuten zu den unzufriedenen Patienten wird signifikant schlechter wahrgenommen als die von den Therapeuten zu den zufriedenen Patienten ($x_{\text{unzufrieden/unwirksam}} = 4.08$, $x_{\text{zufrieden/unwirksam}} = 4.65$; $F = 10.31$, $p = .00$).

Tab. 28: Statistische Kennwerte der Skalen des Therapeuten-Stundenbogens bei zufriedenen und unzufriedenen Patienten

Skalen	Mittelwert (zufrieden)	Mittelwert (unzufrieden)	F-Wert	p-Wert
Therapeutische Beziehung	4.65	4.08	10.31	.00
Ziel- und Aufgabenorientierung	4.66	4.33	1.94	.17
Problemaktualisierung	1.48	1.28	1.96	.17
Problemklärung	1.43	1.76	2.35	.13
Problembewältigung	1.93	1.78	.070	.41
Ressourcenaktivierung	1.58	1.61	.035	.85

Die zufriedenen Patienten unterscheiden sich von den unzufriedenen Patienten ausgenommen der Skala der „Problemklärung“ auf allen Skalen signifikant in die entsprechende Richtung (Tab. 29). Die Werte der zufriedenen Gruppe liegen deutlich über den Werten der unzufriedenen Gruppe. Die Mittelwerte zur Problemklärung ($x_{\text{unzufrieden/unwirksam}} = 3.72$, $x_{\text{zufrieden/unwirksam}} = 4.15$; $F = 2.29$, $p = .14$) liegen dicht beieinander.

Tab. 29: Statistische Kennwerte der Skalen des Patienten-Stundenbogens bei zufriedenen und unzufriedenen Patienten

Skalen	Mittelwert (zufrieden)	Mittelwert (unzufrieden)	F-Wert	p-Wert
Therapeutische Beziehung	5.37	4.64	21.04	.00
Ziel- und Aufgabenorientierung	5.23	4.41	16.71	.00
Problemaktualisierung	4.41	3.77	6.05	.02
Problemklärung	4.15	3.72	2.29	.14
Problembewältigung	4.84	3.90	14.68	.00
Ressourcenaktivierung	5.20	4.42	14.24	.00

Lassen sich nun bei Therapeuten, die sich als wenig wirkungsvoll erleben, therapeutische Verhaltensmerkmale objektivieren, wenn man zusätzlich noch die Patientenzufriedenheit berücksichtigt?

Tabelle 30 und Abbildung 13 zeigen, dass dies möglich ist (nicht signifikante Ergebnisse sind im Anhang B 23 dargestellt):

Tab. 30: Statistische Kennwerte der Merkmale des Verhaltens-Ratingbogens in Bezug auf den Vergleich von zufriedenen und unzufriedenen Patienten (Untergruppe „subjektiv unwirksame Therapeuten“)

Skalen	Mittelwert (zufrieden)	Mittelwert (unzufrieden)	F-Wert	p-Wert
Einfühlung	4.68	4.19	3.82	.06
Rapport	4.51	3.98	4.29	.05
Therapeutic bond	4.60	4.08	4.44	.04
Ziel- und Aufgabenorientierung	4.49	3.99	5.84	.02
Therapeutische Beziehung	3.97	3.50	4.85	.03
Problemaktualisierung	3.06	2.34	2.91	.10
Problembewältigung	2.65	1.80	3.68	.06
Formale Struktur	4.65	3.14	10.90	.00
Inhaltliche Struktur	4.48	3.53	5.32	.03
Sachkompetenz	4.60	3.89	5.21	.03
Handlungskompetenz	4.40	3.47	4.51	.04
Emotionale Sicherheit	4.80	4.19	7.69	.01
Angemessenes Rollenverhalten	4.86	4.50	3.32	.08
Gesamtskala Expertise	4.67	4.01	5.97	.02

Auf der Beziehungsebene unterscheiden sich Therapeuten von zufriedenen und unzufriedenen Patienten in ihrem „Einfühlungsvermögen“ ($F = 3.82$, $p = .06$), „Rapport“ ($F = 4.29$, $p = .05$) und „Ziel- und Aufgabenorientierung“ ($F = 5.84$, $p = .02$). Sowohl die „Problemaktualisierung“ ($F = 2.91$, $p = .10$) als auch die „Problembewältigung“ ($F = 3.68$, $p = .06$) zeigen tendenziell signifikante Unterschiede. In der allgemeinen Wirkung der Therapeuten zeigt sich eine klare Differenz in der Strukturierung der Stunde zwischen den beiden Gruppen. Die Stunde der zufriedenen Patienten wirkt von außen betrachtet deutlich strukturierter – sowohl formal ($F = 10.90$, $p = .00$) als auch inhaltlich ($F = 5.32$, $p = .03$). Sowohl die „Sach-“ ($F = 5.21$, $p = .03$) als auch die Handlungskompetenz“ ($F = 4.51$, $p = .04$) scheinen bei den Therapeuten der zufriedenen Patienten stärker ausgeprägt zu sein. Des Weiteren erkennt man eine deutlich stärkere „emotionale Sicherheit“ bei den Therapeuten der zufriedenen Patienten ($F = 7.69$, $p = .01$), obwohl

sie selbst dies nicht so empfinden (fühlen sich „unwirksam“). Beide Therapeutengruppen halten ihre therapeutische Rolle gut ein, diejenigen der zufriedenen Patienten tendenziell jedoch signifikant besser ($F = 3.32, p = .08$).

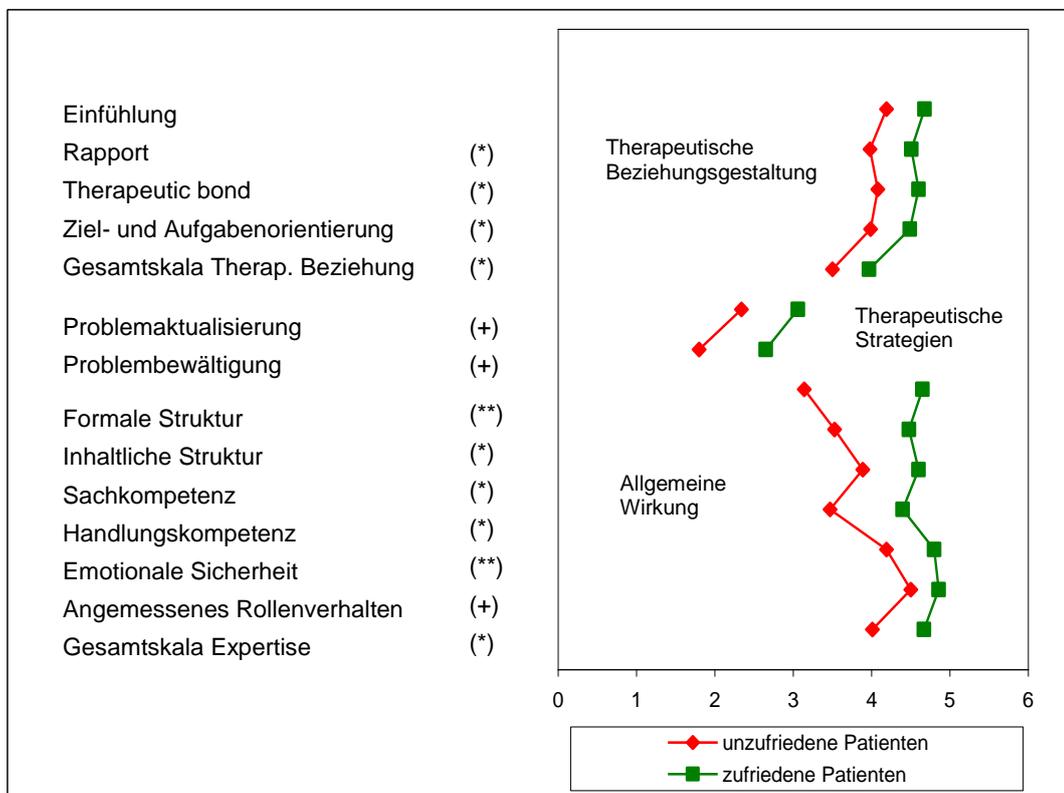


Abb. 10: Vergleich von zufriedenen und unzufriedenen Patienten auf den Skalen des Beobachtungsbogens (Untergruppe „subj. unwirksame Therapeuten“)

Anmerkung: * $p \leq .05$, ** $\leq .01$, + $\leq .1$

„Subjektiv wirksame Therapeuten“

Auch in dieser Untergruppe ist von Interesse, wie sich die unzufriedenen Patienten von den zufriedenen unterscheiden, da diese Therapeuten die Unzufriedenheit ihrer Patienten anscheinend nicht wahrnehmen. Betrachtet man die Therapeutenurteile, so lassen sich kaum signifikante Unterschiede finden (Tab. 31). Dies ist verständlich, da sich die Therapeuten von beiden Patientengruppen als wirksam wahrnehmen. Interessant ist das Ergebnis, dass die Therapeuten der unzufriedenen Patienten die therapeutische Beziehung signifikant schlechter bewerten ($x_{\text{unzufrieden/wirksam}} = 4.50, x_{\text{zufrieden/wirksam}} = 5.00; F = 5.83, p = .02$).

Tab. 31: Statistische Kennwerte der Skalen des Therapeuten-Stundenbogens bei zufriedenen und unzufriedenen Patienten

Skalen	Mittelwert (zufrieden)	Mittelwert (unzufrieden)	F-Wert	p-Wert
Therapeutische Beziehung	5.00	4.50	5.83	.02
Ziel- und Aufgabenorientierung	5.08	4.92	1.94	.40
Problemaktualisierung	1.82	1.70	1.96	.53
Problemklärung	1.58	1.73	2.35	.55
Problembewältigung	2.28	1.96	.070	.18
Ressourcenaktivierung	1.87	1.77	.035	.66

Die Patienten unterscheiden sich entsprechend ihrer Zufriedenheitseinstufung auf allen Skalen des Patienten-Stundenbogens. Zufriedene Patienten geben deutlich höhere Skalenwerte an als die unzufriedenen Patienten (vgl. Tab. 32).

Tab. 32: Statistische Kennwerte der Skalen des Patienten-Stundenbogens bei zufriedenen und unzufriedenen Patienten

Skalen	Mittelwert (zufrieden)	Mittelwert (unzufrieden)	F-Wert	p-Wert
Therapeutische Beziehung	5.41	4.93	6.34	.02
Ziel- und Aufgabenorientierung	5.28	4.60	9.54	.00
Problemaktualisierung	4.72	3.57	11.05	.00
Problemklärung	4.65	3.29	20.79	.00
Problembewältigung	5.10	3.73	28.51	.00
Ressourcenaktivierung	5.21	4.42	13.43	.00

Woran können Außenstehende Unterschiede im therapeutischen Handeln bei zufriedenen und unzufriedenen Patienten erkennen?

Aus der Beobachterperspektive zeigen sich lediglich Unterschiede auf der therapeutischen Verhaltensebene der „Problemaktualisierung“ ($x_{\text{unzufrieden/wirksam}} = 2.29$, $x_{\text{zufrieden/wirksam}} = 3.16$; $F = 4.73$, $p = .04$) und der „Handlungskompetenz“ ($x_{\text{unzufrieden/wirksam}} = 4.65$, $x_{\text{zufrieden/wirksam}} = 3.98$; $F = 4.10$, $p = .05$) (vgl. Anhang B, Tab. B24). Interessant ist, dass die Therapeuten der unzufriedenen Patienten, handlungskompetenter eingestuft werden, als die der zufriedenen Patienten. Ein kompatibles Ergebnis wird sich bei der Betrachtung der nun folgenden unzufriedenen Patientengruppe zeigen.

„Unzufriedene Patienten“

Die Betrachtung der Gruppe der „unzufriedenen Patienten“ ist im Hinblick auf Veränderungen des therapeutischen Handelns wichtig. Wie wir bereits gesehen haben, lassen sich Unterschiede im therapeutischen Handeln bei zufriedenen und unzufriedenen Patienten sowohl aus deren Sicht als auch aus der Beobachtersicht feststellen (vgl. 8.2.4.2). Junge Therapeuten nehmen kaum differenziert wahr, ob Patienten eher zufrieden oder unzufrieden mit ihrer therapeutischen Arbeit sind. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, gerade die Therapeuten zu betrachten, die sich trotz Unzufriedenheit auf Patientenseite als wirksam erleben (Tab. 33). Die Gefahr des Therapieabbruchs erscheint hier am höchsten. Inwiefern ist diese Art von eigener „Überschätzung“ abbildbar?

Tab. 33: Statistische Kennwerte der Merkmale des Therapeuten-Stundenbogens in Bezug auf den Vergleich von subjektiv wirksamen und unwirksamen Therapeuten (Untergruppe „unzufriedene Patienten“)

Skalen	Mittelwert (subj. wirksam)	Mittelwert (subj. unwirksam)	F-Wert	p-Wert
Therapeutische Beziehung	4.49	4.08	2.55	.12
Ziel- und Aufgabenorientierung	4.92	4.33	3.56	.07
Problemaktualisierung	1.70	1.28	5.31	.03
Problemklärung	1.76	1.73	.018	.89
Problembewältigung	1.96	1.78	.59	.45
Ressourcenaktivierung	1.76	1.61	.43	.52

Anhand der therapeutischen Stundenbeurteilung zeigen die Daten in die bislang bekannte Richtung, dass sich die als wirksam erlebenden Therapeuten auf den Skalen des Therapeuten-Stundenbogens höher einstufen. Lediglich der Mittelwertsunterschied auf der Skala der „Problemaktualisierung“ ist hier jedoch signifikant ($F = 5.31$, $p = .03$). Die beiden Therapeutengruppen liegen hier also dichter beieinander als dies bei den zufriedenen Patienten später der Fall sein wird.

Die Patienten selbst erleben in ihrer Unzufriedenheit die Therapeuten nicht unterschiedlich. Keiner der Mittelwertunterschiede erweist sich als signifikant (vgl. Anhang B, Tab. B25).

Anders sieht dies nun aus der Beobachterperspektive aus. Die Therapeuten, die sich selbst als wirksam erleben, werden auch von Außen deutlich anders wahrgenommen als die Therapeuten, die sich weniger wirksam erleben. Tabelle 34 gibt die signifikanten

und tendenziell signifikanten Ergebnisse wieder, Abbildung 14 die graphische Darstellung (nicht signifikante Werte vgl. Anhang B, Tab. B26):

Tab. 34: Statistische Kennwerte der Merkmale des Verhaltens-Beurteilungsbogens in Bezug auf den Vergleich von subjektiv wirksamen und unwirksamen Therapeuten (Untergruppe „unzufriedene Patienten“)

Skalen	Mittelwert (subj. wirksam)	Mittelwert (subj. unwirksam)	F-Wert	p-Wert
Ziel- und Aufgabenorientierung	4.41	3.99	3.32	.08
Problembewältigung	3.19	1.80	12.22	.00
Formale Struktur	4.42	3.14	5.32	.03
Inhaltliche Struktur	4.62	3.53	6.67	.02
Engagement	4.65	3.94	4.66	.04
Gesamtskala Attraktivität	4.65	4.20	3.40	.08
Sachkompetenz	4.50	3.89	2.94	.10
Handlungskompetenz	4.65	3.47	6.00	.02
Emotionale Sicherheit	4.65	4.19	3.24	.08
Gesamtskala Expertise	4.66	4.01	4.91	.04

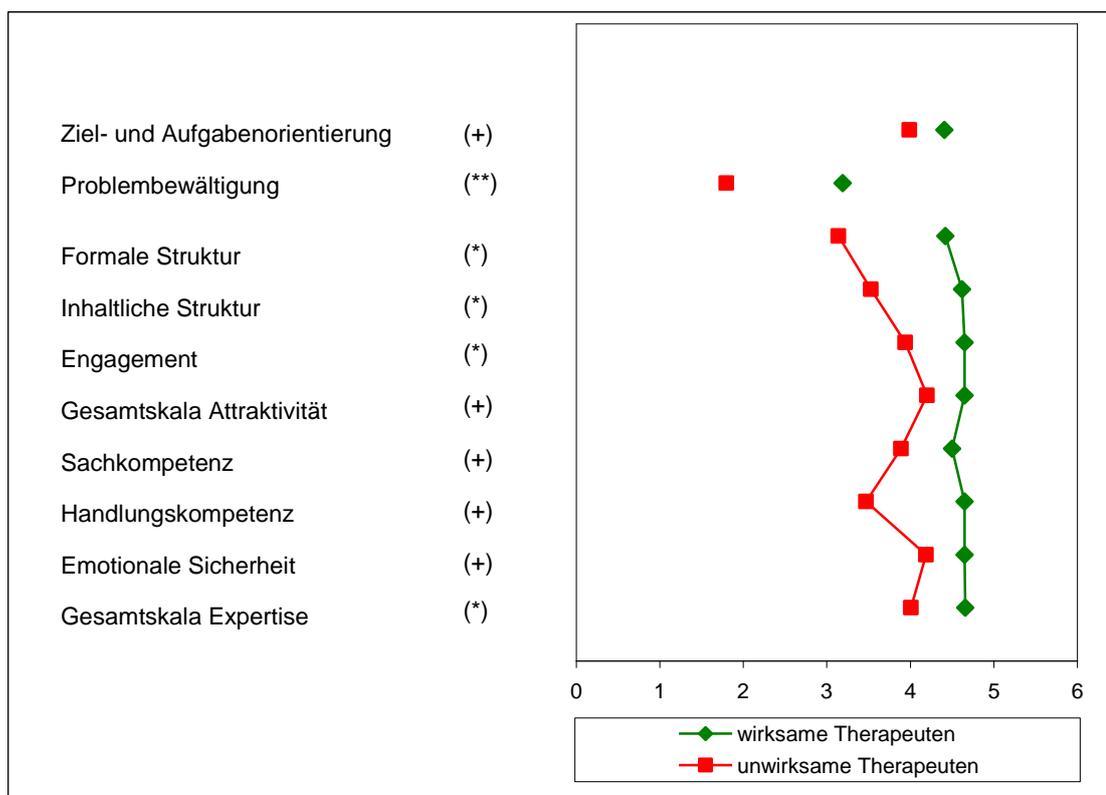


Abb. 11: Vergleich von subjektiv wirksamen und unwirksamen Therapeuten auf den Skalen des Ratingbogens (Untergruppe „unzufriedene Patienten“)

Anmerkung: * $p \leq .05$, ** $\leq .01$, + $\leq .1$

Sich als wirksam erlebende Therapeuten werden durchaus von außen betrachtet auch so wahrgenommen und im Vergleich zu den sich als weniger wirksame erlebenden Therapeuten positiver beurteilt.

Sie zeigen sich sowohl inhaltlich ($F = 6.67$, $p = .0$) als auch formal ($F = 5.32$, $p = .02$) strukturierter; wirken engagierter ($F = 4.66$, $p = .03$) und als Therapeut ansprechender (Gesamtskala Attraktivität $F = 3.40$, $p = .08$). Diese Therapeutengruppe wirkt sach- und handlungskompetenter ($F = 2,94$, $p = .10$; $F = 6.00$, $p = .02$), tendenziell emotional sicherer ($F = 3.24$, $p = .08$) und strahlt insgesamt mehr Expertise ($F = 4.91$, $p = .04$) aus. Warum Patienten nun trotzdem unzufrieden sind, soll im nächsten Kapitel diskutiert werden.

„Zufriedene Patienten“

Die Gruppe derjenigen Therapeuten erscheint hier interessant, die zwar zufriedene Patienten haben, sich selbst aber eher als unwirksam erleben.

Worin unterscheiden sich diese Therapeuten von den sich als wirksam erlebenden? Die sich als unwirksam erlebenden Therapeuten geben an, dass sie im Vergleich mit den sich als wirksam erlebenden Therapeuten eine weniger gute Beziehung zum Patienten halten ($F = 7.01$, $p = .01$; vgl. Tab. 35).

Tab. 35: Statistische Kennwerte der Merkmale des Therapeuten-Stundenbogens in Bezug auf den Vergleich von wirksamen und unwirksamen Therapeuten (Untergruppe „zufriedene Patienten“)

Skalen	Mittelwert (subj. wirksam)	Mittelwert (subj. unwirksam)	F-Wert	p-Wert
Therapeutische Beziehung	5.00	4.66	7.01	.01
Ziel- und Aufgabenorientierung	5.08	4.67	10.28	.00
Problemaktualisierung	1.82	1.48	5.58	.02
Problemklärung	1.58	1.43	.422	.55
Problembewältigung	2.28	1.93	4.33	.04
Ressourcenaktivierung	1.87	1.58	2.81	.10

Des Weiteren würden sie nicht so ziel- und aufgabenorientiert arbeiten ($F = 10.28$, $p = .00$), seien nicht so nah am Problem (Problemaktualisierung, $F = 5.58$, $p = .02$) und würden weniger zur „Problembewältigung“ beitragen ($F = 4.33$, $p = .04$).

Wie schon bei der Betrachtung der Gesamtgruppe sehen Patienten kaum einen Unterschied zwischen den beiden Therapeutengruppen (vgl. Anhang B, Tab. B27). Interes-

sant ist hier jedoch der signifikante Unterschied auf der Skala der „Problemklärung“. Die Patienten von den sich als wirksam erlebenden Therapeuten geben eine stärkere Problemklärungsarbeit an ($x_{\text{unwirksam}} = 4.15$, $x_{\text{wirksam}} = 4.65$, $F = 4.56$, $p = .04$). Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass wirksame Therapeuten stärker bemüht sind, Verhaltens- und Denkmuster zu klären, obwohl sie dies selbst nicht wahrnehmen.

Aus der Beobachterperspektive kann lediglich nur ein Unterschied zwischen den beiden Therapeutengruppen wahrgenommen werden (vgl. Anhang B, Tab. B28). Die sich als wirksam erlebenden Therapeuten zeigen tendenziell mehr Ressourcenaktivierung als die eher unwirksamen Therapeuten ($x_{\text{unwirksam}} = 1.70$, $x_{\text{wirksam}} = 2.35$, $F = 3.15$, $p = .08$).

Zusammenfassung des Vergleiches der vier Untergruppen

In der Gruppe der sich als weniger wirksam erlebenden Therapeuten zeigen sich entsprechend der Zufriedenheitseinstufung deutliche Unterschiede auf allen Skalen des Patientenbogens. Die Therapeuten der zufriedenen Patienten geben eine positivere Beziehung zu ihren Patienten an als die Therapeuten der unzufriedenen Patienten. Ansonsten erkennen sie aufgrund ihrer geringen Wirksamkeitserwartung nicht, dass sie eigentlich gute Arbeit leisten. Dafür kann dies aber nun aus der Beobachtersicht an vielen Punkten der Beziehungsgestaltung, dem Einsatz therapeutische Strategien sowie der allgemeinen Wirkung festgemacht werden.

Betrachtet man die Gruppe der sich als „wirksam erlebenden“ Therapeuten, so ist es wichtig, das Patientenurteil hinzuzuziehen, um Verhalten korrigieren zu können. Die Therapeuten selbst nehmen nur eine Differenz in der Beziehungsbewertung wahr, während die Patienten dies in allen Bereichen des Stundenbeurteilungsbogens tun. Externe Beobachter nehmen bei den unzufriedenen Patienten weniger problemaktualisierende Arbeit der Therapeuten sowie eine verstärkte Handlungskompetenz wahr. Dies könnte die These stützen, dass die Therapeuten der unzufriedenen Patientengruppe in der Problemarbeit zu schnell voranschreiten.

In der Gruppe der unzufriedenen Patienten nehmen diese erneut keine Unterschiede in Abhängigkeit von der Wirksamkeitserwartung der Therapeuten wahr. Auch die Unterschiede zwischen sich als wirksam und unwirksam erlebenden Therapeuten sind nicht so deutlich. Die Werte liegen dichter beieinander und unter den Stundenbeurteilungswerten der zufriedenen Patientengruppe. Dass die Patienten unzufrieden sind, scheint also durchaus wahrgenommen zu werden. Die externen Beobachter können allerdings deutliche Unterschiede zwischen den beiden Therapeutengruppen feststellen. Insbe-

sondere auf der Ebene der „allgemeinen Wirkung“ scheinen die Therapeuten, die sich selbst als wirkungsvoll erleben den anderen Therapeuten überlegen zu sein. Die Beobachter konnten in diesem Fall das negative Bild der Patienten („unzufriedene Gruppe“) nicht bestätigen. Der Einbezug des Patientenurteils ist an dieser Stelle besonders wichtig.

Zufriedene Patienten machen nur eine Unterscheidung in ihrer Stundenbeurteilung abhängig von der Wirksamkeitserwartung der Therapeuten. Die Gruppe der Patienten von sich als wirksam erlebenden Therapeuten berichten von einer stärkeren problemklärenden Arbeit als die der eher unwirksamen Therapeuten. Die sich als weniger wirksam erlebenden Therapeuten geben in ihrer Stundenbeurteilung an, dass ihre Beziehung zum Patienten schlechter ist und sie weniger ziel- und aufgabenorientiert, problemaktualisierend sowie problembewältigend arbeiten, obwohl dies die Patienten nicht so empfinden. Auch aus der Außenperspektive sind diese Unterschiede nicht zu beobachten.

Wenden wir uns nun abschließend im Exkurs den beiden Extremgruppen zu.

8.2.4.4 Exkurs: Vergleich der „Extremgruppen“

Wir sprechen von einem „Exkurs“ der Ergebnisse, weil dieser Gruppenvergleich statistisch zunächst nicht vertretbar ist. Notwendige Interaktionseffekte zwischen der subjektiven Wirksamkeitserwartung auf Therapeutenseite und der Patientenzufriedenheit fehlen (vgl. 8.2.4), so dass der Vergleich der gekreuzten Gruppen nicht sinnvoll erscheint. Bezogen auf die Praxis der Ausbildung sowie auf die Durchführung von Psychotherapien allgemein hat sich aber gezeigt, dass die Passung zwischen Patient und Therapeut einen wichtigen Aspekt im Hinblick auf den Therapieerfolg darstellt (z. B. Howard & Orlinsky, 1987; Orlinsky et al., 1994). Deshalb sollen auch hier die beiden Gruppen, bei denen die Passung einerseits positiv, andererseits negativ übereinstimmt, betrachtet werden.

Gruppe A sind die zufriedenen Patienten mit sich als wirksam erlebenden Therapeuten (günstige Passung; N = 20) und Gruppe B sind die eher unzufriedenen Patienten mit sich als eher unwirksam erlebenden Therapeuten (ungünstige Passung; N = 18) (vgl. Tab. 36).

Tab. 36: Verteilung der Stichprobe aufgrund der Therapiezufriedenheit der Patienten und der subjektiv erlebten Wirksamkeit der Therapeuten (Teilung am Median)

		Therapeuten		
		Subjektiv wirksam	Subjektiv unwirksam	
Patienten	Zufrieden	N = 20 Gruppe A	N = 20	40
	Unzufrieden	N = 13	N = 18 Gruppe B	31
		33	38	71

Wie man aus den folgenden Ergebnissen bezüglich des Therapeuten-Stundenbogens sehen kann, ist das Patientenurteil wiederum unumgänglich, da die Beurteilungen der Therapeuten der beiden Gruppen sich nicht so deutlich unterscheiden, wie dies die Patientenurteile tun (Tab. 37). Die Therapeuten nehmen durchaus deutliche Unterschiede in der „therapeutischen Beziehung“ wahr ($F = 24.32$, $p = .00$). Auch in der „Ziel- und Aufgabenorientierung“ ($F = 10.67$, $p = .00$), „Problemaktualisierung“ ($F = 11.16$, $p = .00$) und „Problembewältigung“ ($F = 7.77$, $p = .01$) unterscheiden sich die Urteile hochsignifikant.

Tab. 37: Statistische Kennwerte der Merkmale des „Therapeuten-Stundenbogens“ in Bezug auf den Vergleich der beiden Extremgruppen

Skalen	Mittelwert (Gruppe A) Günstige Passung	Mittelwert (Gruppe B) Ungünstige Passung	F-Wert	p-Wert
Therapeutische Beziehung	5.00	4.08	24.32	.00
Ziel- und Aufgabenorientierung	5.08	4.33	10.67	.00
Problemaktualisierung	1.82	1.28	11.16	.00
Problemklärung	1.58	1.76	.74	.40
Problembewältigung	2.28	1.78	7.77	.01
Ressourcenaktivierung	1.87	1.61	1.55	.22

Nahezu identische Werte zeigen sich auf den Skalen der „Problemklärung“ ($x_{\text{Gruppe A}} = 1.58$, $x_{\text{Gruppe B}} = 1.76$) und der „Ressourcenaktivierung“ ($x_{\text{Gruppe A}} = 1.87$, $x_{\text{Gruppe B}} = 1.61$). Wie man auch in Abbildung 15 erkennen kann, geben die Therapeuten der Gruppe B sogar einen leicht höheren Wert auf der Skala der „Problemklärung“ an als die der Gruppe A.

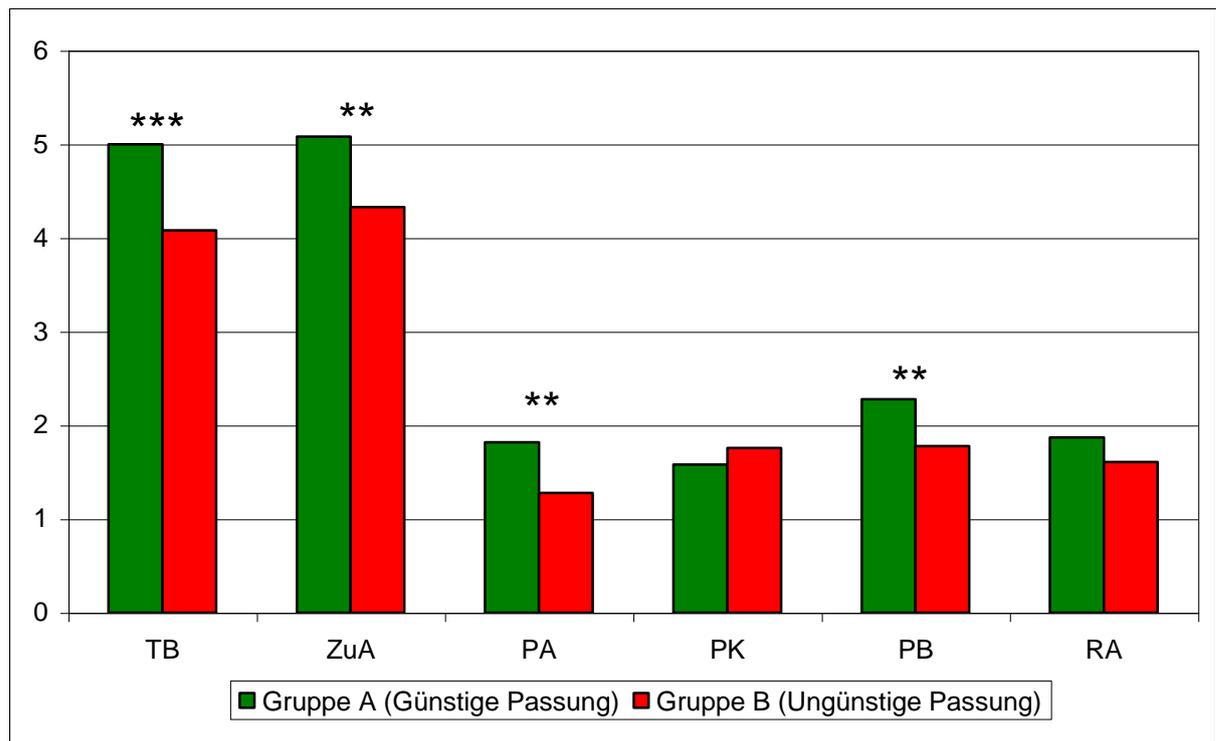


Abb. 12: Vergleich von Gruppe A und Gruppe B auf den Skalen des Therapeuten-Stundenbogens

Anmerkungen: * $p \leq .05$. ** $\leq .01$. *** $\leq .001$

TB = Therapeutische Beziehung. ZuA = Ziel- und Aufgabenorientierung. PA = Problemaktualisierung. PK = Problemklärung. PB = Problembewältigung. RA = Ressourcenaktivierung

Dies könnte mit dem Gefühl ihrer mangelnden Wirksamkeit in Zusammenhang stehen, problematische Beziehungen noch nicht genügend geklärt zu haben und dadurch noch zu wenig problembewältigende Arbeit leisten zu können.

Aus Patientensicht ist jedoch auch die problemklärende Arbeit ein wichtiges Element, um sich in ihrer Problematik verstanden zu fühlen. Die zufriedenen Patienten geben zumindest höhere Werte auf der Skale der Problemklärung an als die unzufriedenen Patienten.

Entsprechend der bislang dargestellten Ergebnisse auf der Basis der Gruppeneinteilung anhand der „Patientenzufriedenheit“ unterscheiden sich diese beiden Gruppen auf allen Skalen des Patientenbogens sehr deutlich (Tab. 38).

Tab. 38: Statistische Kennwerte der Merkmale des „Patienten-Stundenbogens“ in Bezug auf den Vergleich der beiden Extremgruppen

Skalen	Mittelwert (Gruppe A)	Mittelwert (Gruppe B)	F-Wert	p-Wert
	Günstige Passung	Ungünstige Passung		
Therapeutische Beziehung	5.41	4.64	21.44	.00
Ziel- und Aufgabenorientierung	5.28	4.41	21.48	.00
Problemaktualisierung	4.72	3.77	13.53	.00
Problemklärung	4.65	3.72	12.34	.00
Problembewältigung	5.06	3.90	27.29	.00
Ressourcenaktivierung	5.21	4.42	16.41	.00

Die Patienten der Gruppe A, also die zufriedenen Patienten mit sich als wirksam erlebenden Therapeuten, geben auf allen Skalen hochsignifikant höhere Werte an als die unzufriedenen Patienten (Abb. 16). Dieses Ergebnis erscheint zunächst erneut trivial, lässt aber Aussagen diesbezüglich zu, was Therapeuten von unzufriedenen Patienten verändern können, um die Zufriedenheit zu steigern.

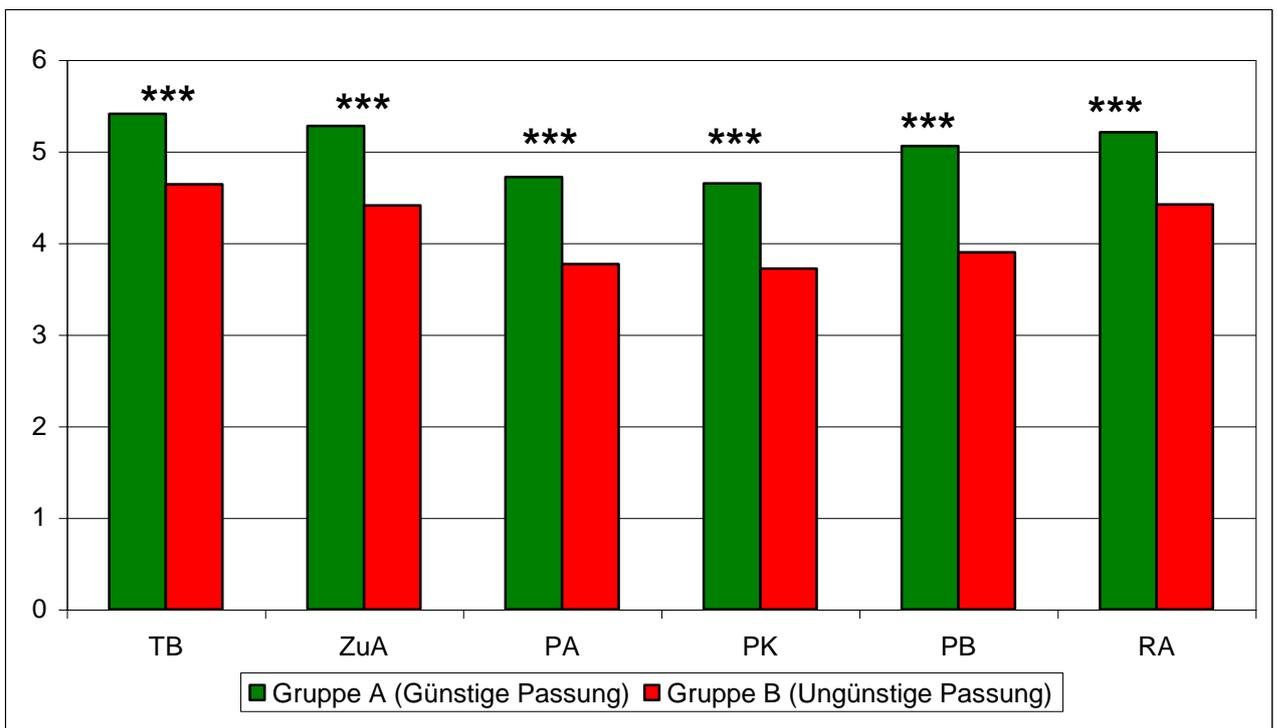


Abb. 13: Vergleich von Gruppe A und Gruppe B auf den Skalen des Patienten-Stundenbogens

Anmerkungen: * $p \leq .05$, ** $\leq .01$, *** $\leq .001$

TB = Therapeutische Beziehung, ZuA = Ziel- und Aufgabenorientierung, PA = Problemaktualisierung, PK = Problemklärung, PB = Problembewältigung, RA = Ressourcenaktivierung

Welche Unterschiede im Therapeutenverhalten der beiden Gruppen lassen sich von außen beobachten?

Tabelle 39 gibt alle signifikanten und tendenziell signifikanten Ergebnisse wieder (nicht signifikante Werte vgl. Anhang B, Tab. B29). Es lassen sich Unterschiede auf allen vier Ebenen des Beurteilungsbogens (Therapeutische Beziehungsgestaltung, Therapeutische Strategien, Struktur, Allgemeine Wirkung) beobachten.

Tab. 39: Statistische Kennwerte der Merkmale des Beobachtungsbogens in Bezug auf den Vergleich der beiden Extremgruppen

Skalen	Mittelwert (Gruppe A)	Mittelwert (Gruppe B)	F-Wert	p-Wert
	Günstige Passung	Ungünstige Passung		
Rapport	4.60	3.98	5.54	.02
Therapeutic bond	4.55	4.08	3.90	.06
Ziel- und Aufgabenorientierung	4.51	3.99	8.23	.01
Therapeutische Beziehung	3.94	3.50	4.54	.04
Problemaktualisierung	3.16	2.34	4.42	.04
Problembewältigung	2.99	1.80	10.02	.00
Ressourcenaktivierung	2.35	1.70	4.25	.05
Formale Struktur	4.78	3.14	15.31	.00
Sympathie	4.60	4.11	3.07	.09
Engagement	4.60	3.94	5.81	.02
Auftreten	4.90	4.56	6.48	.02
Gesamtskala Attraktivität	4.70	4.20	5.88	.02
Vertrauenswürdigkeit	4.63	4.22	3.34	.08
Emotionale Sicherheit	4.68	4.19	5.54	.02
Angemessenes Rollenverhalten	4.83	4.50	3.94	.06
Gesamtskala Expertise	4.45	4.01	3.25	.08

Die Therapeuten der Gruppe mit der günstigeren Passung (A) zeichnen sich im beobachtbaren Verhalten u. a. dadurch aus, dass sie ihre Beziehung vertrauensvoll-emotionaler gestalten. Sie scheinen aufmerksamer zuzuhören und dem Patienten gegenüber aufgeschlossener zu sein (Rapport; $F = 5.54$, $p = .02$). Der deutlichste Unterschied in der Beziehungsgestaltung zeigt sich auf der Skala der „Ziel- und Aufgabenorientierung“ ($F = 8.23$, $p = .01$). Wirksame Therapeuten von zufriedenen Patienten fragen zielorientierter und lenken die Aufmerksamkeit zielgerichteter. Sie wirken sympathischer ($F = 3.07$, $p = .09$), zeigen sich wohlwollend engagierter ($F = 5.81$, $p = .02$), treten

therapeutengerecht auf ($F = 6.48, p = .02$) und erscheinen emotional sicherer ($F = 5.54, p = .02$).

Die Profildarstellung (Abb. 14) veranschaulicht dies sehr gut:

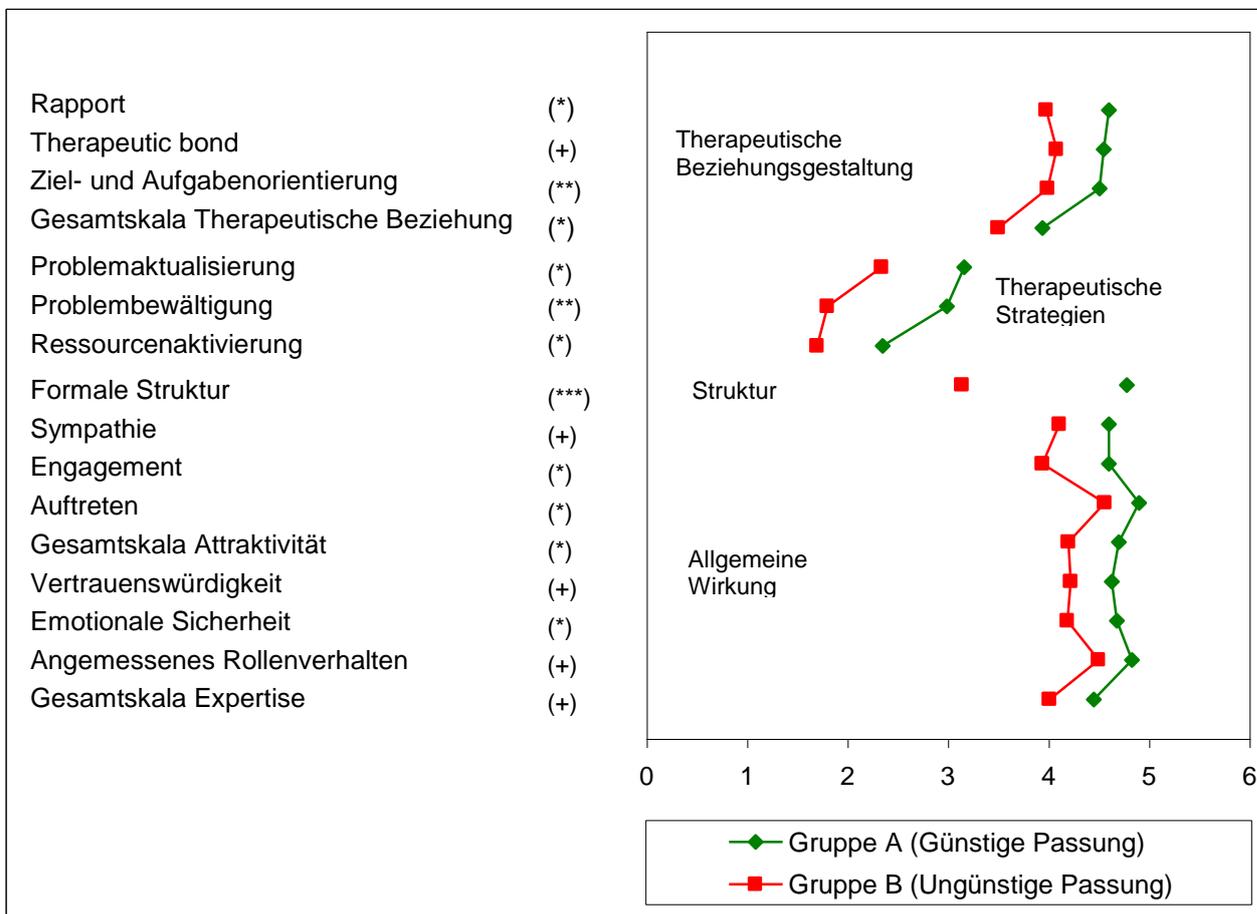


Abb. 14: Vergleich von Gruppe A und Gruppe B bezüglich der Wirkweise kongruenter Therapeuten-Patienten-Paare aus der Beobachtersicht (Beobachtungsskalen)

Anmerkung: * $\leq .05$. ** $\leq .01$. *** $\leq .001$. + $\leq .1$

Auf der Ebene der therapeutischen Arbeit (Einsatz von therapeutischen Strategien) führen die Therapeuten der Gruppe A ihre Patienten näher an das Problem (Problemaktualisierung, $F = 4.42, p = .04$) heran, ermuntern sie stärker zur Nutzung ihrer Ressourcen (Ressourcenaktivierung, $F = 4.25, p = .05$) und arbeiten deutlich intensiver an der „Problembewältigung“ ($F = 10.02, p = .00$).

Auffällig und ein eindeutiges Ergebnis ist der Unterschied auf der Skala der „formalen Struktur“. Die beiden Gruppen unterscheiden sich hier um über einen Skalenpunkt ($x_{\text{Gruppe A}} = 4.78, x_{\text{Gruppe B}} = 3.14$). Die wirksamen Therapeuten von zufriedenen Patienten sorgen für einen klareren Stundenablauf, geben genauere Aufgabenstellungen vor und nehmen eine deutlichere Leitungsrolle ein ($F = 15.31, p = .00$).

Anhand dieser Ergebnisse aus der Verhaltensbeobachtung und dem Wissen um die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit von Patienten können hilfreiche Ableitungen für die Supervision gemacht werden. Diese werden im letzten Kapitel „Implikationen für die Praxis“ nochmals dargestellt.

Zusammenfassung

In diesem Abschnitt wurden die beiden Extremgruppen (günstige bzw. ungünstige Passung von Therapeut und Patient) dieser Untersuchung miteinander verglichen, um Aussagen für eine kriterienorientierte Supervision machen zu können.

Die Therapeuten unterscheiden sich deutlich voneinander - ausgenommen den beiden Einschätzungen der Problemklärung und Ressourcenaktivierung. Hier liegen die beiden Therapeutengruppen auf ähnlichem Niveau. Abweichend zur Einschätzung der Patienten geben die sich als eher unwirksam erlebenden Therapeuten eine stärkere problemklärende Arbeit an als die sich als wirkungsvoll erlebenden Therapeuten. Die Patientengruppe unterscheidet sich erwartungsgemäß auf allen Skalen ihres Beurteilungsbogens deutlich.

Aus der Beobachtersicht zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen der Gruppe mit der günstigeren Passung (A) und Gruppe B auf allen Beurteilungsebenen. Die Therapeuten zeigen bessere Fertigkeiten im Beziehungsaufbau (Rapport, Ziel- und Aufgabenorientierung). Sie sind näher am Problem (Problemaktualisierung), helfen stärker bei der Problembewältigung mit und nutzen die Ressourcen des Patienten besser. Ein entscheidender Unterschied ist die formale Strukturierung der Stunde. Dies gelingt den sich als wirkungsvoll erlebenden Therapeuten von zufriedenen Patienten besser. Allgemein wirken diese Therapeuten attraktiver (also als Therapeut ansprechender) und strahlen eine höhere Expertise aus.

9 Diskussion

Ziel dieser Untersuchung war es, im Sinne der Qualitätssicherung Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität des postgradualen Weiterbildungsstudienganges „Psychologische Psychotherapie (Schwerpunkt Verhaltenstherapie)“ an der Justus-Liebig-Universität Gießen aus verschiedenen Perspektiven zu erfassen. Es sollte u. a. geklärt werden, ob Therapeuten ihr eigenes therapeutisches Handeln patientengerecht einschätzen können; ihr Urteil ein geeignetes Abbild des Behandlungsverlaufs für die Supervision darstellt und inwiefern Differenzen optimal in der Supervision genutzt und verändert werden können.

Die Arbeit sollte einerseits einen Beitrag zur Qualitätssicherung des Gießener Weiterbildungsstudienganges leisten (Prozess- und Ergebnisqualität), andererseits Anregungen für die Gestaltung von Ausbildungselementen, insbesondere der Ausbildungssupervision geben (Strukturqualität).

Im deutschsprachigen Bereich steckt die Beforschung der psychotherapeutischen Ausbildung noch sehr in den Kinderschuhen. Nicht zuletzt wegen steigender Ausbildungsteilnehmerzahlen und steigendem Bedarf an therapeutischer Unterstützung in der Bevölkerung ist es notwendig, diesen Ausbildungsbereich näher zu betrachten, ihn wissenschaftlich zu durchleuchten, Ausbildung zu evaluieren und die Qualität von Ausbildung und dadurch von der Behandlung selbst kontinuierlich zu festigen bzw. zu verbessern. Aus diesem Grund zeigt sich das Gießener Ausbildungsinstitut schon seit vielen Jahren sehr offen für wissenschaftliche Untersuchungen, insbesondere im Bereich der Supervisions- und Selbsterfahrungsforschung. Ein Fortschritt wäre es, wenn mit der vorliegenden Arbeit kriterienorientierte Supervision weiter verbessert werden könnte, bestimmte therapeutische Kompetenzen verstärkt in der Ausbildung geschult würden und letztendlich Wirksamkeitserwartung und professionelle Sicherheit auf Therapeuten- sowie die Behandlungszufriedenheit auf Patientenseite gesteigert werden könnten.

Bevor einzelne Ergebnisse der Arbeit inhaltlich diskutiert werden, sollen zunächst mögliche Kritikpunkte und methodische Probleme bezüglich Versuchsdesign und Durchführung der Untersuchung geklärt werden.

9.1. Kritische Punkte der Untersuchung und Methodische Probleme

Kritische Punkte der Untersuchung

Einige Aspekte des Untersuchungsdesigns machen die Generalisierbarkeit der Ergebnisse fragwürdig.

Ein Kritikpunkt, der immer wieder in Gesprächen an mich herangetragen wurde, ist, dass die an der Untersuchung teilnehmenden Patienten „keine richtigen Patienten“ seien. Richtig ist, dass sich die Patientengruppe aus Studierenden der Justus-Liebig-Universität zusammensetzt und auch keine ICD-10 Diagnosen explizit vergeben wurden. Dies führt aber nicht zu dem Schluss, dass diese Gruppe keinen Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung hat. Im Gegenteil, die Studenten haben sich gerade aufgrund eigener Probleme zu einem Selbsterfahrungsseminar angemeldet, um sich mit ihnen auseinanderzusetzen und Lösungsansätze zu finden. Es lag in ihrem Interesse, die Rolle von Patienten einzunehmen und sie persönlich zu erleben. Aufgrund der Beschränkung der Therapie auf vier Stunden waren die Patienten dazu aufgefordert worden, sich auf ein „kleineres Problem“ zu beschränken. Dieses stellte sich häufig als komplexer und durchaus therapiebedürftig heraus, so dass einigen „Patienten“ eine Fortführung der Behandlung angeboten wurde.

Es ist in der Aus- und Weiterbildungsforschung auch durchaus verbreitet, auf die Studentenschaft als Versuchspersonen zurückzugreifen (Analogie-Studien). Im Vergleich mit „normalen Patienten“ zeigen sich in der Datenauswertung keine signifikanten Unterschiede (z. B. Jack et al., 1989; Kivlighan, 1990; Nutt-Williams et al., 1997; Fitzpatrick et al., 2005). Kivlighan (1990) konnte zeigen, dass erfahrene Supervisoren keinen Unterschied zwischen Sitzungen mit „echten Patienten“ und „Studenten als Patienten“ erkennen konnten.

In Frage stellen kann man auch die Sitzungszahl (ca. vier Stunden). Darüber hinaus fiel die beobachtete Sitzung in den meisten Fällen mit der abschließenden Sitzung zusammen, so dass die Auftretenswahrscheinlichkeit bestimmter Verhaltensweisen verringert oder erhöht sein könnte. Nach Kanfer et al. (2005) sollten in einer Abschlusssitzung vor allem stabilisierende problembewältigende Verhaltensweisen zu erwarten sein, während die Klärungsarbeit abgeschlossen sein sollte. In Anbetracht der Kürze der durchgeführten Therapien kann hier jedoch auch von einer anderen Verteilung ausgegangen werden. Teilweise stand gerade die Klärungsarbeit für einige Patienten im Vordergrund. Der hier stattgefundenen Therapieablauf ist nur tendenziell oder in stark komprimierter

Form mit dem typischen Ablauf einer längeren Therapie vergleichbar. Kivlighan (1990) sowie Kivlighan et al. (2000) konnten aber in nahezu design-identischen Studien mit Therapeuten in der Ausbildung durchaus u. a. signifikante Veränderungen nach nur vier Sitzungen bei Patienten (ebenfalls Studenten) messen. Signifikante Verbesserungen für viele Arten von interpersonellen Problemen konnten Maling et al. (1995) schon nach wenigen Stunden feststellen. Darüber hinaus hat sich immer wieder bestätigt, dass die Beurteilung der therapeutischen Beziehung nach der zweiten oder dritten Sitzung einen besseren Prädiktor für das Therapieergebnis darstellt als bei Therapiemitte oder –ende (z. B. Martin et al., 2000; Klee et al., 1990).

Das Herausgreifen einer Therapiestunde aus dem Therapieprozess kann man ebenfalls in Frage stellen: Liefert diese Stunde allgemeingültige Ergebnisse? Schindler (1991) hat darauf hingewiesen, dass verschiedene Sitzungen meistens nicht synchron verlaufen und Unsicherheiten bei Rückschlüssen auf Verhalten bestehen bleiben. Welche Stunde am wichtigsten im Therapieprozess ist, hängt nicht zuletzt auch von der Art der Störung und dem Behandlungsprogramm ab. Trotzdem konnte Schindler (1991) zeigen, dass die Wahrnehmung von Therapeuten und Patienten in der vierten Therapiestunde am höchsten übereinstimmt. Beobachter- und Patientenperspektive nähern sich hingegen im Therapieverlauf erst an. In der vorliegenden Arbeit ging in den meisten Fällen genau die vierte Therapiestunde in die Beobachtung ein, dies könnte die relativ gute Therapeuten-Patienten-Übereinstimmung erklären. Ob sich Beobachter- und Patientenurteil im weiteren Verlauf annähern, müsste in weiteren Studien untersucht werden.

Die Tatsachen, dass die beobachtete Stunde der Zwischenprüfung der Auszubildenden entsprach, sie direkt durch das Einwegfenster beobachtet wurden und die Sitzung aufgezeichnet wurde, könnten sich ebenfalls auf die Ergebnisse ausgewirkt haben. Man kann davon ausgehen, dass die Therapeuten äußerst nervös gewesen sind und sich gleichzeitig sehr bemüht haben, ihre beste Seite zu zeigen. Ihr emotionaler Stress war überdurchschnittlich hoch. Auch für die Patienten könnten die Präsenz der Kamera sowie der Beobachter im Nebenraum einen Stressfaktor bedeuten und somit die eigene Gehemmtheit steigern. Obwohl die Beobachter nicht direkt an der Sitzung teilgenommen haben, berichten Schulte und Kemmler (1974) in diesem Fall von Beobachtereffekten. Auch auf der Patientenseite ist davon auszugehen, dass sie sich besonders bemüht haben, gut mitzuarbeiten, um den Therapeuten in ihrer Prüfungssituation hilfreich und unterstützend beiseite zu stehen.

Trotz aller Einschränkungen erscheinen die beobachteten Sitzungen auch im Vergleich mit den Erkenntnissen aus anderen Studien sehr therapienah und aussagekräftig. Da bislang keine besseren Studien vorhanden sind und die Befundlage verschwindend klein ist, muss auf die Kompromisslösung „Studenten als Patienten“ zurückgegriffen werden, um Hypothesen generieren und Heuristiken aufstellen zu können.

Methodische Probleme

Methodische Probleme sind in dieser Arbeit hauptsächlich durch die situative Beurteilung der ausgewählten Therapiestunde durch die verschiedenen Beobachterperspektiven gegeben. Betrachtet man die korrelativen und regressionsanalytischen Berechnungen, wird deutlich, dass vor allem die Perspektive der externen Beobachter von den Wahrnehmungen der Therapeuten und Patienten abweicht. Schindlers Beobachtung (1991), dass sich Beobachter- und Patientenurteil erst im Therapieverlauf annähern und die Übereinstimmung von Therapeuten- und Patientenwahrnehmung insbesondere in der vierten Therapiestunde hoch ist, könnte eine erste Erklärung für die Abweichungen liefern.

Ein weiterer kritischer Aspekt liegt in der Erfassung der verschiedenen Beobachterperspektiven. Hier müssen die unterschiedlichen Erhebungsmethoden genannt werden. Patienten- und Therapeutenurteil wurde mit Hilfe von Fragebögen erhoben, die Beurteilung der externen Beobachter jedoch anhand einer Verhaltenseinstufung auf einem Beurteilungsbogen. Die Beobachtung des therapeutischen Prozesses zählt zu den direkten Erfassungs- die Beantwortung von Fragebögen hingegen zu den indirekten Erfassungsmethoden (Lambert & Hill, 1994). Ein weiterer Unterschied ist, dass die Beobachter ihre Urteile sofort während der Stunde abgeben, Therapeuten und Patienten dies aber erst nachträglich auf der Basis ihres Erinnerungsvermögens absolvieren können. Dies könnte dazu führen, dass einzelne Bewertungen durch das allgemeine Gefühl, welches die Therapiesitzung bei ihnen hinterlassen hat, beeinträchtigt sind. Die hohen Interkorrelationen zwischen den Skalen des Patienten- und des Therapeutenbogens könnten hierfür sprechen. Prognostizieren Therapeuten den Therapieerfolg, hängen ihre Prognosen deutlich von der emotionalen Verfassung nach der Therapiesitzung ab (Meyer & Schulte, 2002). Externe Beobachter sind entsprechend weniger emotional engagiert als Therapeuten und Patienten und können dem Prozess ihre volle Aufmerksamkeit schenken, da sie keine Energie für eigene psychische Prozesse aufwenden müssen (Heppner & Claiborn, 1989).

Es muss auch die Tatsache bedacht werden, dass sich der Beobachtungsfokus auf den Therapeuten beschränkt hat und nicht auf Patienten und stattfindende Interaktion ausgeweitet wurde. Beobachtet wurden nur Beziehungsfertigkeiten und Strategien, die in diesem Moment sichtbar waren. Daraus folgt, dass vorhandene Kompetenzen des Therapeuten bewertet wurden, nicht aber die Angemessenheit des jeweiligen Verhaltens. Die Momentaufnahme des Erlebens von Therapeuten und Patienten wird nicht berücksichtigt, lediglich das globale Stundenurteil beider Seiten. Es ist davon auszugehen, dass Patienten durchaus registrieren, wenn sie für eine therapeutische Intervention noch nicht bereit waren oder die Arbeit des Therapeuten an ihren Bedürfnissen vorbeigeht. Wie Schulte und Meyer (2002) zeigen konnten, beeinflusst gerade die Akzeptanz bzw. Ablehnung des Patienten den emotionalen Zustand des Therapeuten und im Weiteren auch sein Urteil über die Therapiestunde. Die Gestaltung einer Therapiestunde sollte stets adaptiv am Patientenverhalten orientiert sein. Ob das Therapeutenverhalten in einem Moment positiv oder negativ ist, kann von unterschiedlichen Patienten unterschiedlich wahrgenommen werden. Schlussfolgerung daraus ist, dass vom Therapeuten eine hohe Flexibilität seines situationsangemessenen therapeutischen Handelns gefordert wird, die sich jedoch nach Hogan (1964) erst relativ spät in der therapeutischen Entwicklung ausbildet. Da die Therapeuten dieser Studie erst am Anfang ihrer selbständigen therapeutischen Tätigkeit unter Supervision standen, erschien es sinnvoll, den Schwerpunkt der Beurteilung zunächst auf vorhandene Grundqualitäten zu legen.

Auch die Wahl der Beobachtungseinheit kann im Zusammenhang mit der Entscheidung über den Beobachtungsfokus diskutiert werden. Die Einheit kann einen Einfluss auf die Beobachterurteile haben. Durch die Wahl der Zeitstichprobe (Schulte & Kemmler, 1974) wurden die Beobachter auf die entsprechenden Beobachtungseinheiten von drei mal fünf Minuten festgelegt. Beginn und Länge der Einheit wurden also anhand fester Zeitpunkte und nicht durch das Auftreten bestimmter Ereignisse bestimmt. Aufgrund dessen wurde das therapeutische Verhalten unabhängig vom Therapieverlauf und dem Verhalten des Patienten beurteilt. Hätten man eine Ereignisstichprobe dem Datensatz zugrunde gelegt, wäre ein Therapeutenvergleich deutlich schwieriger gewesen. Die Inhalte der Therapiesitzungen unterschieden sich aufgrund der Vielfältigkeit der Problembeschreibungen der Patienten dafür zu deutlich. Die Länge der Beobachtungseinheit scheint keinen Einfluss auf die Güte des Urteils zu nehmen (siehe 6.2); zumindest gibt es keine einheitlichen Forschungsergebnisse diesbezüglich. Beim Vergleich der unterschiedli-

chen Beobachterperspektiven sollte man aber Bedenken, dass Therapeuten und Patienten die gesamte Stunde bewerten und womöglich auch bei ihrer Beurteilung durch vorangegangene Sitzungen beeinflusst werden. Insbesondere die Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung durch die Patienten wird durch stundenübergreifende Erfahrungen und Empfindungen beeinträchtigt, beschreiben Horvath und Symonds (1991). Dies könnte ein möglicher Erklärungsansatz dafür sein, dass durch die Patienteneinschätzung der Beziehung eine gute Vorhersage des Therapieergebnisses gemacht werden kann.

Eine Schwierigkeit ergab sich für die Beobachter bei der Kodierung des therapeutischen Geschehens. Es mussten nicht nur auftretende Verhaltensweisen des Therapeuten gezählt, sondern diese abstrakten Kategorien zugeordnet und gleichzeitig qualitativ bewertet werden. Das heißt, es wurden sowohl ein kategoriales als auch ein dimensionales Urteil gefordert. Durch diese hohe Abstraktionsanforderung können eher Beobachterfehler erwartet werden (siehe 6.2). Aufgrund der zufrieden stellenden Koeffizienten der Beurteilerübereinstimmung, kann man in der vorliegenden Arbeit jedoch von einer guten Beobachtungsqualität ausgehen.

Die Stundenbeurteilungen von Therapeuten und Patienten stimmen – entgegen der aktuellen Befundlage - durchaus in weiten Teilen überein. Deutliche Differenzen gibt es hingegen zwischen den Urteilen der Beobachter und den Patienten. Eine Ursache für die Abweichungen kann man in der unterschiedlichen Skalendefinition des Patientenstundenbogens und des Beobachtungsbogens finden. Das subjektive Erleben der Patienten wird mit dem von außen betrachteten Urteil der Beobachter verglichen. Die Patienten beschreiben, ob sie sich vom Therapeuten verstanden und akzeptiert fühlen, die Beobachter beschreiben sichtbare Anzeichen von einfühldem, aufmerksamen und anerkennendem Verhaltens des Therapeuten. Die unterschiedlichen Messinstrumente setzen also verschiedene Schwerpunkte, die sich in den geringen Zusammenhängen niederschlagen. Auf den Skalen der therapeutischen Strategien nähern sich die Beschreibungen deutlicher an, so dass es hier zu mehr Übereinstimmungsbereichen kommt. Gleiches gilt auch für die Skalen des Therapeutenstundenbogens.

Niedrige Korrelationswerte können zusätzlich dadurch erklärt werden, dass sowohl die Beobachter als auch Therapeuten und Patienten gerade die Beziehung sehr positiv eingeschätzt haben. Defizite in der Beziehungsgestaltung wurden nur bei wenigen Therapeuten gesehen. Dadurch liegt nur eine geringe Varianz in den Urteilen vor (Gesamt-

wert Beziehung; $\sigma^2 = .36$), die als methodischer Faktor die Höhe der Korrelationen erklären könnte.

Insgesamt betrachtet, muss man anmerken, dass der Datenpool rechtsgipflig verschoben ist (Deckeneffekt). Die Patienten waren überdurchschnittlich zufrieden mit einem Mittelwert von 4.83 und einem Median von 5.00 (Skalenbreite 1-6). Auch die Beobachterurteile lagen - ausgenommen der Einschätzung der therapeutischen Strategien – im oberen Skalendrittel (meistens über einem Skalenwert von 4; Skalenbreite 1-6). Man kann also sagen, die beobachteten Therapeuten bewegen sich überwiegend auf einem ähnlich hohen therapeutischen Niveau; entsprechend niedrig fallen die statistischen Kennwerte aus.

9.2. Diskussion der Ergebnisse

Bevor die Ergebnisse im Einzelnen diskutiert werden, sollte festgehalten werden, dass die an dieser Untersuchung teilnehmenden Therapeuten bereits über gute bis sehr gute Beziehungsfähigkeiten verfügen und allgemein die Rolle des Therapeuten angemessen ausfüllen. Dies wird sowohl durch die Einschätzungen der Patienten als auch durch die Bewertung der externen Beobachter deutlich. Die guten Bewertungen ihrer Beziehungsfähigkeiten und allgemeinen Wirkung stützt die in der Forschung anerkannte These, dass Beziehungskompetenzen vom Therapeuten als Anlage mitgebracht werden und durch die Ausbildung und berufliche Erfahrungen lediglich ausgeformt und verstärkt werden können (Kivlighan et al., 1998; Horvath & Bedi, 2002).

In der Reihenfolge der Ergebnisdarstellung werden diese nun detaillierter diskutiert. Wir beginnen mit dem Zusammenhang der drei genutzten Perspektiven, gefolgt von der Vorhersage der Wirksamkeitserwartung auf Therapeutenseiten und Patientenzufriedenheit, gehen dann auf die Gruppenunterschiede ein und schließen mit der Diskussion über die Extremgruppen ab. Ableitungen für die Praxis werden im 11. Kapitel zusammengefasst.

Zusammenhang der drei Perspektiven

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass entgegen der Annahmen der Forschungsliteratur hier Therapeuten- und Patientenurteil durchaus übereinstimmen, das Beobachter-

urteil aber eher davon abweicht. Methodische Ursachen hierfür wurden bereits im vorangegangenen Abschnitt diskutiert.

Inhaltlich gesehen sollte man in Anbetracht der Forschungslage im Auge behalten, dass die Patienteneinschätzung der Stunde in der Regel durchaus die beste Vorhersage auf das Ergebnis der Therapie zulässt, unabhängig aus welcher Perspektive aus der Therapieerfolg definiert wird (z. B. Hass et al., 1998; Hill et al., 1996; Grawe & Braun, 1994). Auch Fitzpatrick et al. (2005) konnten zeigen, dass Abweichungen in der Beurteilung der therapeutischen Beziehung von Patient und Therapeut nicht heißt, dass die Stunde nicht effektiv verlaufen kann. Patientenurteile korrelierten positiv mit dem Stundenergebnis; nicht aber die Therapeutenurteile.

Im Sinne der Merkmale des Qualitätsmanagements ist eine erfolgreich abgeschlossene Therapie ein entscheidendes Kriterium für die Qualität der therapeutischen Arbeit. Somit sollte sich die Gestaltung der Therapie vor allem an der Patientenperspektive orientieren. Wenn wir nun davon ausgehen, dass Supervisoren auch „nur“ eine Außenperspektive einnehmen, ist es umso wichtiger die Patientenseite bei Rückmeldungen an Therapeuten mit zu berücksichtigen. In dieser Arbeit weichen Außenbetrachtung und Patientenperspektive voneinander ab. Man kann also davon ausgehen, dass der Zusammenhang der Einschätzung der Beobachter mit dem Therapieerfolg eher gering ist. Whipple et al. (2003) zeigten, dass Feedback über Befinden und Fortschritte von Patienten, schlechte Therapieverläufe positiv beeinflussen können und die Zahl von Therapieabbrüchen abnimmt. Häufig stimmen aber Therapeuten- und Patientenurteil nicht überein. Konstruktive und kriterienorientierte Rückmeldungen von Supervisoren und Ausbildern zu ihrer Arbeitsweise sind aus diesem Grund unerlässlich (Hogan, 1964; Rzepka-Meyer, 1997).

Deutliche Übereinstimmungen zeigen sich zwischen der Therapeuten- und Beobachter-einschätzung auf der Skala der therapeutischen Beziehung. Erstaunlich ist, dass insbesondere die Skala der „Ressourcenaktivierung“ keinen korrelativen Zusammenhang aufweist, obwohl sie nach Grawe (1996) der wichtigste Wirkfaktor im therapeutischen Geschehen ist. Sie sollte folglich auch positiv mit der Beziehungsgestaltung in Verbindung stehen. Auch die Beurteilungsskala „Aufbau von Wirksamkeitserwartung“, die laut Definition sogar zur therapeutischen Beziehungsgestaltung zählt, korreliert nahezu zu Null mit der Einschätzung der Therapeuten. Eine Erklärung findet sich in den niedrigen Skalenwerten. Die Beobachter scheinen kaum Wirksamkeitsaufbau sowie Ressourcenaktivierung im therapeutischen Handeln erkannt zu haben. Die Skalenwerte weichen

deutlich von den anderen Beurteilungswerten der therapeutischen Beziehung bzw. der therapeutischen Strategien ab. Diese Beobachtung wird in der weiteren Diskussion noch häufiger zur Sprache kommen und spielt auch für die Praxis eine Rolle. Interessant ist auch die deutliche negative Korrelation zwischen der beobachteten Problembewältigung und der durch die Therapeuten angegebenen problemklärenden Arbeit. Die Problemklärung ist ohne die Problembewältigung eigentlich unvollständig (Grawe, 1996), was der negativen Korrelation widersprechen würde. Da die hier beobachteten Therapeuten noch am Anfang ihrer therapeutischen Tätigkeit stehen, könnte man davon ausgehen, dass sie mit der Kombination verschiedener therapeutischer Wirkvariablen noch überfordert sind und sie sich auf einen therapeutischen Wirkfaktor festlegen. Weil die beobachtete Stunde häufig der abschließenden Sitzung entsprach, könnte der Schwerpunkt bei vielen Therapeuten auf die Bewältigungsarbeit gelegt worden sein. Es käme also in diesem Fall darauf an, junge Therapeuten möglichst früh darin zu schulen, verschiedene Wirkfaktoren flexibel und in Kombination anzuwenden, um ihre Effektivität zu steigern.

Vorhersage der therapeutischen Wirksamkeitserwartung und Patientenzufriedenheit

Therapeutische Wirksamkeitserwartung

Wie sich das eigene therapeutische Verhalten auf unterschiedliche Patienten auswirkt, ist ein bedeutender Aspekt für die therapeutische Sicherheit und professionelle Entwicklung von Therapeuten (Zimmer, 2000b; Meyer & Schulte, 2002). Die Ausbildung sollte den Aufbau von therapeutischer Wirksamkeitserwartung fördern und stärken. Aus diesem Grund war auch hier zunächst die Frage von Interesse, aus welchen Merkmalen sich diese Wirksamkeitserwartung zusammensetzt.

Aus Therapeutensicht erweist sich die eigene Ziel- und Aufgabenorientierung als die bedeutsamste Komponente der eigenen Wirksamkeit. Hat ein Therapeut also das Gefühl, dass er an den für den Patienten wichtigen Zielen arbeitet, Arbeitsinhalte von Therapeut und Patient übereinstimmen und Erwartungen an den Patienten klar formuliert hat, dann glaubt er, dass er wirkungsvoll und effektiv arbeitet. Hinzu kommt die Nähe, die er zum Problem des Patienten herstellen kann (Problemaktualisierung). Je näher ein Therapeut den Patienten z. B. durch aktive Auseinandersetzung mit seinen Schwierigkeiten oder dem Hervorrufen von Gefühlen in problematischen Situationen, zu sei-

nem Problem bringen kann, umso wirksamer werden (subjektiv gesehen) seine Interventionen sein.

Schließlich ist die Gestaltung einer positiven therapeutischen Beziehung ein wichtiger Aspekt für das Erleben subjektiver Wirksamkeit. Ein respektvoller Umgang, das eigene Wohlbefinden im Umgang mit dem Patienten, Offenheit in der Therapie sowie die aktive Mitarbeit des Patienten sind für den Therapeuten wichtige Punkte für eine Arbeitsbeziehung, in der effektiv gearbeitet werden kann. Die Beeinflussung der therapeutischen Beziehungsfähigkeiten ist eher schwierig (Kivlighan et al., 1998; Horvath, 2000; Horvath & Bedi, 2000). Therapeuten bringen aufgrund ihrer Anlage Voraussetzungen mit oder auch nicht. Es konnte aber auch gezeigt werden, dass Fertigkeiten z. B. zur komplementären Beziehungsgestaltung durchaus vermittelt und erworben werden können (Grawe, 1992; Kanfer et al., 2005). Studien mit Trainingsprogrammen von Ickes (1993) sowie Hill und Kellems (2002) zur Steigerung der Empathiefähigkeit weisen ebenfalls auf erfolgreiche Kompetenzverbesserungen hin.

Beobachter nehmen lediglich an der problembewältigenden Arbeit wahr, ob sich ein Therapeut wirkungsvoll erlebt oder nicht. Dies ist in Verbindung zum problemnahen und zielorientierten Arbeiten aus Therapeutesicht durchaus stimmig. Erstaunlich ist, dass Beobachter nicht – wie angenommen – deutlich mehr Merkmale erkennen, die auf die therapeutische Wirksamkeitserwartung hinweisen. Sie können weder in der Beziehungsgestaltung noch in der Handlungskompetenz und emotionalen Sicherheit Unterschiede zwischen subjektiv wirksamen und sich als weniger wirksam erlebenden Therapeuten erkennen. Therapeuten hingegen nehmen diese Unterschiede wahr. Die Tatsache, dass die Wirksamkeitserwartung unabhängig von der Patientenzufriedenheit und der allgemeinen Patientensicht zu sein scheint, erstaunt. Andere Befunde zeigen, dass kompetent wirkende Therapeuten von Patienten ernster genommen werden (Smith et al., 2003) und mangelnde Kompetenzausstrahlung zur Unzufriedenheit auf Patientenseite beiträgt (Hannöver et al., 2000; Keijsers et al., 2000).

Patientenzufriedenheit

Für die psychotherapeutische Praxis ist es wie in vielen anderen Bereichen, in denen man eine Art „Dienstleistung“ erbringt, wichtig, welche Kriterien zur Kundenzufriedenheit beitragen. Es wurde in dieser Arbeit deutlich, dass das Konstrukt „Patientenzufriedenheit“ nur vage definiert ist. Aus Patientensicht gilt eigentlich „gut ist, was gefällt“. Die Seite der Kostenträger orientiert sich u. a. zum einen am Patientenurteil (im stationären Bereich häufig schriftliche Nachbefragung), zum anderen an der Reduktion der Symptomatik, die durch prä-post-Vergleiche gemessen wird. Therapeuten verlassen sich häufig auf ihr eigene Wahrnehmung und die oberflächliche Befragung ihrer Patienten. Supervisoren sind wiederum auf diese subjektiven Einschätzungen angewiesen und leiten daraus ihr Urteil ab.

Ein Vorteil dieser Arbeit besteht darin, alle drei Perspektiven erfasst zu haben. Es liegt nahe, der Frage nachzugehen, welche Kriterien bei der Einschätzung der Patientenzufriedenheit eine Rolle spielen. Das Ergebnis der Regressionsanalyse war jedoch ernüchternd. Ernüchternd, weil entsprechend der Forschungslage keine Skalenbewertung der Therapeuten eine Prädiktorfunktion bezüglich der Patientenzufriedenheit einnimmt. Aus Beobachtersicht hat lediglich die Wahrnehmung der formalen Struktur einen Vorhersagewert. Aus Patientensicht sind die Ziel- und Aufgabenorientierung, die Problemaktualisierung sowie die Ressourcenaktivierung wichtige Momente, die zur eigenen Zufriedenheit beitragen. Des Weiteren ist das Schaffen von Problemnähe ein bedeutsames Merkmal für Patienten. Sie müssen sich in ihrer Problematik verstanden fühlen, emotional involviert werden, um dann Veränderungen mit herbeiführen zu können.

Ein Aspekt, der insbesondere bei den Therapeuten dieser Untersuchung verstärkt gefördert werden muss (geringe Beurteilungswerte), ist das Beachten und Aktivieren von Ressourcen auf Patientenseite. Grawe (1996) selbst hat diesem Wirkfaktor die höchste Bedeutung für die Therapie zugeteilt und Patienten scheinen dies ähnlich zu sehen. Der Autor betonte die Notwendigkeit, diese „therapeutische Grundhaltung“ als Wahrnehmungs- und Denkhaltung des Therapeuten zu schulen und auszubilden. Nach wie vor scheint dies jedoch nicht in dem Umfang umgesetzt zu werden, dass Patienten damit zufriedener sein könnten; betrachtet man die niedrigen Werte, die Therapeuten selbst auf der Skala der Ressourcenaktivierung angeben und auch von Beobachtern wahrgenommen werden.

Verschiedene Punkte müssen an dieser Stelle jedoch nochmals diskutiert werden. Es muss beachtet werden, dass die Therapeuten nur wenige Kontakte mit dem Patienten

hatten. Bestimmte Stärken und Fertigkeiten der Patienten waren evtl. noch nicht bekannt und für den Therapeuten zugänglich. Dies könnte sich durch eine intensivere Zusammenarbeit verändern. Auch die Lebenserfahrung der relativ jungen Therapeuten aber auch Patienten (Studentenalter) könnte dazu beigetragen haben, dass die Therapeuten bestimmte unterstützende Fertigkeiten beim Patienten gar nicht wahrgenommen haben bzw. die Patienten selbst über nur wenige Ressourcen verfügen können. In einer möglichen Therapie müssten entsprechende notwendige Fertigkeiten im Rahmen der „Problembewältigung“ ggf. erst aufgebaut werden. Ein Punkt, dem Grawe in seinen Ausführungen kaum Beachtung schenkt. Auch die Unterscheidung von Problemaktualisierung und Ressourcenaktivierung ist häufig schwierig, da die beiden Variablen interagieren. Für die Patienten sind beide Wirkfaktoren ebenfalls wichtig für ihre Zufriedenheit. Gezeigtes therapeutisches Verhalten könnte sowohl von Beobachtern als auch Therapeuten den Kategorien teilweise unterschiedlich zugeordnet worden sein. Erneut stoßen wir auf das Problem der Operationalisierbarkeit von therapeutischen Handlungen.

Gruppenunterschiede auf der Basis der subjektiven Wirksamkeitserwartung und Patientenzufriedenheit

Wurden bislang die beiden Trennvariablen näher betrachtet und diskutiert, soll nun auf die Diskussion der diesbezüglich entstandenen Gruppen eingegangen werden. Ziel soll es sein, bereits bestehende Kompetenzen der Therapeuten in Ausbildung zu benennen, Defizite aufzudecken und Veränderungsvorschläge herauszuarbeiten.

Therapeutengruppe (Trennvariable: subjektive Wirksamkeitserwartung)

Das Bewusstsein von Therapeuten über die Konsequenzen des eigenen Handelns (Wirksamkeitserwartung) beim Patienten hat - wie bereits dargestellt - einen Einfluss auf die Entwicklung von Professionalität und emotionaler Sicherheit. Dieses Merkmal wurde nun als Trennvariable herangezogen, um das unterschiedliche Handeln von sich als wirksam und weniger wirksam erlebenden Therapeuten gegenüberzustellen.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich subjektiv wirksame von eher unwirksamen Therapeuten sowohl aus der eigenen Perspektive als auch aus der Beobachtersicht unterscheiden. Patienten nehmen hingegen keinen Unterschied zwischen den beiden Therapeutengruppen wahr. Es kann die allgemeine Forschungslage bestätigt werden, dass die

Wahrnehmung des eigenen Handelns und die Wirksamkeitserwartung von Therapeuten zusammenhängen.

Subjektiv wirksame Therapeuten berichten von einer besseren therapeutischen Beziehung, Ziel- und Aufgabenorientierung, größeren Problemnähe, stärkeren Arbeit an der Problembewältigung und vermehrten Ressourcenaktivierung. Es scheint, als hätten sie ein besseres Fallkonzept für sich erarbeitet und könnten dadurch näher an der Problematik arbeiten, den Patienten verstehen und sie passender bei der Bewältigung unterstützen. Auch in der Forschung hat sich gezeigt, dass Fallkonzeption und Therapieplanung wichtige Aspekte für das Erreichen eines positiven Therapieergebnisses darstellen (Vogel & Schulte, 1991; Hoyer et al., 2003).

Externe Beobachter können ebenfalls an der gezeigten Problembewältigung und Ressourcenaktivierung des Therapeuten erkennen, ob sich ein Therapeut als wirksam wahrnimmt oder nicht. Hier sind die Wahrnehmung von Therapeuten und den Beobachtern stimmig. Aktive Problemarbeit sowie das Hervorrufen von Stärken und Fertigkeiten des Patienten scheinen dem Therapeuten das Gefühl zu geben, wirkungsvoll zu arbeiten und gleichzeitig auch für Außenstehende als Signale für effizientes Arbeiten wichtig zu sein. Es hat sich in dieser Arbeit auch gezeigt, dass die Patienteneinschätzung dieser therapeutischen Strategien am stärksten zufriedene von unzufriedenen Patienten unterscheidet.

Entgegen der Erwartungen hat sich nicht gezeigt, dass sich subjektiv wirksame und unwirksame Therapeuten auf der Ebene der Beziehungsgestaltung unterscheiden. Betrachtet man die unterschiedlichen Beziehungsurteile von Patienten, Therapeuten und externen Beobachtern, die ohne Ausnahme sehr gut waren, dann lässt dies den Schluss zu, dass die teilnehmenden Gießener Auszubildenden bereits über gute, grundlegende Beziehungskompetenzen verfügen. Es bedarf hier kaum einer Verbesserung, sondern eher Stabilisierung und auch entsprechender positiver Rückmeldung. Angesprochen werden muss an dieser Stelle jedoch der mangelnde „Aufbau von Wirksamkeitserwartung“ beim Patienten. Dieses Defizit zeigt sich sowohl bei subjektiv wirksamen als auch unwirksamen Therapeuten. Die Notwendigkeit der persönlichen Bestärkung und Wertschätzung des Patienten (Kanfer et al., 2005; Schulte, 1996) scheint jungen Therapeuten noch nicht so bewusst zu sein.

Im Sinne der Qualitätssicherung der Gießener Ausbildung kann man zusammenfassen, dass Therapeuten bereits in der Mitte ihrer Ausbildung, d.h. einem Stadium, das den „advanced beginners“ entspricht (Dreyfus & Dreyfus, 1986) bzw. mit beginnender Adap-

tation der erlernten Methode einhergeht (vgl. Stufe 2 bei Hogan, 1964) beachtliche professionelle Kompetenzen in ihrem beobachtbaren Verhalten zeigen; grundlegende Beziehungs- und Methodenkompetenzen sind schon verfügbar. Bezüglich des Nutzens therapeutischer Strategien bedarf es weiterer Förderung. Insbesondere Kompetenzen zur Ressourcenaktivierung beim Patienten müssen verbessert werden. Die Defizite im therapeutisch-strategischen Handeln können auf die noch nicht vorhandene selbständige Arbeit der jungen Therapeuten zurückgeführt werden.

Patientengruppe (Trennvariable: Patientenzufriedenheit)

Konnten regressionsanalytisch kaum Prädiktoren zur Vorhersage der Patientenzufriedenheit nachgewiesen werden, hat sich in den Varianzanalysen dann doch gezeigt, dass es Merkmale gibt, die zufriedene von unzufriedenen Patienten unterscheiden. Dass sich dies auf in den Stundenbeurteilungen der Patienten selbst zeigt, war zu erwarten. Bemerkenswert ist aber, dass Beobachter aufgrund des beobachtbaren Therapeutenverhaltens abschätzen können, welche Behandlung zur Zufriedenheit der Patienten verlaufen ist. Das Therapeutenverhalten von zufriedenen Patienten unterscheidet sich von jenen, die weniger zufrieden sind, in folgenden wesentlichen Aspekten: Therapeuten von zufriedenen Patienten gestalten die therapeutische Beziehung besser hinsichtlich des manifesten Rapports (z. B. aufmerksames Zuhören; ermutigende, anerkennende Rückmeldungen) und der Ziel- und Aufgabenorientierung (z. B. Bezug auf Patientenziele, zielorientierte Aufmerksamkeitslenkung). Sie fördern die Auseinandersetzung des Patienten mit seinem Problem wesentlich stärker. Die Therapeuten halten die Struktur der Sitzung deutlicher ein und wirken emotional sicherer.

Diese Merkmale können z. B. in einer videogestützten Supervision gezielt bearbeitet werden. Rapport sowie die Ziel- und Aufgabenorientierung sind zwei Aspekte der therapeutischen Beziehungsgestaltung, die über ein Fertigkeitentraining gut vermittelt werden können. Gleiches gilt für Übungen zur Problemaktualisierung sowie Hilfen zur Stundenstrukturierung. An diesem Punkt spielt erneut die Frage nach einem guten Fallkonzept eine Rolle. Nähe zum Problem kann nur dann durch den Therapeuten geschaffen werden, wenn dieser Probleminhalte und -zusammenhänge verstanden hat. Auch kann er nur dann eine klare, durch einen roten Faden gekennzeichnete Stunde leiten, wenn er sich bewusst darüber ist, warum er welche Aufgabe stellt oder er den Patienten in eine bestimmte Richtung lenken möchte.

Es macht also an dieser Stelle Sinn, das Therapeutenverhalten unter Berücksichtigung der Patientenzufriedenheit von außen zu betrachten, insbesondere deshalb, weil die jungen Therapeuten selbst, keine differenzierte Sicht für ihr Verhalten zu haben scheinen. Die Therapeuten von unzufriedenen Patienten nehmen lediglich wahr, dass die therapeutische Beziehung verbesserungswürdig ist (einzig signifikantes Ergebnis). Sie unterscheiden sich hier also deutlich von den Stunden-Einschätzungen der Patienten selbst.

Die Ergebnisse legen nahe, das Zufriedenheitsurteil der Patienten systematisch in die Supervision mit einzubeziehen; zumal für den Therapieerfolg die Einschätzung der Patienten am wichtigsten ist (Orlinsky et al., 2004).

„Wirksame Therapeuten“ = „Zufriedene Patienten?“ Untergruppenvergleich

Es hat sich in den bislang diskutierten Ergebnissen gezeigt, wie wichtig der Einbezug der Stundenbeurteilung durch die Patienten für die Praxis – insbesondere die Supervision – ist. Nun kann man überspitzt die Fragen stellen: Haben sich als weniger wirksam erlebende Therapeuten eher unzufriedene Patienten? Bzw. haben sich als wirksam erlebende Therapeuten durchweg zufriedene Patienten?

Natürlich ist dies nicht der Fall. Im Gegenteil: wie sich gezeigt hat, haben subjektiv unwirksame Therapeuten sehr wohl zufriedene Patienten. Sich als wirksam erlebende Therapeuten haben ebenso unzufriedene Patienten, nehmen diese aber nicht als solche wahr. Für beide Therapeutengruppen ist das Patientenurteil notwendig, um entweder das Therapeutenverhalten zu korrigieren oder aber das Handeln und Selbstbewusstsein der Therapeuten zu stärken.

Subjektiv unwirksame Therapeuten

Wie die Ergebnisse für die Therapeutengruppe, die über ihre mangelnde Wirksamkeit klagen, zeigen, weisen sie nicht zwingend Mängel in ihren therapeutischen Fertigkeiten auf. Dies lässt sich zum einen aus den Urteilen der zufriedenen Patienten und zum anderen aus den Verhaltensbeobachtungen herleiten. Die Unterschiede zwischen zufriedenen und unzufriedenen Patienten in der Stundenbeurteilung zeigen sich auf allen Skalen des Stundenbogens. Dieses Ergebnis scheint nur wenig differenzierte Informationen für mögliche therapeutische Verhaltensänderungen zu liefern, die man durch Su-

pervision erreichen könnte. Die Beobachtungsbefunde geben aus diesem Grund relevantere Hinweise für eine kriterienorientierte Supervision.

Beobachter können am Therapeutenverhalten klar erkennen, ob eine Stunde zur Patientenzufriedenheit beiträgt oder nicht. Deutliche Unterschiede zeigen sich auf der Ebene der Beziehungsgestaltung. Weist auch die Einschätzungen der Patienten auf eine wenig befriedigende Beziehungsqualität hin, dann ist es eine besondere Aufgabe der Supervision, drohende Therapieabbrüche (vgl. dazu Clarkin & Levy, 2004; Horvath, 2001; Schulz et al., 1999) durch beziehungsverbessernde Maßnahmen zu verhindern. Ob dies allein durch Reflexion und Erkennen „blinder Flecken“ bezüglich des Interaktionsverhaltens gelingt oder besser durch Rollenspiel und Training von Beziehungsfertigkeiten (vgl. dazu Übersicht bei Willutzki & Laireiter, 2005) sowie durch Anleitung einer komplementären Beziehungsgestaltung (vgl. dazu Ambühl, 2005), wird von Fall zu Fall zu entscheiden sein.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse sollten sich als unwirksam erlebende Therapeuten von unzufriedenen Patienten auf der Beziehungsebene an ihrem Rapport und ihrer Ziel- und Aufgabenorientierung arbeiten. Merkmale wie das Einfühlungs- oder das Bindungsvermögen („therapeutic bond“) können, wie man inzwischen weiß, nur schwer vermittelt werden. In der Supervision sollte mit den Therapeuten daran gearbeitet werden, in der Interaktion mit dem Patienten deutlichere Signale der Rückmeldung und Verstärkung zu setzen (z. B. durch Kopfnicken, ermutigende Zusprüche...). Zum anderen muss mit ihm daran gearbeitet werden, welches Ziel des Patienten auf welche Weise bearbeitet werden kann. Wir bewegen uns hier wieder im Rahmen der Fallkonzeptualisierung und Therapieplanung. Den Therapeuten muss ein strategisch, handlungsleitendes Denken vermittelt werden, mit dem sie sich flexibel während einer Therapie-sitzung bewegen können.

Auch die Problemaktualisierung und –bewältigung bei zufriedenen und unzufriedenen Patienten wird von den Beobachtern unterschiedlich bewertet. Die Therapeuten der zufriedenen Patienten haben es geschafft, ihre Patienten deutlich näher an ihr Problem heranzuführen und eine Auseinandersetzung damit zu fördern. Gleichzeitig vermitteln bzw. erarbeiten sie mit dem Patienten mehr Bewältigungsstrategien und arbeiten so verstärkter in Richtung Problemlösung anstatt weiterer Klärung. Diese Therapeuten scheinen über mehr „Handwerkszeug“ zu verfügen, können dies flexibler nutzen, sind sich über diese Fähigkeiten aber nicht bewusst. Dies sollte ihnen in der Supervision zurückgemeldet werden. Auf der anderen Seite benötigen die Therapeuten von unzuf-

riedenen Patienten hier Aufbauarbeit im Bereich von therapeutischen Techniken und deren Anwendung. Nach eigener Angabe leisten diese Therapeuten auch noch mehr Klärungsarbeit als die Therapeuten der zufriedenen Patienten. Dies könnte ebenfalls ein Hinweis darauf sein, dass sie sich bezüglich der Problemsituation noch nicht klar sind. Bothe (2003) kommt in ihrer Arbeit zu der Erkenntnis, dass problemklärende Arbeit bei jungen Therapeuten ihre Unsicherheit verstärkt und bei Patienten zu weniger Zufriedenheit führt. Dieses Ergebnis ist mit dieser Arbeit durchaus im Einklang.

Von außen betrachtet wirken die sich als unwirksam erlebenden Therapeuten von zufriedenen Patienten auch keineswegs besonders unsicher, wie die Verhaltensbeobachtungen zeigen (emotionale Sicherheit, angemessenes Rollenverhalten). Sie verfügen vielmehr über kein positives professionelles Selbstbild. Bei der Reflexion ihrer Zweifel und Unsicherheiten innerhalb der Supervision wird hier in erster Linie emotionale Unterstützung hilfreich sein. Allerdings sollten gerade diese Therapeuten, die sich so sehr um einen guten Rapport zu ihren Patienten bemühen, darüber informiert werden, dass sich aus Sicht der Patienten Sympathie und freundliche Zuwendung für sich genommen keineswegs erfolgsfördernd auswirken (Farber & Lane, 2001; vgl. negativer korrelativer Zusammenhang zum Therapieerfolg bei Margraf & Schneider, 1992). Als gute Indikatoren für Therapieerfolg haben sich vielmehr die von Patienten wahrgenommene therapeutische Kompetenz und Erfahrung der Therapeuten, sowie deren Direktivität neben einer guten Beziehungsqualität erwiesen (vgl. Lambert & Barley, 2001; Lambert & Ogles, 2004). Die Therapeutengruppe der zufriedenen Patienten weist sich hier – aus der Beobachterperspektive – ebenfalls durch eine höhere Sach- und Handlungskompetenz gegenüber den anderen Therapeuten aus. Im Zusammenhang mit der Zufriedenheit weist dies auch in dieser Arbeit auf den erfolgreichereren Therapieverlauf hin.

Supervision hat im Fall von sich als unwirksam erlebenden Therapeuten und unzufriedenen Patienten die Aufgabe, den aktuellen Therapieprozess besser an die Bedürfnisse des Patienten anzupassen. Im Falle von zufriedenen Patienten steht die Stabilisierung eines positiven professionellen Selbstbildes im Vordergrund.

Subjektiv wirksame Therapeuten

Unproblematisch erscheint hier die Gruppe der wirksamen Therapeuten mit zufriedenen Patienten. Therapeuten und Patienten stimmen in ihrer Stundenbeurteilung überein und auch aus der Außenperspektive bestätigt sich dieser Eindruck. Supervision sollte in diesem Fall das Ziel verfolgen, den therapeutischen Prozess regelmäßig zu reflektieren, um Hinweise auf aufkommende Probleme sowie Widerstände rechtzeitig wahrzunehmen und den Prozess entsprechend anzupassen.

Was hat es nun mit der Gruppe derjenigen Therapeuten auf sich, die sich selbst als wirksam wahrnehmen, deren Patienten aber unzufrieden mit dem Stundenverlauf waren?

Das Patientenurteil liefert die Information, ob die Therapie stimmig verläuft oder nicht. Differenzierte Aussagen sind kaum möglich, da sich zufriedene und unzufriedene Patienten auf allen Skalen des Stundenbogens hochsignifikant unterscheiden.

Auch die Beobachtungsdaten ermöglichen es uns kaum, kriterienorientiertere Aussagen treffen zu können. Sich als wirksam erlebende Therapeuten werden als solche zunächst auch wahrgenommen. Konnte bislang anhand des Therapeutenverhaltens ziemlich deutlich herausgearbeitet werden, ob Patienten zufrieden sind oder nicht, fällt dies nun schwer. Dies ist für die Supervision und Ausbildung eine wichtige Erkenntnis und verdeutlicht zum wiederholten Male die Notwendigkeit des Einbezugs von Patientenurteilen. Aufgrund des Therapeutenberichtes und auch der Videoanalyse einer Sitzung würde man anscheinend nicht zu dem Schluss kommen, dass die Therapie prognostisch ungünstig verläuft. Man könnte sogar sagen, dass sich die Beobachter durch das Therapeutenverhalten haben „blenden lassen“. An dieser Stelle muss aber auch betont werden, dass nicht die Therapeut-Patient-Interaktion im Beobachtungsmittelpunkt stand (also Aktion und Reaktion). Wäre dies der Fall gewesen, wären mögliche Unstimmigkeiten zwischen den beiden Teilnehmern eventuell aufgedeckt und anders beurteilt worden.

Die sich als wirksam erlebenden Therapeuten, die jedoch unzufriedene Patienten haben, scheinen aus der Beobachtersicht zwar Handlungskompetenzen zu besitzen (signifikant höherer Wert als Therapeuten mit zufriedenen Patienten), können diese aber nicht patientengerecht ein- und umsetzen. Sie übersehen womöglich die Belange des Patienten und neigen zur Überforderung. Die Therapeuten zeichnen sich durch einen unabhängigen Arbeitsstil aus, nutzen eigene Stärken und setzen therapeutische Strategien optimal ein. Hätte man die Reaktionen des Patienten mitberücksichtigt, wäre es

sehr wahrscheinlich aufgefallen, dass der Patient (noch) nicht in der Lage gewesen ist, z. B. angebotene Strategien anzunehmen und umzusetzen. Ein Erklärungsansatz wäre, dass der Patient in seiner Problembearbeitung noch nicht an dem Punkt ist, an dem der Therapeut ihn vielleicht schon gesehen hat. Dies würde auch mit der geringeren problemaktualisierenden Arbeit übereinstimmen. Die Therapeuten der unzufriedenen Patienten scheinen die Auseinandersetzung mit dem Problem weniger zu fördern, was aber von Patientenseite gegebenenfalls noch gebraucht würde, um sich verstanden zu fühlen. Zimmer (1996a) beschreibt als einen Anfänger-Fehler, den er häufig in seinen Supervisionen beobachten konnte: „Wenn Therapeuten sich sicher sind, was richtig und erprobt ist, sollten sie dabei bleiben, auch wenn der Patient dies nicht so ganz versteht“ (S. 209). Dies könnte auch auf diese Therapeuten zutreffen und kann erst dann erkannt werden, wenn man die Interaktion von Therapeut und Patient berücksichtigt, bzw. den Patienten befragt.

Es bestätigt sich auch in dieser Arbeit erneut, was Skovholt und Mc Carthy bereits 1988 festgestellt hatten: Feedback zu guten Therapiephasen, aber auch kritischen Momenten wird besser gelingen, wenn Therapieverläufe auch aus Patientensicht beleuchtet werden können.

Für die Ausbildung ist der Einbezug einer zeitnahen Patientenrückmeldung insbesondere deshalb wichtig, da mithilfe dieser Information eine adaptive Durchführung der Behandlung angeregt werden kann, welche die Motivation und Mitarbeitsbereitschaft der Patienten besser berücksichtigt (vgl. Beutler, 2001; Beutler et al. 2002; Lambert et al., 2001b+c; Lutz, 2002, Whipple et al., 2003).

Unzufriedene und zufriedene Patienten

Ausgehend von der Patientenseite verändert sich die Diskussionslage kaum. Betrachtet man die Gruppe der zufriedenen und unzufriedenen Patienten getrennt voneinander, bestätigt sich, dass junge Therapeuten ihr eigenes Handeln insbesondere bei unzufriedenen Patienten kaum differenziert wahrnehmen.

Die mögliche Überschätzung des eigenen Handelns von sich als wirksam erlebenden Therapeuten mit eigentlich eher unzufriedenen Patienten, kann auch hier nicht durch die Beobachterperspektive aufgedeckt werden. Sich als wirksame erlebende Therapeuten werden unabhängig von der Zufriedenheitslage der Patienten als solche auch wahrgenommen. Eine mögliche Erklärung ist in der Beobachtungsart zu finden. Verände-

zungsmöglichkeiten wurden bereits im vorangegangenen Abschnitt „subjektiv wirksame Therapeuten“ diskutiert.

Auf der anderen Seite gibt es Therapeuten, die sich trotz angegebener Zufriedenheit auf Patientenseite nur wenig wirkungsvoll erleben. Im Abschnitt „subjektiv unwirksame Therapeuten“ haben wir bereits erste mögliche Ansatzpunkte zur Förderung eines positiven professionellen Selbstbildes durch emotionale Unterstützung angesprochen. Nun lassen sich auch Unterschiede aus der therapeutischen Perspektive festhalten, die sich auf das eigene Verhalten beziehen. Unwirksame Therapeuten geben im Vergleich mit sich als wirksam erlebenden Therapeuten an, eine weniger gute Beziehung zum Patienten zu haben. Dies scheint daran zu liegen, dass sie das Gefühl haben, zu wenig ziel- und aufgabenorientiert zu handeln und den Patienten zu wenig in Zielrichtung zu lenken. Die positive Beziehungsbeurteilung des Patienten nehmen sie gar nicht wahr. Auch die Beobachter können diese anscheinend vorhandenen Defizite in der Beziehungsgestaltung nicht erkennen. Durchaus vorhandene Beziehungskompetenzen sollten dem Therapeuten verdeutlicht und benannt werden, damit er an Selbstvertrauen gewinnen kann.

Schließlich gehen subjektiv eher unwirksame Therapeuten davon aus, dass sie zu wenig an der Problembewältigung arbeiten. Den Patienten also nicht aktiv genug darin unterstützt, Handlungskompetenzen zu verbessern, Lösungsansätze zu fördern und den Patienten darin zu bestätigen. Weder Patienten noch Beobachter können diese Mängel jedoch feststellen. Einzige Bestätigung für sein Zweifeln erfährt der Therapeut durch den Beobachter dadurch, dass er die Ressourcen des Patienten tatsächlich stärker beachten könnte.

Es ist davon auszugehen, dass die eher unwirksamen Therapeuten diejenigen sind, die auch die selbstkritischeren Supervidenden sind. Also jene, die ihren Blick sehr stark auf das richten, was sie nicht beherrschen und zu wenig wahrnehmen, was sie bereits leisten. Rzepka-Meyer (1997) kommt in ihrer Arbeit zu einer ähnlichen Aussage. Offenheit in der Supervision aus Therapeutensicht geht hier mit einem geringen Selbstbewusstsein und fortbestehender therapeutischer Unsicherheit einher, obwohl aus der Fremdbeurteilung gerade die Offenheit zu dialogischen Arbeit ein hohes Maß an therapeutischer Kompetenz erwarten lässt.

Aufgabe der Supervision ist es dann also, die Offenheit des Supervidenden aufrecht zu halten und seinen Blick auf seine Fähigkeiten und nicht auf eventuelle Defizite zu lenken.

Für die Ausbildung lässt sich zunächst folgern, dass eine geeignete Zuweisung von Patienten insbesondere bei Anfängern dazu beitragen kann, eine erfolgreiche Therapie-durchführung zu begünstigen. Ob diese Zuweisung von (vermutlich) interaktional harmonisierenden und im Schweregrad und Störungsbild (vermutlich) nicht überfordernden Patienten gelingt, wird nicht nur von den diagnostischen und prognostischen Fähigkeiten des Zuweisenden abhängen, sondern insbesondere davon, ob der „Pool“ der Therapiesuchenden mehr oder weniger unterschiedliche Störungsbildern und Schweregrade umfasst.

Das Ausmaß der richtigen Passung zwischen Therapeut und Patient wird nun auch noch mal bei der Diskussion des Exkurses deutlich.

Vergleich der „Extremgruppen“

Wie bereits erläutert, lässt sich statistisch der Vergleich der beiden Extremgruppen nicht nachvollziehen. Aus praktischen Gründen liegt dieser Vergleich jedoch sehr nahe. Gerade in Ausbildungsambulanzen wird von den Leitern darauf geachtet, dass ein Patient zum Therapeuten „passt“. Emotionalen Überforderungen auf Seiten des Therapeuten soll auf diesem Weg vorgebeugt werden. Auf der anderen Seite können Ausbildungsleiter auf diesem Weg auf gewisse Art und Weise kontrollieren, ob der Erfahrungsraum bezüglich Störungsform, Behandlungsmethodik und Setting der Auszubildenden breit genug gefächert ist.

Wenn Therapeut und Patient offensichtlich gut bezüglich der Beurteilung einer Therapiesitzung übereinstimmen, beide also zufrieden mit dem Verlauf sind, dann zeichnet sich dies nach Auffassung der Therapeuten in einer besser gelingenden Beziehungsgestaltung und zielführendem Verhalten ab, bei dem bestehende Problem gut aktualisiert und bewältigt werden können. Die andere Therapeutengruppe, die sich selbst als unwirksam wahrnimmt und deren Patienten, dies ähnlich empfinden, sieht ihre therapeutische Arbeit im Vergleich in den genannten Aspekten als weniger effektiv an.

Im beobachtbaren Verhalten spiegeln sich die Wahrnehmungen – sowohl positive als auch negative - der Therapeuten wieder. Von außen wird das gleiche Phänomen beobachtet, wie es von den Therapeuten beschrieben wird. Auf der Beziehungsebene gelingt den Therapeuten mit der günstigeren Passung eine bessere Beziehungsgestaltung durch einen angemesseneren Rapport und zielführendes Verhalten. Dies bietet Raum für die Schaffung einer größeren Problemnähe sowie Bewältigungsarbeit. Beobachter

nehmen darüber hinaus eine verstärkte Ressourcenaktivierung bei sich als wirksam erlebenden Therapeuten wahr. Ein ganz entscheidendes Merkmal, das die Gruppe mit der positiven Passung von jener mit der negativen Passung unterscheidet, ist die Strukturierung der Stunde. Die sich als unwirksam erlebenden Therapeuten sind deutlich weniger in der Lage, einen klaren Stundenaufbau umzusetzen, zu leiten und „Regie zu führen“. Dieses Ergebnis zieht sich konstant durch alle in dieser Studie durchgeführten Vergleiche und muss Beachtung in Ausbildung und Supervision finden.

Auch in der allgemeinen Wirkung unterscheiden sich die beiden Gruppen deutlich voneinander. James et al. (2001) kommen anhand ihrer Befunde zu der Vermutung, dass weniger kompetente bzw. erfahrene Therapeuten mit weniger bequemen Patienten sich zu stark an Methoden haften, dadurch an Flexibilität und Ausstrahlung verlieren, was sich wiederum negativ auf das Ergebnis auswirkt. Dies scheint sich in Ansätzen auch hier zu zeigen. Eine weitere Überlegung ist, dass die weniger attraktiv wirkenden Therapeuten noch zu sehr mit sich und der Auseinandersetzung mit der Therapeutenrolle beschäftigt sind. Sie haben weniger Kapazitäten frei, sich nach außen und auf den Patienten zu richten. Umso wichtiger ist es für diese Therapeuten in der Supervision oder Selbsterfahrung den Raum zu bekommen, sich mit der Rolle als Therapeut auseinanderzusetzen und Unterstützung bei der Findung des persönlichen Stils zu finden.

Beachtet werden muss aber, dass die Ausstrahlung von Kompetenz, emotionaler Sicherheit, Vertrauenswürdigkeit und der wahrgenommenen angemessenen Rollenverhalten subjektive Betrachtungsweisen der Beobachter sind und keine objektiven Daten (wie zum Beispiel die berufliche Erfahrung in Jahren) sowie die Patienteneinschätzung auf diesen Skalen zum Vergleich herangezogen werden können.

Die Förderung spezifischer therapeutischer Kompetenzen in der Ausbildung macht im Hinblick auf die Wirksamkeitserwartung der Therapeuten, der Zufriedenheit von Patienten und dem damit verbundenen Therapieerfolg durchaus Sinn. Wie sich in dieser Arbeit gezeigt hat, verfügen junge Therapeuten zur Ausbildungsmittle bereits über gute Beziehungs- und Methodenkompetenzen, die im Verlauf der praktischen Arbeit nun stabilisiert, verbessert und durch weitere Fertigkeiten erweitert werden sollten.

10 Implikationen für die Praxis und weitere Forschung

Ich habe diese Arbeit mit dem Zitat begonnen:

„Die Qualität der therapeutischen Versorgung kann nur so gut sein wie die Ausbildung der Therapeuten. Aus diesem Grund müssen zum einen die Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung hoch gesteckt sein, zum anderen muss versucht werden, die Inhalte und Methoden der Ausbildung ständig zu verbessern (Reinecker & Schindler, 2000, S. 655).“

Es hat sich gezeigt, dass die Qualität der Gießener Therapeuten in Ausbildung bereits in der Ausbildungsmitte auf der Beziehungs- und Methodenebene gut ist. Trotzdem haben sich Punkte im therapeutischen Verhalten und der Patientenbeurteilung herausgestellt, die durch Trainingsmaßnahmen verbessert, aufgebaut oder stabilisiert werden sollten. Hier gilt es die Inhalte und Methoden der Ausbildung zu verbessern. Insbesondere für die Entwicklung von therapeutischen Kompetenzen ist die Supervision ein unumgängliches Ausbildungselement, für welches sich empfiehlt, handlungsleitende Kriterien heran zu ziehen, die sich aus Supervisionsmodellen und empirischen Befunden der Ausbildungsforschung ergeben (vgl. Frank, 1995; 1998; 1999a; 2003a+b; Laireiter & Willutzki, 2005; Orlinski et al., 2001; Willutzki, 2005).

Implikationen für die Praxis

Allgemein ist bekannt, dass Supervisoren das Entwicklungsstadium von Therapeuten als Kriterium für ihr Vorgehen stets berücksichtigen und insbesondere auch jenen Beziehungs- und Methodenkompetenzen Aufmerksamkeit schenken sollten, die sich als wirksamkeitssteigernd in Psychotherapien erwiesen haben (vgl. z. B. Beutler et al., 2004).

In dieser Studie hat sich gezeigt, dass aus Therapeutensicht insbesondere Kompetenzen der Ziel- und Aufgabenorientierung, Problemaktualisierung und –bewältigung auf der Basis einer positiven therapeutischen Beziehung bedeutende Aspekte für den Aufbau von eigener Wirksamkeitserwartung darstellen. Aus der Außenperspektive erschienen die Therapeuten wirkungsvoll, die aktive Problemarbeit in Form von Bewältigung und Ressourcenaktivierung leisteten.

Entscheidend ist, dass Therapeuten anhand von Merkmalen ihre Wirksamkeit einstufen, die durchaus durch Training und Ausbildung beeinflussbar und entwicklungsfähig sind. Das Erarbeiten von gemeinsamen Therapiezielen ist häufig schon Inhalt verschiedener

Lehrveranstaltungen der Ausbildung. Das Herstellen von Problemnähe scheint eine Komponente zu sein, die trotz wahrgenommener Wichtigkeit von Therapeutenseite, in der praktischen Umsetzung schwer fällt. „Problemaktualisierung“ sollte im Hinblick auf die Entwicklung eines Wirksamkeitsgefühls des Therapeuten deutlich mehr in der Ausbildung durch ein entsprechendes Kursangebot gefördert werden. Es ist also durchaus hilfreich und geradezu notwendig, Therapeuten nach ihrem eigenen Wirksamkeitserleben direkt zu befragen und Schwachstellen herauszuarbeiten. Dann können diese durch entsprechende Kompetenzvermittlung abgebaut werden.

Die von außen beobachtete problembewältigende Arbeit nehmen Therapeuten zwar so nicht wahr, stellt aber für Supervision und Ausbildung ein Ergebnis dar, das gut in die Praxis umgesetzt werden kann. Diverse bekannte Instrumente können vermittelt und erlernt werden (z. B. Rollenspiel, störungsspezifische Manuale, Entspannungsübungen etc.), um die „Problembewältigung“ zu verbessern.

Grawe (1995, 1999) kritisierte, dass Ressourcenaktivierung als Grundhaltung zu wenig in die Ausbildung integriert wird. Dies zeigen auch die Ergebnisse dieser Arbeit. Im Sinne der strukturellen Qualitätsverbesserung mit langfristiger Verbesserung der Ergebnisqualität sollte dieser Wirkfaktor auch in der Gießener Ausbildung eine stärkere Rolle spielen; insbesondere Supervisoren sollten darauf achten, dass sie die Wahrnehmung der Therapeuten für die Ressourcen der Patienten schärfen und sie ihr Augenmerk häufiger darauf legen.

Neben der Vermittlung grundlegender Techniken ist ein entscheidendes Ausbildungsziel, gute Kenntnisse über Fallkonzeptionen und Therapieplanung den Auszubildenden nahe zu bringen (Vogel & Schulte, 1991; Hoyer et al., 2003). Nur wenn Therapeuten einen umfassenden Einblick in die Problematik des Patienten bekommen, werden sie in der Lage sein, den Patienten zielgerichtet leiten und bei Lösung und Bewältigung erfolgreich unterstützen zu können.

Henry et al. (1993) haben ebenfalls festgestellt, dass es sich als günstig erwiesen hat, wenn sich die Supervidierten anhand von Videoaufzeichnungen ihrer Therapien direkt mit ihren eigenen Denkprozessen befassen mussten, die ihr konkretes Handeln begleiteten. Dabei ist es wichtig, dass die Supervidierten systematisch zum Erkennen und Benennen ihrer handlungsleitenden Konzepte und zur genauen Begründung ihres therapeutischen Handelns angehalten werden.

Deutliche Mängel zeigten sich im Aufbau von Wirksamkeitserwartung beim Patienten selbst. Hier ist es notwendig, junge Therapeuten darin zu schulen, Patientensignale (in Form von Aussagen oder auch nonverbalen Verhalten) in der Therapiestunde aufzugreifen, um Interesse an Fortschritten des Patienten zu signalisieren und dessen Nutzen der Therapie zu verdeutlichen.

Hier wird erneut der Nutzen von systematischen Videoanalysen von Therapien (oder auch Live-Supervisionen) deutlich. Gerade bei Anfängern stellen sie ein sehr geeignetes Hilfsmittel dar, auch wenn deren Scheu vor einem direkten Einblick in ihre therapeutische Arbeit oft sehr groß ist (vgl. Frank, 2003b; Garb, 1989). Sie müssen erfahren, dass nur mit Hilfe des direkten Einblicks in ihr therapeutisches Arbeiten die besondere Möglichkeit geschaffen wird, bereits frühzeitig wirkungsvolle Momente im Therapiegeschehen und Ansätze von gut gelingendem professionellen Verhaltens zu fokussieren und zu bekräftigen. Gute Momente im Therapiegeschehen und Chancen für wirkungsvolle Interventionen werden von Anfängern oft gar nicht erkannt und deshalb zumeist auch nicht zum Gegenstand ihrer Fallsupervision gemacht. Dies zeigte sich auch hier bei der Betrachtung von sich als weniger wirkungsvoll erlebenden Therapeuten mit aber durchaus zufriedenen Patienten. Die Berücksichtigung des Patientenurteils ist an dieser Stelle besonders wichtig, um das Selbstbild von Therapeuten zu korrigieren und zu stärken. So könnte z. B. den Therapeuten der zufriedenen Patienten vermittelt werden, dass sie durchaus über gute Beziehungsfertigkeiten verfügen und sie in diese vertrauen können. Es geht folglich um den Aufbau und die Stabilisierung seiner professionellen Sicherheit und Selbstvertrauens.

Umgekehrt haben wir aber auch eine Gruppe sich als wirksam erlebender Therapeuten mit unzufriedenen Patienten. Diese Therapeuten würden in die Supervision kommen und keine Defizite bzw. kritischen Augenblicke im Prozess benennen. Der Supervisor müsste sich darauf verlassen und ein eventuell bevorstehender Therapieabbruch von Patientenseite bliebe unbeachtet. Wiederum ist es geradezu fahrlässig, das Patientenurteil in den Prozess *nicht* einzubeziehen. Das Verhalten und Handeln des Therapeuten sollte so korrigiert werden, dass die Zufriedenheit des Patienten wieder wächst und die Compliance aufrecht gehalten wird.

Insbesondere im Hinblick auf den Abbau von Unsicherheiten, der Stabilisierung therapeutischer Fertigkeiten und dem Aufbau eines eigenen therapeutischen Stils sind junge Therapeuten auf die Unterstützung von Supervisoren angewiesen (Hogan, 1964; Rzepka-Meyer, 1997).

Im Anbetracht von zufriedenen und unzufriedenen Patienten weisen junge Therapeuten Defizite in der Wahrnehmung ihrer eigenen Tätigkeit auf. Sie nehmen keine Unterschiede im eigenen Handeln wahr, obwohl diese von den Patienten eindeutig benannt werden. Auch externe Beobachter können am Therapeutenverhalten erkennen, ob eine Therapie zur Patientenzufriedenheit verläuft oder nicht. Dies kann für die praktische Ausbildung sehr gut genutzt werden, um die Überwachung des eigenen Handelns der Therapeuten zu verbessern. Ein weiterer Vorteil der Videoanalyse von Therapiesitzungen.

Entscheidende Kriterien für das Therapeutenverhalten von zufriedenen Patienten waren hier das Einhalten der formalen Struktur, eine direkte Ziel- und Aufgabenorientierung sowie die Umsetzung von Problemaktualisierung und Ressourcenaktivierung.

Für die Supervision und Ausbildung der Therapeuten sind dies durchaus praktische Erkenntnisse. Ein konsequenter Stundenaufbau, das Einhalten eines „roten Fadens“, die Orientierung an Manualen sowie Leitlinien können gut in Workshops bzw. Supervisionssitzungen trainiert werden. Es muss Therapeuten vermittelt werden, dass das Arbeiten an gemeinsamen Zielen und klare Aufgabenformulierungen wichtig für Patienten ist. Hier stimmen Patienten und Therapeuten bezüglich ihrer Wirksamkeitseinschätzung durchaus überein. Wichtig ist es, dass Therapeuten ihren Patienten signalisieren, das Problem verstanden zu haben und sein Vorgehen auf die Möglichkeiten des Patienten abzustimmen. Dann können sie zur Zufriedenheit des Patienten beitragen.

Ein Zwischenfazit:

Videoanalysen erlauben zum einen *spezifische Verhaltenskorrekturen*, zum anderen sind sie aber auch notwendig, um das *professionelle Selbstbild* der Therapeuten zu stärken und zu fördern.

Die *Einzelsupervision* kann genutzt werden um Vertrauen in die eigenen Kompetenzen zu entwickeln (Frank, 1999a), während die Form der *Gruppensupervision* sich eher dazu eignet, Hilfen bei Planungs- und Methodenfragen (Zimmer & Zimmer, 1998) und Anwendung von Therapieverfahren (Zimmer, 1996b) zu geben. Supervisoren sollten darauf hinzuwirken, dass regelmäßig *Stundenbögen zur Überprüfung der Beziehungsqualität und der Therapiezufriedenheit* eingesetzt werden, zumal für den Therapieerfolg die Einschätzung der Patienten am wichtigsten ist (Orlinsky et al., 2004). Ist bekannt, wie die behandelten Patienten eine Therapiestunde oder einen Therapieabschnitt beurteilen, dann können in der Supervision spezifische Beziehungsfertigkeiten sowie therapeu-

tische Strategien noch besser berücksichtigt werden, die gerade zu Therapiebeginn und in kritischen Therapiephasen besonders zu beachten sind.

Werden Videoanalysen systematisch z. B. anhand des von uns verwendeten Verhaltensbeobachtungsbogens oder ähnlicher Instrumente zur Erfassung beobachtbaren Therapeutenverhaltens (vgl. dazu Frank, 1998; Willutzki, 2005) bei verschiedenen Patienten desselben Therapeuten durchgeführt, besteht zudem die Möglichkeit, patientenspezifische Kompetenzprofile zu erstellen, mit denen eine systematische Reflexion der im Einzelfall unterschiedlich ausgeprägten Kompetenzen erfolgen kann (siehe Beispiel bei Langer & Frank, 1999).

Der Vergleich der beiden Extremgruppen dieser Arbeit bestätigt die Ansätze von Ausbildungsambulanzen, bei der Patientenauswahl und -zuweisung auf die mögliche Passung zwischen Patient und Therapeut zu achten. Stimmen Therapeut und Patient in ihrer Stundenwahrnehmung überein, führt dies zu deutlich besseren Stundenbeurteilungen als bei nicht vorhandener Übereinstimmung. Natürlich sollte die Bandbreite an Störungsbildern berücksichtigt werden, die für die Ausbildung einer breitgefächerten Expertise notwendig ist.

Eine weitere praktische Überlegung ist der Einsatz von Videoanalysen unter Hinzunahme von Beurteilungsbögen in regelmäßig stattfindenden Kleingruppen von Auszubildenden. Die Therapeuten selbst können Kriterien, wie sie in Beobachtungs-Bögen operationalisiert sind, als Leitlinien für ihr praktisches Handeln nehmen und sich auch systematisch selbst beurteilen. Ergänzt durch prozess- und ergebnisbezogene Zufriedenheitseinschätzungen ihrer Patienten gewinnen sie Informationen, die neben dem Lernen durch Supervision auch selbstinitiiertes Lernen unterstützen, was zur Entwicklung von Expertise neben den Herausforderungen durch eine breitgefächerte Praxiserfahrung unverzichtbar ist. Neben der Wahrnehmungsschulung sollte auch der Effekt des Modelllernens durch die Beobachtung von anderen Therapeuten nicht unterschätzt werden.

Ebenso wie ein Kleingruppenttraining von Auszubildenden effektiv sein kann, bietet sich dies auch für Supervisoren an. In Gesprächen mit Supervisoren wurde deutlich, dass diese noch zu wenig das Mitbringen von aufgezeichneten Therapiesitzungen einfordern; teils aus Zeitmangel in der Supervision, teils aus eigener Unsicherheit, wie man eine systematische, kriterienorientierte Rückmeldung gestalten könnte. Der in dieser Arbeit genutzte Ratingbogen (Langer & Frank, 1999) könnte in einer Fortbildungseinheit im

Rahmen der Supervisorenausbildung vorgestellt und die Anwendung mit Hilfe von Videoeinheiten trainiert werden. Aufgrund der einfachen Handhabung des Bogens wäre der Zeitaufwand gering, der Effekt für eine verbesserte Supervision jedoch groß. Die konkreten Formulierungen der Verhaltensskalen erlauben eine handlungsnaher Rückmeldung, wie gut die jeweiligen Aspekte im aktuellen Handeln bereits realisiert wurden bzw. noch verstärkt umgesetzt werden müssen.

Abschließend soll auf Reineckers Artikel „Was ist ein guter Verhaltenstherapeut?“ Bezug genommen werden (1997). Er fasst das Ideal-Muster eines Verhaltenstherapeuten aufgrund der Befundlage wie folgt zusammen (S. 47):

- Störungswissen (Kenntnis eines breiten Bereiches)
- Diagnostische Fähigkeiten
- Emotionale Stabilität
- Fähigkeit zur Therapieplanung
- Umsetzung therapeutischer Skills
- Realisieren ethischer Standards
- Fähigkeit zur Evaluation

Des Weiteren hat Reinecker eine Liste zusammengestellt, anhand derer Patienten beurteilen könnten, ob sie bei einem Verhaltenstherapeuten am „richtigen Platz“ sind (S. 47):

- Therapie in einem professionellen Setting
- Kompetenz des Therapeuten
- Therapie als Lösung von Problemen
- Flexibilität des Therapeuten
- Konkrete Antworten auf konkrete Fragen
- Transparenz des Vorgehens
- Therapie führt zu Veränderungen
- Schwierigkeiten etc. werden zum Thema
- Anleitung zum Selbstmanagement

Fassen wir nun noch die Implikationen für weitere Forschungsarbeiten zusammen.

Implikationen für die Forschung

Es wäre generell wünschenswert, wenn sich die verschiedenen Ausbildungsinstitute offener gegenüber der Wissenschaft und Forschung zeigen würden. Die hessischen universitären Ausbildungsstätten haben sich bereits in einem Netzwerk zusammengeschlossen und mit einem Datenaustausch begonnen. Dies ist zumindest ein Anfang der Transparenz, der sowohl auf die privaten Ausbildungszentren als auch bundeslandübergreifend ausgeweitet werden sollte.

Das in dieser Arbeit durchgeführte Untersuchungsdesign sollte in der freien Praxis (z. B. Ausbildungsambulanz, Psychotherapeutischer Praxis, Psychiatrie) erneut durchgeführt werden, um das Klientel zu erweitern. Eventuell könnte man auch störungsspezifische Gruppen bilden, und auf diesem Weg spezifische therapeutische Verhaltensweisen sowie therapeutisches Handeln herauszustellen, die bzw. das sich für bestimmte Störungsbilder als effektiv gezeigt hat.

Des Weiteren sollte die Beobachtung einer einzelnen Therapiesitzung auf einen Gesamttherapieprozess ausgeweitet werden. So können Verlauf und Entwicklung der therapeutischen Wirksamkeitserwartung und Patientenzufriedenheit erhoben werden und deren mögliche Veränderungen aufgrund Veränderungen im therapeutischen Handeln durch Supervisionshilfen.

Um die Entwicklung der therapeutischen Expertise junger Therapeuten erfassen zu können, sollten regelmäßige Verhaltensbeobachtungen über den Zeitraum der gesamten eigenständigen verhaltenstherapeutischen Behandlungstätigkeit durchgeführt werden. Nur auf diesem Weg können Stabilisierungen, Verbesserungen und das Erlernen neuer Fertigkeiten auf ihre Effektivität überprüft werden.

Interessant ist auch ein Vergleich der Einschätzung von Therapeuten, Patienten und Beobachtern auf dem Ratingbogen. Auf diese Weise könnten Abweichungen aber auch Gemeinsamkeiten in der Wahrnehmung des therapeutischen Verhaltens erfasst und Kriterien weiter operationalisiert werden.

Eine weitere Anregung ist in der Beobachtung der Interaktion von Therapeut und Patient zu sehen. So können „blinde Flecken“ des Therapeuten aber auch des Supervisors aufgedeckt, nicht genutzte Angebote des Patienten aufgegriffen und möglichen Über- oder auch Unterforderungen des Patienten vorgebeugt werden. Konkrete Trainingsmaßnahmen für eine verbesserte Beziehungsarbeit könnten abgeleitet werden.

Aufschlussreich könnte auch die Betrachtung von Geschlechterunterschieden zwischen männlichen und weiblichen Therapeuten sein. Der männliche Anteil der Stichprobe der vorliegenden Arbeit war zu klein, um hier Aussagen machen zu können. Auch die Beob-

bachtung der Interaktion von geschlechtsgleichen und unterschiedlichen Therapeuten-Patienten-Paaren könnte für die Gestaltung therapeutische Beziehungen informativ sein und bereits bestehende Forschungsbefunde ergänzen.

Die praktischen Anregungen von Kleingruppenarbeiten sowohl in der Aus- und Fortbildung von Therapeuten als auch in der Ausbildung von Supervisoren könnten in der Forschung auf ihre Effektivität überprüft werden, um langfristig eventuell standardisiert durchgeführt zu werden.

Abschließend sollte noch mal betont werden, dass die Forschung im Bereich der Ausbildung von psychologischen Psychotherapeuten zwar noch am Anfang steht, in den letzten Jahren aber auf einen guten und viel versprechenden Weg gebracht wurde.

Fazit dieser Arbeit:

Junge Therapeuten verfügen bereits zur Ausbildungsmitte über gute Beziehungs- und Methodenkompetenzen.

Sowohl Therapeutenurteile als auch Patienteneinschätzungen sowie die Bewertung von Außenstehenden bezüglich Therapieprozess und –ergebnis sind für die Entwicklung therapeutischer Expertise und nachfolgend die Optimierung einer psychotherapeutischen Behandlung sinnvoll und notwendig. Der Methode der Videoanalyse mit Hilfe von Beobachtungsbögen muss mehr Beachtung insbesondere in der Ausbildung von Therapeuten geschenkt werden. Sie dient u. a. der spezifischen Verhaltenskorrektur bzw. Korrektur und Stabilisierung des professionellen Selbstbildes. Die Supervision (ob im Einzel- oder Gruppensetting) bietet hierfür den geeigneten, geschützten Rahmen unter Berücksichtigung von entwicklungsbedingten Bedürfnissen und Forderungen der Therapeuten.

Der Nutzen des Beobachtungsbogens für die Verbesserung von spezifischen therapeutischen Kompetenzen sollte in der Praxis weiter erforscht werden.

Zusammenfassung

Unter Gesichtspunkten der Prozess- und Ergebnisqualität der Arbeit von 71 Psychotherapeuten des Gießener postgraduierten Weiterbildungsstudienganges „Psychologische Psychotherapie (Schwerpunkt Verhaltenstherapie)“ wurde ihre therapeutische Kompetenz aus drei Perspektiven erfasst: aus der Sicht der Therapeuten, ihrer Patienten und der Sicht externer Beobachter. Die Arbeit sollte einerseits einen Beitrag zur Qualitätssicherung des Gießener Weiterbildungsstudienganges leisten (Prozess- und Ergebnisqualität), andererseits Anregungen für die Gestaltung von Ausbildungselementen, insbesondere der Ausbildungssupervision geben (Strukturqualität).

Es sollte geklärt werden, ob Therapeuten ihr eigenes therapeutisches Handeln patientengerecht einschätzen können; ihr Urteil ein geeignetes Abbild des Behandlungsverlaufs für die Supervision darstellt und inwiefern Differenzen optimal in der Supervision genutzt und verändert werden können. Hierzu wurde untersucht, welche Aspekte zur subjektiven Wirksamkeitserwartung von Therapeuten und zur Patientenzufriedenheit beitragen. Des Weiteren wurde geprüft, inwiefern sich subjektiv wirksame Therapeuten von unwirksamen Therapeuten unterscheiden; ob bei zufriedenen vs. weniger zufriedenen Patienten unterschiedliches Therapeutenverhalten beobachtet werden kann und ob Therapeuten, die sich als unterschiedlich wirksam erleben, beobachtbare Verhaltensunterschiede aufweisen.

Erhoben wurden anhand der Stundenbeurteilungsbögen von Grawe (1995b) das Therapeuten- und Patientenurteil sowie mit Hilfe des Beobachtungsbogens für Verhaltensratings zur Therapeutenkompetenz (Langer & Frank, 1999) die Beobachtereinschätzung (zwei Beobachterinnen). Im Mittelpunkt der Studie standen 71 Auszubildende des Gießener postgradualen Weiterbildungsstudienganges zum Zeitpunkt des Beginns ihrer eigenständigen verhaltenstherapeutischen Behandlungstätigkeit unter Supervision. Bewertet wurde die jeweils vierte Therapiestunde, die die Zwischenprüfung der Therapeuten innerhalb der Gießener Ausbildung darstellte und in einem dyadischen, unstandardisierten Setting stattfand.

Es zeigte sich, dass die untersuchten jungen Therapeuten zum Untersuchungszeitpunkt bereits über gute Beziehungs- und Methodenkompetenzen verfügten. Die Therapeuten gaben in der Gesamtgruppe eine durchschnittliche subjektive Wirksamkeitserwartung an, die Patienten zeigten sich überdurchschnittlich zufrieden.

Das therapeutische Wirksamkeitserleben kann durch die Realisierung einer guten Therapeut-Patienten-Beziehung, Ziel- und Aufgabenorientierung sowie förderlichen Problemaktualisierung vorhergesagt werden. Ebenso geht die beobachtbare problembewältigende Arbeit mit einer positiven subjektiven Wirksamkeitserwartung auf Therapeuten-seite einher. Merkmale, die Patientenzufriedenheit hervorsagen, sind die von Patienten wahrgenommene Ziel- und Aufgabenorientierung, Problemaktualisierung und Ressourcenaktivierung sowie die von Außen erkennbare formale Struktur.

Im Ergebnis unterscheiden sich subjektiv wirksame von unwirksamen Therapeuten in ihrer eigenen Stundenbeurteilung sowie aus der Beobachterperspektive. Mit der Wahrnehmung der eigenen Wirksamkeit geht eine höhere Beziehungsqualität sowie eine bessere Problemaktualisierung und –bewältigung einher. Patienten nehmen keine Unterschiede im Verhalten der beiden Therapeutengruppen wahr. Das beobachtbare Therapeutenverhalten von zufriedenen Patienten zeichnet sich durch eine ziel- und aufgabenorientierte sowie patientenzugewandte Beziehungsgestaltung aus. Die Therapeuten schaffen Problemnähe (Problemaktualisierung) und einen formal gut strukturierten Stundenablauf. Auch die Ausstrahlung von emotionaler Sicherheit nimmt einen positiven Einfluss auf die Stundenzufriedenheit.

Bei der Betrachtung der beiden Therapeutengruppen (subjektiv wirksam/unwirksam) im Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit wurde deutlich, dass das Patientenurteil u. a. dafür notwendig ist, die Therapeutenwahrnehmung zu korrigieren. So fühlten sich Therapeuten wirksam, die aber unzufriedene Patienten hatten und dies nicht realisierten, ebenso wie sich Therapeuten als unwirksam wahrnahmen, die Patienten sich aber durchaus zufrieden zeigten. Im Hinblick auf die Entwicklung eines professionellen Selbstbildes ist es erforderlich, sowohl die Wahrnehmung des eigenen Verhaltens als auch das Erkennen von Patientensignalen zu schulen.

Die Studie impliziert, dass neben der Therapeutensicht, wie sie bei Fall-Supervisionen auf der Basis verbaler Berichte im Vordergrund steht, auch die Sicht der Patienten und externe Verhaltensbeurteilungen zum Therapeutenverhalten heranzuziehen sind, wie dies bei videogestützter Supervision möglich ist. Anhand von Kriterien, die sich auf diese drei Informationsquellen beziehen, kann die Entwicklung von therapeutischer Expertise im Rahmen von Ausbildung und Supervision optimal unterstützt werden.

Die Ergebnisse werden im Hinblick auf Implikationen für Praxis und Forschung diskutiert.

Literatur

- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.
- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 171-185.
- Ahn, H. & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 251-257.
- Ambady, N. & Rosenthal, R. (1992). Thin slices of expressive behaviour as predictors of interpersonal consequences: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 111, 256-274.
- Ambühl, H. & Grawe, K. (1988). Die Wirkungen von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klient/inn/en. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 36, 308-327.
- Ambühl, H. (1992). Therapeutische Beziehungsgestaltung unter dem Gesichtspunkt der Konfliktdynamik. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 245-264). München: Röttger-Verlag.
- Ambühl, H. (1993). Was ist therapeutisch an Psychotherapie? Eine empirische Überprüfung der Annahmen im „Generic Model of Psychotherapy“. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 41, 285-303.
- Ambühl, H. (1994). Internationale Studie zur Entwicklung der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Ein Forschungsprojekt des „Collaborative Research Network“ (CRN). *Psychotherapeut*, 39, 5, 336-338.
- Ambühl, H. (2005). Die Entwicklung von Beziehungs- und interaktionellen Kompetenzen. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki, (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie*, S. 221-238. Hogrefe-Verlag: Göttingen.
- Amelang, M. & Zielinski, W. (2002). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Berlin: Springer.
- Antonuccio, D. O., Lewinsohn, P. M. & Steinmetz, J. L. (1982). Identification of therapists differences in a group treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 433-435.

- Asendorpf, J. & Wallbott, H. G. (1979). Maße der Übereinstimmung: Ein systematischer Vergleich. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 10, 243-252.
- Atkinson, D. & Matsushita, Y. (1991). Japanese-American acculturation, counseling style, counselor ethnicity, and perceived counselor credibility. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 473-478.
- Atkinson, D. R. & Schein, S. (1986). Similarity on counseling, *The Counseling Psychologist*, 14, 319-354.
- Auckenthaler, A. (1999). Supervision von Psychotherapie. Behauptungen – Fakten – Trends. *Psychotherapeut*, 44, 139-152.
- Bachelor, A. (1995). Clients' Perception of the Therapeutic Alliance: A Qualitative Analysis. *Journal of Consulting Psychology*, 42 (3), 323-337.
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy*, 28, 534-549.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bänniger-Huber, E. (2001). Von der Erfolgsforschung zur Prozessforschung – und wieder zurück?. *Psychotherapeut*, 46, 348-352.
- Barber, J. P. & Muenz, L. R. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 951-958.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Beck, D. F. (1988). *Counselor characteristics: How they effect outcomes*. Milwaukee, WI: Family Service of America.
- Bedi, R. P., Davis, M. D. & Williams, M. (2005). Critical incidents in the formation of the therapeutic alliance from the clients perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42 (3), 311-323.
- Berking, M., Orth, U. & Lutz, W. (2006). Wie effektiv sind systematische Rückmeldungen des Therapieverlaufs an den Therapeuten? Eine empirische Studie in einem stationär-verhaltenstherapeutischen Setting. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (1), 21-29.
- Berns, K. (2003). *Wahrnehmung einer Therapiestunde und ihrer Wirkvariablen aus Patientenperspektive*. Unveröff. Diplom-Arbeit, Justus-Liebig Universität, Gießen.
- Berry, W. G. & Sipps, G. J. (1991). Interactive effects of counselor-client similarity and self-esteem on termination type and number of sessions. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 120-125.

- 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: John Wiley & Sons.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P. & Neufeldt, A. 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: John Wiley & Sons.
- Beutler, L. E. & Kendall, P. C. (1995). Introduction to the special section: The case for training in the provision of psychological therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 179-181.
- Beutler, L. E. (2000). David and Goliath. When Empirical and Clinical Standards of Practice Meet. *American Psychologist*, 55(9), 997-1007.
- Beutler, L. E. (2001). Comparisons among quality assurance systems: From outcome assessment to clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 197-204.
- Beutler, L. E. & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L.E., Molero, C. & Talebi, H. (2002). How practioners can systematically use empirical evidence in treatment selection. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1199-1212.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, M. T., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior Change* (5th ed., pp 227-306). New York: John Wiley & Sons.
- Binder, J. L. (1993). Is it time to improve psychotherapy training? *Clinical Psychology Review*, 13, 301-318.
- Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Zuroff, D. C. & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1276-1284.
- Bohart, A., Elliott, R., Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp 89-108). New York: Oxford University
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Bothe, V. (2003). *Psychotherapeutische Kompetenz aus der Therapeuten- und der Beobachterperspektive*. Unveröff. Diplomarbeit, Justus-Liebig-Universität, Gießen.

- Boothe, B. & Grimmer, B. (2005). Die therapeutische Beziehung aus psychoanalytischer Sicht. In W. Rössler (Hrsg.), *Die therapeutische Beziehung* (S. 37-58). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Borders, L. D. & Fong, M. L. (1984). Sex role orientation: Review and implications for counselor education. *Counselor Education and Supervision*, 24, 58-69.
- Bordin, E. S. (1975). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Paper at annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Boston, Massachusetts.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bothe, V. (2003). *Psychotherapeutische Kompetenz aus der Therapeuten- und Beobachterperspektive*. Unveröffentl. Diplomarbeit, Justus-Liebig-Universität, Gießen.
- Bowman, D. G., Scogin, F., Floyd, M. & McKendree-Smith, N. (2001). Effect of therapist sex on outcome of psychotherapy: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 38, 142-148.
- Bromme, R. (1992). *Der Lehrer als Experte. Zur Psychologie professionellen Wissens*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Buckley, P., Conte, H., Plutchik, R., Karasu, T. & Wild, K. (1982). Learning dynamic psychotherapy: A longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1607-1610.
- Burns, D. D. & Nolen-Hoeksma, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 441-449.
- Caspar, F. (2005). Die Entwicklung klinischer Informationsverarbeitung. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki, (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie*, (S. 239- 262). Hogrefe-Verlag: Göttingen.
- Cecero, J. J., Fenton, L. R., Frankforter, T. L. Nich, C. & Carrol, K. M. (2001). Focus on therapeutic alliance: The psychometric properties of six measures across three treatments. *Psychotherapy*, 38, 1-11.
- Chatoor, I. & Krupnick, J. (2001). The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10 (1), 19-25.
- Chevron, E. S. & Rounsaville, B. J. (1983). Evaluating the clinical skills of psychotherapists. A comparison of techniques. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1129-1132.
- Chi, M. T. H., Glaser R. & Farr, M. J. (Eds.). *The nature of expertise*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In Lambert M. J. (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 194-226). N.Y.: Wiley.

- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Chittams, J., Beck, A., Frank, A., Liese, B., Luborsky, L., Mark, D., Mercer, D., Onken, L., Najavits, L., Thase, M. & Woody, G. (1998). Training in cognitive, supportive-expressive and drug counselling therapies for cocaine dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 484-492.
- Czogalik, D. (1999). Methoden der Psychotherapieforschung, Möglichkeiten und Grenzen. In H. Petzlod & M. Märtens (Hrsg.) *Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings* (S. 151-174). Opladen: Leske und Budrich.
- Deutsches Institut für Normung (2005). *Qualitätsmanagement und Statistik. Begriffe und Normen*. Berlin: Beuth.
- Domma, J. & Frank, R. (2006). Criteria-related supervision of cognitive behavioural therapists in training. 36nd Congress of European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Paris. Training in CBT, Symposium 29, 38.
- Dobson, K. S. & Shaw, B. F. (1993). The training of cognitive therapists: What have we learned from treatment manuals? *Psychotherapy*, Vol. 30 (4), 573-577.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medial care. *Milbank Meminger Foundation Quaterly*, 44, 166-203.
- Donnan, H. H. & Mitchell, H. D. (1979). Preferences for older versus younger counselors among a group of elderly persons. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 514-518.
- Dreyfus, H. L. & Dreyfus, S.E. (1986). Five Steps from novice to experts. In H.K. Dreyfus & S. S. Dreyfus (Eds.). *Mind over machine: The power of human intuition in the era of the computer* (pp. 16-51). N.Y. Free Press.
- Dumont, F. (1991). Expertise in Psychotherapy: Inherent liabilities of becoming experienced. *Psychotherapy Research*, 28 (3), pp. 422-428.
- Dunkle, J. H. & Friedlander, M. L. (1996). Contribution of Therapist Experience and Personal Characteristics to the Working Alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43 (4), 456-460.
- Eames, V. & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance – a study of patient and therapist report of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Report*, 10 (4), 421-434.
- Ericcson, K. A., Krampe, R. Th. & Heizmann, S. (1993). Can we create gifted people? In G. R. Bock & K. Ackrill (Eds.) *The Origins and development of high ability* (pp 222-231). John Wiley & Sons, Chichester.
- Ericcson, K. A. & Lehmann, A. C. (1996). Expert and exceptional performance: Evidence of maximal adaptation to task constraints. *Annual Review of Psychology*, 47, 273-305.
- Farber B.A. & Lane J.S. (2001). Positive regard. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 390-395.

- Fenton, L. R., Cecero, J. J., Nich, C., Frankforter, T. L. & Carrol, K. M. (2001). Perspective is everything: The predictive validity of six working alliance instruments. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 262-268.
- Finke, J. (1990). Can psychotherapeutic competence be taught? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1, 64-67.
- Fiorentine, R. & Hillhouse, M. P. (1999). Drug treatment effectiveness and client-counselor empathy. *Journal of Drug Issues*, 29, 59-74.
- Fitzpatrick, M. R., Iwakabe, S. & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 69-79.
- Frank, R. (1995). Psychotherapie-Supervision. *Report Psychologie*, 20, 33-46.
- Frank, R., Rzepka U. & Vaitl, D. (1996). Auswirkungen von Psychotherapie-Supervision auf die Entwicklung von Psychotherapeuten. In H. Bents, R. Frank & E.-R. Rey (Hrsg.). *Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie* (S. 218-239). Regensburg: Roderer.
- Frank, R. (1998). Qualitätssicherung durch Psychotherapie-Supervision. In A.-R. Lairaiter & H. Vogel (Hrsg.). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch* (S. 647-682). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Frank, R. (1999a). Verhaltenstherapeutische Weiterbildung in Deutschland: Bilanz und Ausblick. *Verhaltenstherapie*, 9, 44-51.
- 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). Opladen: Leske & Budrich.
- 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. (2003a). Bestandteil der Ausbildung: Supervision. In A. Kuhr & G. Ruggaber (Hrsg.). *Psychotherapieausbildung. Der Stand der Dinge* (S.115-127). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Frank, R. (2003b). Looking for the best ways to develop professional psychotherapeutic expertise. 33nd Congress of European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Prague. *Psychiatrie, Casopis pro Moderni Psychiatrii, Roknik 7, Supplementum 4*, 47.
- Freud, S. (1910). Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapis. In S. Freud, *Schriften zur Behandlungstechnik, Studienausgabe, Ergänzungsband* (S. 121-132). Frankfurt/M.: Fischer Wissenschaft (1982).
- Freud, S. (1912/1966). On beginning the treatment. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 12. London: Hogarth Press.

- Friedlander, M. L., Keller, K. E., Peca-Baker, T. A. & Olk, M. E. (1986). Effects of role conflict on counselor trainees' self-statements, anxiety level, and performance. *Journal of Counselling Psychology, 33*, 73-77.
- Friedlander, M. L., Ellis, M. V., Siegel, S. M., Raymond, L., Haase, R. F. & Highlen, P. S. (1988). Generalizing from segments to sessions: Should it be done? *Journal of Counseling Psychology, 35*, 243-250.
- Fydrich, T., Laireiter, A.-R., Saile, H. & Engberding, M. (1996). Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie. Empfehlungen und Standardisierungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 25*, 161-168.
- Galassi, J. P. & Brooks, B. (1992). Integrating scientist and practitioner training in counselling psychology: practicum is the key. *Counselling Psychology Quarterly, Vol. 5, No. 1*, pp. 57-65.
- Garb, H. N. (1989). Clinical judgement, clinical training and professional experience. *Psychological Bulletin, 105*, 387-396.
- Garfield, S. C. (1978). Research on client variables in psychotherapy. In S. C. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (2nd edition). New York: Wiley.
- Garfield, S. C. (1986). Research on client variables in psychotherapy. In S. C. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (3rd edition). New York: Wiley.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy, 27*, 143-153.
- Geiser, F., Bassler, M., Bents, H., Carls, W., Joraschky, P., Michelitsch, B., Paar, G., Ullrich, J. & Liedtke, R. (2002). Bewertung des Therapieerfolgs durch Patienten mit Angststörungen nach stationärer Psychotherapie. *Nervenarzt, 73*, 59-64.
- Gelso, C. J. & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. New York: Wiley.
- Glaser, R. & Chi, M. T. H. (1988). Overview. In M. T. H. Chi, R. Glaser & M. J. Farr (Eds.), *The nature of expertise* (pp. 15-28). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Goldberg, D. A. (1983). Resistance of the use of video in individual psychotherapy training. *American Journal of Psychiatry, 140*, 1172-1176.
- Goodyear, R. K. & Nelson, M. L. (1997). The Major Formats of Psychotherapy Supervision. In C. E. Watkins (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Supervision*, (pp. 328-344). New York: John Wiley & Sons.
- Gottheil, E., Sterling, R. C., Weinstein, S. P. & Kurtz, J. W. (1994). Therapist/Patient matching and early treatment drop-out. *The Journal of Addictive Diseases, 13*, 169-176.

- Grande, T., Wilke, S. & Bling, R. (1992). Symptomschilderungen und initiale Beziehungsangebote von weiblichen und männlichen Patienten in psychoanalytischen Erstinterviews. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 38, 31-48.
- Grawe, K. (1992a). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132-162.
- Grawe, K. (1992b). 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-Verlag.
- Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 242-267.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, R. (1995). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession* (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1995a). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (1995b). *TherapeutInnen-Stundenbogen/PatientInnen-Stundenbogen*. Psychotherapeutische Praxisstelle, Universität Bern.
- Grawe, K. (1996). Umriss einer zukünftigen Psychotherapie. In H. Bents, R. Frank & E.-R. Rey (Hrsg.), *Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie* (S. 38-58). Regensburg: Roderer.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1999). Gründe und Vorschläge für eine Allgemeine Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44 (6), 350-359.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, R. (2001). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession* (5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., Elliott, R. & Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Research, Practice, Training*, 38, 380-384.
- Grencavage, L. M. & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378.
- Groen, G. J. & Patel, V. L. (1988). The relationship between comprehension and reasoning in medical expertise. In M. T. H. Chi, R. Glaser & M. J. Farr (Eds.), *The nature of expertise* (pp. 287-310). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- de Groot, A. D. (1965). *Thought and choice in chess*. The Hague: Mouton.
- de Groot, A. D. (1966). Perception and memory versus thought. In Kleinmütz (Ed.), *Problem solving research, methods and theory* (pp. 19-50). New York: Wiley.

- Gruber, H. & Mandl, H. (1996). Das Entstehen von Expertise. In J. Hoffmann & W. Kintsch (Hrsg.). *Enzyklopädie der Psychologie: Serie: Kognition, Band Lernen* (S. 583-615). Göttingen: Hogrefe.
- Gruyters, T. & Priebe, S. (1994). Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch den Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiatrische Praxis*, 21, 88-95.
- Hall, J. A., Carter, J. D. & Horgan, T. G. (2000). Gender differences in nonverbal communication of emotion. In A. H. Fischer (Ed.), *Gender and emotion: Social psychological perspectives. Studies in emotion and social interaction. Second series* (pp. 97-117). New York: Cambridge University Press.
- Hannöver, W., Dogs, C. P. & Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*, 45, 292-300.
- Hass, W., Märtens, M. M. & Petzold, H. G. (1998). Akzeptanzstudie zur Einführung eines Qualitätssicherungssystems in der ambulanten Integrativen Psychotherapie aus Therapeutensicht. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch* (S. 157-178). dgvt-Verlag: Tübingen.
- Hatcher, R. L., Barends, A., Hansell, J. & Gutfreund, M. J. (1995). Patients' and therapists' shared and unique views of the therapeutic alliance: An investigation using confirmatory factor analysis in a nested design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 636-643.
- Hausch, T., Novak, H., Poggenpohl, C. & Scholz, O. B. (1999). Dokumentation der therapeutischen Sitzungen als Möglichkeit der Qualitätssicherung und Weiterbildung. *Verhaltenstherapie*, 9, 38-43.
- Hentschel, U. (2005). Die Therapeutische Allianz. *Psychotherapeut*, 50 (5), 305-317.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., Strupp, H. H., Butler, S. F. & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Therapists' responses to training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 441-447.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 434-440.
- Heppner, P. P. & Claiborn, C. D. (1989). Social influence research in counselling: A review and critique. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 365-387.
- Hersoug, A. G., Høglund, P., Monsen, J. T. & Havik, O. E. (2001). Quality of Working Alliance in Psychotherapy. Therapist Variables and Patient/Therapist Similarity as Predictors. *Journal of Psychotherapy, Practice and Research*, 10 (4), 205-216.

- Hill, C., Nutt, E. & Jackson, S. (1994). Trends in psychotherapy process research: Samples, measures, and classic publications. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 364-377.
- Hill, C. E., Nutt-Williams, E., Heaton, K., Thompson, B. & Rhodes, R. H. (1996). Therapist retrospective recall of impasses in long-term psychotherapy: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology, 43*, 207-217.
- Hill, C. & Knox, S. (2001). Self-disclosure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 413-417.
- Hill, C. & Kellems, I. (2002). Development and use of the helping skills measure to assess client perceptions of the effects of training and of helping skills in sessions. *Journal of Counseling Psychology, 49*, 264-272.
- Hill, C. E. & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 84-135). New York: John Wiley & Sons.
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Clemence, A. J., Strassle, C. G. & Handler, L. (2002). Effects of structured clinician training on patient and therapist perspectives of alliance early in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, Vol. 39 (4)*, 309-323.
- Hogan, R. A. (1964). Issues and approaches in supervision. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 1*, 39-141.
- Holcomb, W. R., Adams, N. A., Pender, H. M. & Reitz, R. (1989). The development and construct validation of a consumer satisfaction questionnaire for psychiatric inpatients. *Evaluation and Program Planning, 12*, 189-194.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223-233.
- 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.
- Horvath, A. O. (2000). The Therapeutic Relationship: From Transference to Alliance. *Journal of Clinical Psychology, 56 (2)*, 163-173.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 365-372.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Works* (pp. 37-69). Oxford University Press.
- Hoyer, J., Jacobi, F. & Leibing, E. (2003). Gesprächsführung in der Verhaltenstherapie. In E. Leibing, W. Hiller & S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie* (S. 85-101). München: CIP-Medien.

- Hunt, D. D., Carr, J. E., Dagadakis, C. S. & Walker, E. A. (1985). Cognitive match as a predictor of psychotherapy outcome. *Psychotherapy, 22*, 718-721.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. & Woods, S. W. (2001). Therapists, Therapist Variables, and Cognitive- Behavioral Therapy Outcome in a Multicenter Trial of Panic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69* (5), 747-755.
- Ickes, W. (1993). Empathy accuracy. *Journal of Personality, 61*, 587-609.
- Jack, M, Wyn, M & Slemon, A. G. (1989). Cognitive-Mediational Models of Action-Act Sequences in Counseling. *Journal of Counseling Psychology, 36* (1), 8-16.
- James, I. A., Blackburn, I.-M., Milne, D. L. & Reichfelt, F. K. (2001). Moderators of trainee therapists' competence in cognitive therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 40*, 131-141.
- Joyce, A. S. & Piper, W. E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 7*, 236-248.
- Kanfer, F. H. (1990). The scientist-practitioner-connection: A bridge in need of constant attention. *Professional Psychology: Research and Practice, 2*, 1-7.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). Selbstmanagement-Therapie – ein Lehrbuch für die klinische Praxis (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2005). Selbstmanagement-Therapie – ein Lehrbuch für die klinische Praxis (4. durchges. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Keijsers, G. P. J., Schaap, C. P. D. R. & Hoogduin, C. A. L. (2000). The Impact of Interpersonal Patient and Therapist Behavior on Outcome in Cognitive-Behavior Therapy. *Behavior Modification, 24* (2), 264-297.
- Kivlighan, D. M., Jr. (1990). Relationship between counselors' use of intentions and clients' perceptions of working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 37*, 27-32.
- Kivlighan, D. M., Patton, M. J. & Foote, D. (1998). Moderating effects of client attachment on the counselor experience-working alliance relationship. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 274-278.
- Kivlighan, D. M., Jr. & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of Working Alliance Development: A Typology of Client's Working Alliance Ratings. *Journal of Counseling Psychology, 47*(3), 362-371.
- Klee, M. R., Abeles, N. & Muller, R. T. (1990). Therapeutic alliance: early indicators, course, and outcome. *Psychotherapy, 27*, 166-174.
- Klein, D. F. & Smith, L. B. (1999). Organizational requirements for effective clinical effectiveness studies. *Prevention and Treatment, 2*, Article 0002a. Verfügbar unter: <http://www.journals.apa.org/prevention/volume2/pre0020002a.html>.

- Klein, M. (2001). Der Abbruch der Beratung [The attrition of counseling]. In R. Brinkmann-Göbel (Hrsg.), *Handbuch für Gesundheitsberater* (S. 419-428). Bern: Huber.
- Kommer, D. (1996). Historische Anfänge und aktuelle Trends in der Verhaltenstherapieausbildung: Vom „scientist-practitioner“-Modell zur wissenschaftsfernen „professional school“. In H. Bents, R. Frank & E.-R. Rey (Hrsg.), *Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie* (S. 240-263). Regensburg: Roderer Verlag.
- Kopeinig, M., El-Giamal, N., Bailer, U., Strnad, A., Lennkh, C. & de Zwaan, M. (2001). Zur Bedeutung des Geschlechts in der Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen. *Psychologische Medizin*, 12 (1), 22-27.
- Kraemer, J. (1997). Attribute von Verhaltenstherapeuten(innen) und Verhaltenstherapie. Diplomarbeit: Bamberg.
- Krasner, R. F., Howard, K. I. & Brown, A. S. (1998). The Acquisition of Psychotherapeutic Skill: An Empirical Study. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 54(7), 895-903.
- Kraft, H. (1990). Die Rituale der Initiation in Schamanismus und Psychotherapie/Psychoanalyse. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 5, 254-262.
- Kröner-Herwig, B. (2003). Psychotherapie: Die theoretische Ausbildung nach PsychThG und AprV. In A. Kuhr & G. Ruggaber (Hrsg.), *Psychotherapieausbildung. Der Stand der Dinge* (S. 51-54). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins et al. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome : findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 532-539.
- Kuhr, A. (1998). Einige Überlegungen zu den empirischen Grundlagen für Qualitätsstandards in der Psychotherapie-Ausbildung. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch* (S. 595-619). dgvt-Verlag: Tübingen.
- Kuhr, A. (2005). Strukturqualität in der Verhaltenstherapieausbildung. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in der Verhaltenstherapie* (S. 362-382). Hogrefe-Verlag Göttingen.
- Ladany, N., Hill, C. E., Corbett, M. M. & Nutt, E. A. (1996). Nature, extent and importance of what psychotherapy trainees do not disclose to their supervisors. *Journal of Counselling Psychology*, 43, 10-24.
- Lafferty, P., Beutler, L. E. & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 76-80.
- Laireiter, A.-R. & Botermans, J.-F. (2005). Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in der Verhaltenstherapie* (S. 53-101). Hogrefe-Verlag Göttingen.

- Laireiter, A.-R. & Hampel, A. (2003). Fallberichte zum Erwerb und zur Prüfung von verhaltenstherapeutischer Kompetenz in der Verhaltenstherapieausbildung. *Verhaltenstherapie*, 13, 192-201.
- Laireiter, A.-R. & Willutzki, U. (2003). Self-reflection and Self-practice in Training of Cognitive Behaviour Therapy: An Overview. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 19-30.
- Laireiter, A.-R. & Willutzki, U. (2005). Ausbildung in der Verhaltenstherapie. Hogrefe-Verlag Göttingen.
- Lambert, M. J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 9, 469-485.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143-189). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. & Hill, C.E. (1994). Assessing Psychotherapy Outcomes and Process. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp 72-113). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001a). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38, 357-361.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L. & Hawkins, E. J. (2001b). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11(1), 49-68.
- Lambert, M.J., Hansen, N.B. & Finch, A. E. (2001c). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 159-172.
- Lambert, M. J. (2004). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 139-193). New York: John Wiley & Sons.
- Langer, A. (1997). *Verhaltensbeobachtung zur psychotherapeutischen Kompetenz*. Unveröff. Diplom-Arbeit, Justus-Liebig-Universität, Gießen.
- Langer, A. & Frank, R. (1999). Erfassung verhaltenstherapeutischer Kompetenzen durch direkte Verhaltensbeobachtung: Entwicklung eines Beobachtungsbogens für eine kriterienorientierte Supervision. *Verhaltenstherapie*, 9, 30-37.
- Leibetseder, M. & Greimel, K. V. (2003). Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In E. Leibing, W. Hiller & S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie* (S. 3-24). München: CIP-Medien.

- Leimkühler, A. M. & Müller, U. (1996). Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache? *Nervenarzt*, 67, 65-73.
- Lesgold, A., Rubinson, H., Feltovich, P., Glaser, R., Klopfer, D. & Wang, Y. (1988). Expertise in a complex skill: Diagnosing X-ray pictures. In M. T. H. Chi, R. Glaser & M. J. Farr (Eds.), *The nature of expertise* (pp. 311-342). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Levant, R. F. (2005). Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, July 1, APA.
- Lieberz, K. & Troilo, S. (2004). Therapieabbrüche in der stationären Psychotherapie – Hinweis auf Veränderungen der ambulanten Versorgungslage. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54,
- Liston, E., Yager, J. & Strauss, G. (1981). Assessment of psychotherapy skills: The problem of interrater reliability. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1069-1074.
- Love, R., Caid, D. & Davis, A. (1979). The user satisfaction survey: consumer evaluation of an inner city community healthy center. *Evaluation and the Health Professions*, 1, 42-51.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-111). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. & Seligman, D. A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 53-63.
- Luborsky, L. (2000). A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychotherapy Research*, 10 (1), 17-29.
- Lutz, W., Stammer, H., Leeb, B., Dötsch, M., Bölle, M. & Kordy, H. (1996). Das Heidelberger Modell der Aktiven Internen Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 41, 25-35.
- Lutz, W. (2002). Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirically based clinical practice. *Psychotherapy Research*, 12, 251-272.
- Lutz, W., Tholen, S. & Kosfelder, J. (2005). Patientenorientierte Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung: Modelle zur Weiterentwicklung der Psychotherapie in Forschung, Ausbildung und Praxis. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 37 (3), 565-584.
- Maling, M. S., Gurtman, M. B. & Howard, K. (1995). The response of interpersonal problems to varying doses of psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 5, 63-75.
- Mallinckrodt, B. & Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 133-138.

- Mallinckrodt, B., Coble, H. M. & Gantt, D. L. (1995). Working alliance, attachment memories, and social competencies of women in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 79-84.
- Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support, and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 10* (3), 239-266.
- Margraf, J. & Brengelmann, J. C. (Hrsg.). *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. München: Röttger.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1992). Therapeutische Beziehung und Therapieerfolg bei Angststörungen. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 109-133). München: Röttger.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S. & Gaston, L. (1989). Towards the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*, 46-52.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta analytic review. *Journal of Consulting and Counseling Psychology, 68*, 438-450.
- Metzler, P. & Krause, B. (1997). Methodischer Standard bei Studien zur Therapieevaluation. *Methods of Psychological Research Online, 2*, 55-67. Verfügbar unter: <http://www.pabst-publishers.de/mpr/>.
- Mercer, R. C. & Loesch, L. C. (1979). Audio tape ratings: Comments and guidelines. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 79-85.
- Meyer, F. & Schulte, D. (2002). Zur Validität der Beurteilung des Therapieerfolgs durch Therapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 31*, 257-265.
- Meyer, F. (2005). Die Bedeutung des Psychologiestudiums für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 121-129). Hogrefe-Verlag Göttingen.
- Meyers, R. J., Miller, W. R., Smith, J. E. & Tonigan, J. S. (2002). A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70* (5), 1182-1185.
- Miklowitz, D. J. & Clarkin, J. F. (1999). Balancing internal and external validity. *Prevention and Treatment, 2*, Article 0004c. Verfügbar unter: <http://www.journals.apa.org/prevention/volume2/pre0020004c.html>.
- Milne, D., Claydon, T., Blackburn, I.-M., James, I. & Sheikh, A., (2001). Rationale for a new measure of competence in therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*, 21-33.
- Mohr, J. J. & Woodhouse, S. S. (2001). Looking inside the therapeutic alliance: Assessing clients' visions of helpful and harmful psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin, 36*, 15-16.

- Moline, R. & Winer, J. (1985). Assessment of residents' ability to do psychotherapy. *Journal of Psychiatric Education*, 9, 267-277.
- Möller-Leimkühler, A. M., Dunkel, R., Müller, P., Pukies, G., de Fazio, S. & Lehmann, E. (2002). Is patient satisfaction a unidimensional construct? Factor analysis of the Munich Patient Satisfaction Scale (MPSS-24). *European Archives of Psychiatry and clinical Neuroscience*, 252, 19-23.
- Norcross, J. C. & Halgin, R. P. (1997). Integrative approaches to psychotherapy supervision. In C. E. Watkins (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Supervision*, (pp. 203-222). New York: John Wiley & Sons.
- Norcross, J. C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that works: Therapist contribution and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Nübling, R. & Schmidt, J. (1998). Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch* (S. 49-74). dgvt-Verlag: Tübingen.
- Nutt-Williams, E., Judge, A. B., Hill, C. E. & Hoffman, M. A. (1997). Experiences of Novice Therapists in Prepracticum: Trainees', Clients', and Supervisors' Perceptions of Therapists' Personal Reactions and Management Strategies. *Journal of Counselling Psychology*, Vol. 44 (4), 390-399.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1975). *Varieties of psychotherapeutic experience: Multivariate analysis of patients' and therapists' reports*. New York: Teachers College Press.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 257-310). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., Willutzki, U., Meyerberg, M., Cierpka, M., Buchheim, P. & Ambühl, H. (1996). Die Qualität der therapeutischen Beziehung: Entsprechen gemeinsame Faktoren in der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von PsychotherapeutInnen?. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 46, 102-110.
- Orlinsky, D. E., Ambühl, H., Rønnestad, M. H. et al. (1999). Development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study, *Psychotherapy Research*, 9(2), 127-153.
- Orlinsky, D.E., Botermans, J.F. & Rønnestad, M.H. (2001). Towards an empirically grounded model of psychotherapy training: Four thousands therapists rate influences on their development. *Australian Psychologist*, 36, 139-148.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and*

Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change (pp. 307-389). New York: John Wiley & Sons.

Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (2005). How Psychotherapists Develop. A Study of Therapeutic Work and Professional Growth. American Psychological Association, Washington DC

Petzold, H., Hass, W., Jakob, S., Märtens, M. & Merten, P. (1998). Evaluation in der Psychotherapieausbildung: Ein Beitrag zur Ausbildungsforschung und Qualitätssicherung am Beispiel der Integrativen Therapie. In H. Petzold & M. Märtens (Hrsg.). *Wege zu effektiven Psychotherapien: Psychotherapieforschung und Praxis (Band 1)* (S. 351-400). Opladen: Leske und Budrich.

Piaget, J. (1970). *Structuralism*. New York: Basic Books.

Piper, W. E., Azim, H. F. A. & McCallum (1991). Transference interpretations, therapeutic alliance and outcome in short-term individual therapy. *Archives of General Psychiatry*, 48, 946-953.

Probst, A., Paris, J. & Rosberger, Z. (1994). Do therapist experience, diagnosis and functional level predict outcome in short-term psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39 (3), 168-176.

Raimy, V. (Ed.) (1950). *Training in clinical psychology*. New York: Prentice Hall.

Redlich, F. C., Dollard, J. & Newman, R. (1950). High fidelity recording of psychotherapeutic interviews. *American Journal of Psychiatry*, 107, 42-48.

Reichelt, F. K., James, I. A. & Blackburn, I.-M. (2003). Impact of training on rating competence in cognitive therapy. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 87-99.

Reid, S., Chalder, T. et al. (2000). Chronic fatigue syndrome. *British Medical Journal*, 320 (7230), 292-296.

Reimann, P. (1998). Novizen- und Expertenwissen. In F. Klix & . Spada (Hrsg.), *Wissen. Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C, Theorie und Forschung: Serie 2, Kognition; Band 6* (S. 335-367). Hogrefe-Verlag: Göttingen.

Reimer, M., Schüler, P. & Ströhm, W. (1998). Qualitätssicherung der Verhaltenstherapie-Ausbildung. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch* (S. 621-646). dgvt-Verlag: Tübingen.

Reinecker, H. (1997). Was ist ein guter Verhaltenstherapeut? *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 10, 42-48.

Reinecker, H. & Schindler, L. (2000). Aus- und Weiterbildung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (S. 655-662). Berlin: Springer.

- Reising, G. N. & Daniels, M. H. (1988). A study of Hogan's model of counselor development and supervision. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 235-244.
- Robiner, W., Fuhrman, M. & Bobbitt, B. (1990). Supervision in the practice of psychology: Toward the development of a supervisory instrument. *Psychotherapy in Private Practice*, 8, 87-98.
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T (1997). Berufliche Entwicklung und Supervision von Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 42, 299-306.
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T (2001). Learning arenas for professional development: Retrospective accounts of senior psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 181-187.
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T (2005). Die professionelle Entwicklung von Psychotherapeuten während der Ausbildung. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 102-120). Hogrefe-Verlag Göttingen.
- Rønnestad, M. H. & Orlinsky, D. E. (2006). Therapeutische Arbeit und berufliche Entwicklung. *Psychotherapeut*, 51, 271-275.
- Rössler, W. (Hrsg.) Die therapeutische Beziehung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Roth, A. & Fonagy, P. (1996). The relationship between outcome and therapist training, experience and technique. In A. Roth & P. Fonagy (Eds.), *What works for Whom?* (pp 341-357). New York: Guilford.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). The contributions of therapists and patients to outcome. In A. Roth & P. Fonagy (Eds.), *What works for Whom?* (pp 447-478). New York: Guilford.
- Rubbino, G., Barker, C., Roth, T. & Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: the role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research*, 10 (4), 408-420.
- Rudolf, G. (2002). Gibt es nachweisbare Einflüsse der Geschlechtszugehörigkeit in der Psychotherapie? In Schweizer Charta für Psychotherapie (Hrsg.). *Mann oder Frau? Wie bestimmend ist das Geschlecht in der psychotherapeutischen Interaktion?* (S. 75-96). Tübingen: edition diskord.
- Ruff, W. & Werner, H. (1988). Behandlungsabbrüche in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 34, 125-139.
- Ruggeri, M., Dall'agnola, R. & Bisoffo, G. (1996). Factor analysis of the Verona Service Satisfaction Scale-82 and development of reduced versions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 6, 23-38.
- Rzepka-Meyer, U. (1997). Supervision von Verhaltenstherapien. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

- Rzepka-Meyer, u, Frank, R. & Vaitl, D. (1998). Entwicklung therapeutischer Kompetenzen. Zur Rolle von Therapieerfahrung und Reflexionsbereitschaft. *Verhaltenstherapie*, 8, 200-207.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMMain, S. & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27 (2), 154-165.
- Safran, J. D. (1993). The therapeutic alliance rupture as a transtheoretical phenomenon: Definitional and conceptual issues. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3 (1), 33-49.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447-458.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 235-254). New York: Oxford University Press.
- Satterfield, W. A. & Lydon, W. J. (1998). Client attachment and the working alliance. *Counseling Psychology Quaterly*, 11 (4), 407-415.
- Schaub, E. & Schliehe, F. (1994). Ergebnisse der Reha-Kommission und ihre Bedeutung für das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung. *Deutsche Rentenversicherung*, 2, 101-110.
- Scheithauer, H. & Petermann, F. (2000). Die Ermittlung der Wirksamkeit und Effektivität psychotherapeutischer Interventionen: Eine internationale Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 48 (3), 211-233.
- Schiltenswolf, M., Buchner, M., Heindl, B., von Reumont, J., Muller, A. & Eich, W. (2005). Comparison of a biopsychosocial therapy (BT) with a conventional biomedical therapy (MT) of subacute low back pain in the first episode of sick leave: a randomized controlled trial. *European Spine Journal*, 26 (11), 1-10.
- Schindler, L. (1991). *Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung. Beiträge zur Prozessforschung in der Verhaltenstherapie*. D. Albert, K. Pawlik, K.-H. Stapf & W. Stroebe (Hrsg.). Lehr- und Forschungstexte Psychologie (Band 41). Berlin: Springer.
- Schindler, L. (1996). Prozessforschung. In A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.), *Grundlagen der Klinischen Psychologie* (S. 269-298). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, H. G., Boshuizen, H. P. A. & Norman, G. R. (1990). A cognitive perspective on medical expertise: theory and implications. *Academic Medicine*, 65, 611-621.
- Schmidt, H. G., Boshuizen, H. P. A. & Norman, G. R. (1994). Reflections on the nature of expertise in medicine. In E. Keravnou (Ed.), *Deep models for medical knowledge engineering*. Amsterdam: Elsevier.
- Schmidt, J., Nübling, R. & Lamprecht, F. (1992). Möglichkeiten klinikinterner Qualitätssicherung (QS) auf der Grundlage eines Basis-Dokumentations-Systems sowie erweiterter Evaluationsstudien. *Gesundheitswesen*, 54, 70-80.

- Schmidt-Traub, S. (2003). Schwerpunktthema: Der Patient in der Psychotherapie. Therapeutische Beziehung – ein Überblick. *Psychotherapeutische Praxis*, 3(3), 111-129.
- Schön, K. (2002). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung: Prozess- und Ergebnisqualität aus Sicht der Teilnehmer/innen*. Unveröff. Diss., Justus-Liebig-Universität, Gießen.
- Schulte, D. (1974). Der diagnostisch-therapeutische Prozess in der Verhaltenstherapie. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (S. 60-73). München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Schulte, D. & Kemmler, L. (1974). Systematische Beobachtung in der Verhaltenstherapie. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (S. 152-195). München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (1997). Dimensions of Outcome Measurement. In H. Strupp, L. M. Horowitz & M. Lambert (Eds.), *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety, and Personality Disorders* (pp. 57-80). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Schulte, D. (1998). *Therapieplanung* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. & Meyer, F. (2002). Woran orientieren sich Therapeuten bei ihrer Sitzungsbeurteilung und Erfolgsprognose? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 257-265.
- Schulz, M., Winkler, M. & Schröder A. (1999). Motive für das Abbruchverhalten von Patienten bei ambulant durchgeführter Psychotherapie. *Report Psychologie*, 4, 266-271.
- Sexton, T. L. & Whiston, S. C. (1991). A review of the empirical basis of counselling: Implications for practice and training. *Counselor Education and Supervision*, 30, 330-354.
- Sharpley, C. F. & Ridgway, I. R. (1993). An evaluation of the effectiveness of self-efficacy as a predictor of trainees' counselling skills performance. *British Journal of Guidance and Counselling*, 21, 73-81.
- Shaw, B. F. & Dobson, K. (1988). Competency judgments in the training and evaluation of psychotherapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 666-672.
- Shaw, B. F. & Wilson-Smith, D. (1988). Training therapists in cognitive-behaviour therapy. In C. Petris, I.-M. Blackburn & H. Perris (Eds.), *Cognitive psychotherapy : Theory and practice* (pp. 140-159). Heidelberg: Springer Verlag.
- Skovholt T.M. & Mc Carthy, P.A. (Guest Eds.)(1988). Critical incidents in counselor development (special issue). *Journal of Counseling & Development*, 67, 69-135.
- Skovholt, T & Rønnestad, M. H. (1992). *The evolving professional self: Stages and themes in the therapist and counselor development*. Chichester: Wiley.

- Smith, E. C. & Grawe, K. (2003). What Makes Psychotherapy Sessions Productive? A New Approach to Bridging the Gap Between Process Research and Practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 275-285.
- Snowden, L. R., Hu, T.-W. & Jerrell, J. M. (1995). Emergency care avoidance: Ethnic matching and participation in minority-serving programs. *Community Mental Health Journal*, 31, 463-473.
- Spießl, H. Cording, C. & Klein, H. E. (1995). Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. *Krankenhauspsychiatrie*, 6, 156-159.
- Sponsel, R. (1999). Psychotherapieforschung, Evaluation und Qualitätssicherung in der GIPT-Praxis. In H. Petzold & M. Märtens (Hrsg.), *Wege zu effektiven Psychotherapien; Psychotherapieforschung und Praxis (Band 1)*, (S. 115-150). Opladen: Leske und Budrich.
- Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93-116.
- Stein, D. M. & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 182-196.
- Sterling, R. C., Gottheil, E., Weinstein, S. P. & Serota, R. (1998). Therapist/patient race and sex matching: Treatment retention and 9-month follow-up outcome. *Addiction*, 93, 1043-1050.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. & Suko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology; Science and Practice*, 59, 188-195.
- Stokes, J., Childs, L. & Fuehrer, A. (1981). Gender and sex roles as predictors of self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 510-514.
- Stolk, Y. & Perlesz, A. J. (1990). Do better trainees make worse family therapies? A follow up study of client families. *Family Process*, 29, 45-58.
- Stoltenberg, C. & Delworth, U. (1987a). *Supervising counselors and therapists: A developmental approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Stoltenberg, C. D. & Delworth, U. (1987b). Developmental models of supervision. *Professional Psychology*, 19, 134-137.
- Stoltenberg, C. D., McNeill, B. W. & Crethar, H. C. (1994). Changes in supervision as counselors and therapists gain experience: A review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 416-449.
- Stoltenberg, C. D. & McNeill, B. W. (1997). Clinical Supervision From a Developmental Perspective: Research and Practice. In C. E. Watkins (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Supervision*, (pp. 184-202). New York: John Wiley & Sons.
- Stoltenberg, C. D., McNeill, B. W. & Delworth, U. (1998). *IDM Supervision. An integrated developmental model for supervising counselors and therapists*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Strupp, H. H., Fox, R. E. & Lessler, K. (1969). *Patients view their psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Strupp, H. H. (1973). On the basic ingredients of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*, 1-8.
- Strupp, H. H. (1993). The Vanderbilt psychotherapy studies: Synopsis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 431-433.
- Strupp, H. H. (1996). The tripartite model and the consumer report study. *American Psychologist, 51*, 1017-1024.
- Sue, S., Fujino, D. C., Hu, L.-T., Takeuchi, D. T. & Zane, N. W. S. (1991). Community mental health services for ethnic minority groups: A test of the cultural responsiveness hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 533-540.
- Tscheulin, D. (1980). Lernziel Therapeutische Basisverhalten. In V. Birtsch & D. Tscheulin (Hrsg.), *Ausbildung in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 109-127). Weinheim: Beltz.
- Teyber, E. & McClure, F. (2000). Therapist Variables. In C. R. Snyder & R. E. Ingram (Eds.). *Handbook of Psychological Change. Psychotherapy Process & Practices for the 21st Century* (pp. 62-87). New York: John Wiley & Sons.
- Tyron, G. & Winograd, G. (2002). Goal consensus and collaboration. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 109-128). New York: Oxford University Press.
- Valdez, J. N. (2000). Psychotherapy with bicultural Hispanic clients. *Psychotherapy, 37*, 240-246.
- Vocasiano, C., Klein, D. N., Arnow, B., Rivera, C. et al. (2004). Therapist variables that predict symptom change in psychotherapy with chronically depressed outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41* (3), 255-265.
- Vogel, G. & Schulte, D. (1991). Der Prozess therapeutischer Entscheidungen. In D. Schulte (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungen* (S. 151-180). Göttingen: Hogrefe.
- Vogel, H. & Schieweck, R. (2005). Qualität in der Psychotherapieausbildung. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.). *Ausbildung in der Verhaltenstherapie* (S.353-361). Hogrefe-Verlag Göttingen.
- Watson, J. C. & Geller, S. M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research, 15* (1-2), 25-33.
- Weinberger, J. (1995). Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*, 45-69.
- Whipple, H., Lambert, M. J. & Vermeersch, D. A. (2003). Improving the Effects of Psychotherapy: The Use of Early Identification of Treatment Failure and Problem-Solving Strategies in Routine Practice. *Journal of Counseling Psychology, 50*(1), 59-68.

- Whiting, P., Bagnall, A. M., Sowden, A. J., Cornell, J. E., Mulrow, C. D. & Ramirez, G. (2001). Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 286 (11), 1360-1368.
- Wiehn, T., Domma, J. & Vollmer, H. C. (2006). *Komorbidität bei affektiven Störungen und Therapieerfolg*. Kongress Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin 22.-25.11.06 (Posterbeitrag)
- Willutzki, U. (1995). NovizInnen und erfahrene TherapeutInnen: Brauchen alle dieselbe Supervision? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 3, 419-435.
- Willutzki, U. (2005). Supervision in der Psychotherapieausbildung. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.). *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 293-317). Göttingen: Hogrefe.
- Willutzki, U. & Laireiter, A.-R. (2005). Ausbildung in der Verhaltenstherapie – Was ist ein guter (Verhaltens-)therapeut und wie soll Ausbildung gestaltet sein?. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.). *Ausbildung in der Verhaltenstherapie* (S.21-49). Hogrefe-Verlag Göttingen.
- Wittern, J. O., Daniels, J., Kettmann, U. & Nolte, K. (1986). *Supervision im Rahmen der Psychologie – Ausgewählte Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Diplom-Psychologen in der BRD*. Vortrag auf dem Kongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie von DGVT und GwG, Berlin.
- Wolfson, A. & Sampson, H. (1976). A comparison of process notes and tape recordings: Implications for therapy research. *Archives of General Psychiatry*, 33, 558-563.
- Worthington, E. L. (1987). Changes in supervision as counselors and supervisors gain experience: A review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18(3), 189-208.
- Yeh, M., Eastman, K. & Cheung, M. (1994). Children and adolescents in community health centers: Does the ethnicity or the language of the therapist matter? *Journal of Community Psychology*, 22, 153-163.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.
- Zimmer, D. (1996a). Anfängerfehler in der Behandlung prognostisch ungünstiger Patienten – Folgerungen für die Verhaltenstherapieausbildung. In H. Bents, R. Frank & R. Eibe-Rudolf (Hrsg.), *Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie* (S. 204-216). Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Zimmer, D. (1996b). Supervision in der Verhaltenstherapie. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 525-536). Berlin: Springer.
- Zimmer, D. & Zimmer, F. T. (1998). Wie hilfreich sind die Bausteine einer Verhaltenstherapie-Weiterbildung? *Verhaltenstherapie*, 8, 254-257.
- Zimmer, D. (2000a). Gesprächsführung in der Verhaltenstherapie. In A. Batra, R. Wassermann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (S. 74-82). Stuttgart: Thieme.

Zimmer, D. (2000b). Lernziel Beziehungsgestaltung: Erfahrungen und Erlebnisse aus der Ausbildung von Verhaltenstherapeuten. *Verhaltenstherapie und Verhalten-smedizin*, 21, 455-467.

Znoj, H. (2005). Die therapeutische Beziehung aus verhaltenstherapeutischer Sicht. In W. Rössler (Hrsg.), *Die therapeutische Beziehung* (S. 81-96). Heidelberg: Springer MedizinVerlag.

Persönliche Versicherung:

„Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbständig und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht.“

Anhang

Anhang A: Untersuchungsmaterial

- PatientInnen-Stundenbogen (Grawe, 1995b)
- TherapeutInnen-Stundenbogen (Grawe, 1995b)
- Verhaltensrating zur Therapeutenkompetenz (Langer & Frank, 1999)

Anhang B: Tabellen

1. Reliabilitäten der Skalen des PatientInnen-Stundenbogens
2. Reliabilitäten der Skalen des TherapeutInnen-Stundenbogens
3. Übereinstimmung zwischen den Beurteilern bei der Beobachtung der Übungsvideos (nicht diskutierte Urteile)
4. Übereinstimmung zwischen den Beurteilern bei der Beobachtung der Übungsvideos (diskutierte Urteile)
5. Übereinstimmung zwischen den Beurteilern bei der eigentlichen Verhaltensbeobachtung (nicht diskutierte Urteile)
6. Übereinstimmung zwischen den Beurteilern bei der eigentlichen Verhaltensbeobachtung (diskutierte Urteile)
7. Formeln der Übereinstimmungskoeffizienten
8. Tabelle der Abweichungen zwischen den Beurteilerinnen bei den Übungsvideos (nicht diskutierte Urteile)
9. Tabelle der Abweichungen zwischen den Beurteilerinnen bei den Übungsvideos (diskutierte Urteile)
10. Tabelle der Abweichungen zwischen den Beurteilerinnen bei der eigentlichen Verhaltensbeobachtung (nicht diskutierte Urteile)
11. Tabelle der Abweichungen zwischen den Beurteilerinnen bei der eigentlichen Verhaltensbeobachtung (diskutierte Urteile)
12. Deskriptive Statistiken des PatientInnen-Stundenbogens
13. Deskriptive Statistiken des TherapeutInnen-Stundenbogens
14. Deskriptive Statistiken der Ratingskalen
15. Interkorrelationen der Skalen des TherapeutInnen-Stundenbogens

16. Interkorrelationen der Skalen des PatientInnen-Stundenbogens
17. Interkorrelationen der Ratingskalen
18. Korrelationen der Skalen des PatientInnen-Stundenbogens und der Skalen des TherapeutInnen-Stundenbogens
19. Korrelationen der Skalen des TherapeutInnen-Stundenbogens und der Rating-skalen
20. Korrelationen der Skalen des PatientInnen-Stundenbogens und der Ratingskalen
21. Statistische Kennwerte der Merkmale des Ratingbogens in Bezug auf den Ver-gleich von subjektiv wirksamen und unwirksamen Therapeuten (nicht signifikante Werte)
22. Statistische Kennwerte der Merkmale des Ratingbogens in Bezug auf den Ver-gleich von zufriedenen und unzufriedenen Patienten (nicht signifikante Werte)
23. Statistische Kennwerte der Merkmale des Ratingbogens in Bezug auf den Ver-gleich von zufriedenen und unzufriedenen Patienten; Untergruppe „unwirksame Therapeuten“ (nicht signifikante Werte)
24. Statistische Kennwerte der Merkmale des Ratingbogens in Bezug auf den Ver-gleich von zufriedenen und unzufriedenen Patienten; Untergruppe „wirksame Therapeuten“ (nicht signifikante Werte)
25. Statistische Kennwerte der Merkmale des Patienten-Stundenbogens in Bezug auf den Vergleich von wirksamen und unwirksamen Therapeuten; Untergruppe „un-zufriedene Patienten“
26. Statistische Kennwerte der Merkmale des Ratingbogens in Bezug auf den Ver-gleich von subjektiv wirksamen und unwirksamen Therapeuten; Untergruppe „un-zufriedene Patienten“ (nicht signifikante Werte)
27. Statistische Kennwerte der Merkmale des Patienten-Stundenbogens in Bezug auf den Vergleich von wirksamen und unwirksamen Therapeuten; Untergruppe „zu-friedene Patienten“
28. Statistische Kennwerte der Merkmale des Ratingbogens in Bezug auf den Ver-gleich von zufriedenen und unzufriedenen Patienten; Untergruppe „wirksame Therapeuten“ (nicht signifikante Werte)
29. Statistische Kennwerte der Merkmale des Ratingbogens in Bezug auf den Ver-gleich von den kongruenten Therapeuten-Patienten-Paaren (nicht signifikante Werte)

Anhang A

Untersuchungsmaterial

PatientInnen-Stundenbogen

Pat.-Nr.:

Datum:

Sitzung:

Legende zu den Wirkfaktoren:

ThB:	Therapeutic Bond	GTO:	Goal and Task Orientation
Zu:	Zufriedenheit mit der Therapie	PB:	Problembewältigung
K:	Klärung	R:	Ressourcenorientierung
PA:	Problemaktualisierung		

ThB	1.	Heute habe ich mich in der Beziehung zum Therapeuten wohlgefühlt.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	-1 nicht	0 noch	1 ja	2 ja	3 ja, ganz genau
K	2.	Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	-1 nicht	0 noch	1 ja	2 ja	3 ja, ganz genau
PA	3.	Heute sind wir dem Kern meiner Probleme näher gekommen.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	-1 nicht	0 noch	1 ja	2 ja	3 ja, ganz genau
Zu	4.	Ich habe den Eindruck, dass mir die heutige Sitzung für meinen Alltag etwas bringt.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	-1 nicht	0 noch	1 ja	2 ja	3 ja, ganz genau
PA	5.	Was wir heute gemacht haben, geht an meinen wirklichen Problemen vorbei.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	-1 nicht	0 noch	1 ja	2 ja	3 ja, ganz genau
Zu	6.	Heute sind wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	-1 nicht	0 noch	1 ja	2 ja	3 ja, ganz genau
R	7.	Der Therapeut lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	-1 nicht	0 noch	1 ja	2 ja	3 ja, ganz genau
K	8.	Heute ist mir klarer geworden, weshalb ich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	-1 nicht	0 noch	1 ja	2 ja	3 ja, ganz genau
GTO	9.	Ich bin mir klar darüber, was der Therapeut derzeit von mir erwartet.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	-1 nicht	0 noch	1 ja	2 ja	3 ja, ganz genau
ThB	10.	Der Therapeut und ich verstehen einander.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	-1 nicht	0 noch	1 ja	2 ja	3 ja, ganz genau
R	11.	Gegenwärtig habe ich das Gefühl, dass ich selber etwas zur Therapie beitragen kann.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	-1 nicht	0 noch	1 ja	2 ja	3 ja, ganz genau
ThB	12.	Ich finde, der Therapeut müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	-1 nicht	0 noch	1 ja	2 ja	3 ja, ganz genau
PB	13.	Ich glaube, dass ich mich jetzt besser so verhalten kann, wie ich möchte.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	-1 nicht	0 noch	1 ja	2 ja	3 ja, ganz genau
ThB	14.	Ich glaube, der Therapeut ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	-1 nicht	0 noch	1 ja	2 ja	3 ja, ganz genau
R	15.	Im Moment fühle ich mich durch den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	-1 nicht	0 noch	1 ja	2 ja	3 ja, ganz genau

PB	16.	Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
ThB	17.	Ich finde die Sichtweise des Therapeuten von meinen Problemen zu einfach.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
GTO	18.	Der Therapeut und ich stimmen darin überein, woran ich im Moment arbeiten sollte.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
K	19.	Ich weiss jetzt besser, was ich will.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
ThB	20.	Heute hatte ich das Gefühl, der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als er mir sagt.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
PA	21.	Heute war ich gefühlsmässig stark beteiligt.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
ThB	22.	Ich spüre, dass der Therapeut mich wertschätzt.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
PA	23.	Was wir heute gemacht haben, ging mir sehr nahe.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
R	24.	Der Therapeut akzeptiert mich so, wie ich bin.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
PB	25.	Ich fühle mich jetzt Situationen besser gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
Zu	26.	Heute fehlte mir in der Therapiestunde eine klare Linie.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
ThB	27.	Der Therapeut und ich respektieren einander.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
PB	28.	Ich bin jetzt fest entschlossen, etwas zu tun, um meine Ziele zu erreichen.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
Zu	29.	Ich glaube ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
PA	30.	Heute habe ich etwas aushalten müssen, das mir schwergefallen ist.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
GTO	31.	Der Therapeut und ich arbeiten an gemeinsamen Zielen.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
Zu	32.	Nach der heutigen Sitzung ist mir ziemlich unklar, worauf die Therapie eigentlich hinzielt.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
K	33.	Heute sind mir Zusammenhänge klar geworden, die ich bisher nicht gesehen habe.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau

TherapeutInnen-Stundenbogen

Pat.-Nr.:

Datum:

Sitzung:

Anleitung:

Wie haben Sie die heutige Therapiesitzung erlebt? Bitte geben Sie dazu an, wie sehr die nachfolgenden Feststellungen für Sie zutreffen.

ThB	1.	Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohlgefühlt.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
ThB	2.	Der Patient und ich verstehen einander.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
We	3.	Heute war ich unsicher bezüglich des konkreten Vorgehens.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
GTO	4.	Der Patient und ich arbeiten an gemeinsamen Zielen.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
ThB	5.	Ich habe den Eindruck, dass sich der Patient zur Zeit gegen bestimmte Veränderungen wehrt.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
GTO	6.	Ich glaube, dem Patienten ist klar, was ich derzeit von ihm in der Therapie erwarte.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
ThB	7.	Meine Problemsicht und die des Patienten klaffen zur Zeit auseinander.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
ThB	8.	Der Patient und ich respektieren einander.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
We	9.	Zur Zeit habe ich eine klare Vorstellung vom weiteren Verlauf der Therapie.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
ThB	10.	Ich habe den Eindruck, dass der Patient auch zwischen den Sitzungen intensiv an dem arbeitet, was wir in der Therapie behandelt haben.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
ThB	11.	Der Patient beteiligt sich aktiv an der Therapie.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
We	12.	Heute sind wir in der Therapie wirklich vorwärtsgekommen.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
ThB	13.	Heute konnte ich dem Patienten ziemlich offen sagen, was ich über ihn denke.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
GTO	14.	Der Patient und ich stimmen darin überein, woran wir im Moment arbeiten sollten.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau

we 15. Ich habe den Eindruck, dass die heutige Sitzung dem Patienten etwas für seinen Alltag bringt.

überhaupt	-2	eher	weder	eher		ja, ganz
-3		-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

ThB 16. Ich finde, dies ist ein interaktionell schwieriger Patient.

überhaupt	-2	eher	weder	eher		ja, ganz
-3		-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

we 17. Ich glaube, dass der Patient ein anderes therapeutisches Vorgehen für geeigneter hielte.

überhaupt	-2	eher	weder	eher		ja, ganz
-3		-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

ThB 18. Ich glaube, ich hätte heute den Gefühlen des Patienten mehr Beachtung schenken sollen.

überhaupt	-2	eher	weder	eher		ja, ganz
-3		-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

- K 19. Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass dem Patienten wichtige Zusammenhänge seines Erlebens und Verhaltens klarer werden.
- | | | | |
|--------|------------|----------|--------|
| stimmt | stimmt ein | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- Pa 20. Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass der Patient sich aktiv mit seinen Schwierigkeiten auseinandersetzt.
- | | | | |
|--------|------------|----------|--------|
| stimmt | stimmt ein | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- R 21. Heute habe ich versucht, den Patienten erfahren zu lassen, was er selbst aktiv zur Therapie beitragen kann.
- | | | | |
|--------|------------|----------|--------|
| stimmt | stimmt ein | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- PB 22. Ich habe mich heute aktiv darum bemüht, dass der Patient etwas tut, um seine Ziele zu verwirklichen.
- | | | | |
|--------|------------|----------|--------|
| stimmt | stimmt ein | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- R 23. Ich habe heute versucht, Ressourcen des Patienten gezielt zu nutzen.
- | | | | |
|--------|------------|----------|--------|
| stimmt | stimmt ein | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- PB 24. Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient für ihn schwierige Situationen besser bewältigen kann.
- | | | | |
|--------|------------|----------|--------|
| stimmt | stimmt ein | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- R 25. Ich habe mich heute aktiv darum bemüht, mein Vorgehen auf die besonderen Möglichkeiten dieses Patienten auszurichten.
- | | | | |
|--------|------------|----------|--------|
| stimmt | stimmt ein | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- PA 26. Heute habe ich gezielt darauf hingearbeitet, den Patienten gefühlsmässig zu involvieren.
- | | | | |
|--------|------------|----------|--------|
| stimmt | stimmt ein | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- PB 27. Heute habe ich gezielt versucht, die Handlungskompetenzen des Patienten zu verbessern.
- | | | | |
|--------|------------|----------|--------|
| stimmt | stimmt ein | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- K 28. Heute habe ich mit dem Patienten daran gearbeitet, dass er sich in seinen Beziehungen zu anderen Menschen besser versteht.
- | | | | |
|--------|------------|----------|--------|
| stimmt | stimmt ein | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- PA 29. Heute habe ich an wunde Punkte des Patienten gerührt.
- | | | | |
|--------|------------|----------|--------|
| stimmt | stimmt ein | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- R 30. Ich habe heute gezielt Gelegenheiten genutzt, dass der Patient auch seine positiven Seiten erleben kann.
- | | | | |
|--------|------------|----------|--------|
| stimmt | stimmt ein | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- PB 31. Ich habe heute darauf hingearbeitet, dass der Patient sich einem bestimmten Problem besser gewachsen fühlen kann als bisher.
- | | | | |
|--------|------------|----------|--------|
| stimmt | stimmt ein | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- R 32. Ich habe mich aktiv darum bemüht, den Patienten darin zu unterstützen, wie er gerne sein möchte.
- | | | | |
|--------|------------|----------|--------|
| stimmt | stimmt ein | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- PA 33. Heute habe ich darauf hingewirkt, dass dem Patienten seine Probleme unmittelbar erfahrbar wurden.
- | | | | |
|--------|------------|----------|--------|
| stimmt | stimmt ein | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- R 34. Ich habe aktiv versucht, den Patienten in seinem positiven Selbst aufzuwerten.
- | | | | |
|--------|------------|----------|--------|
| stimmt | stimmt ein | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- PA 35. Heute habe ich darauf hingewirkt, dass der Patient Gefühle erlebt, die er sonst vermeidet.
- | | | | |
|--------|------------|----------|--------|
| stimmt | stimmt ein | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |

- K 36. Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass der Patient sich über seine Ziele und Motive klarer wird.
- | | | | |
|-------------|-----------------|-------------|-------------|
| stimmt
0 | stimmt ein
1 | stimmt
2 | stimmt
3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- K 37. Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient seine Probleme in neuen Zusammenhängen sehen kann.
- | | | | |
|-------------|-----------------|-------------|-------------|
| stimmt
0 | stimmt ein
1 | stimmt
2 | stimmt
3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- PA 38. Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass der Patient sich auch zwischen den Therapiesitzungen aktiv mit seinen Problemen auseinandersetzt.
- | | | | |
|-------------|-----------------|-------------|-------------|
| stimmt
0 | stimmt ein
1 | stimmt
2 | stimmt
3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- Inter 39. Heute standen die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten im Vordergrund.
- | | | | |
|-------------|-----------------|-------------|-------------|
| stimmt
0 | stimmt ein
1 | stimmt
2 | stimmt
3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- Intra 40. Heute standen individuelle Bedeutungen des Erlebens und Verhaltens des Patienten im Vordergrund.
- | | | | |
|-------------|-----------------|-------------|-------------|
| stimmt
0 | stimmt ein
1 | stimmt
2 | stimmt
3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |
- PA 41. Heute habe ich mich ausdrücklich darum bemüht, einen Bezug zur realen Lebenssituation des Patienten herzustellen.
- | | | | |
|-------------|-----------------|-------------|-------------|
| stimmt
0 | stimmt ein
1 | stimmt
2 | stimmt
3 |
| nicht | bisschen | ziemlich | genau |

Wodurch?

- a) Durch konkrete Simulation realer Lebenssituationen im Therapieraum (z.B.durch Rollenspiel)
- b) Durch "Hausaufgaben"
- c) Durch Einbezug von Bezugspersonen des Patienten in die Therapie
- d) Durch Aufsuchen von Situationen ausserhalb des Therapieraums
- e) anderes

Legende zu den Wirkfaktoren:

- | | |
|---|----------------------------------|
| ThB: Therapeutic Bond | GTO: Goal and Task Orientation |
| We: Wirksamkeitserwartung (Zufriedenheit) | PB: Problembewältigung |
| K: Klärung | R: Ressourcenorientierung |
| PA: Problemaktualisierung | Inter: Interpersonale Sichtweise |
| Intra: Intrapersonale Sichtweise | |

VERHALTENS-RATING ZUR THERAPEUTEN-KOMPETENZ

Name (TherapeutIn):

Name (BeurteilerIn):

Beobachtungseinheit: Anfang Mitte Ende

Sitzungs-Nr.:

0	1	2	3	4	5	6
fehlende Ausprägung	schwache Ausprägung		mittlere Ausprägung		starke Ausprägung	sehr starke Ausprägung

6: mehrfach, besonders deutlich, mit intensivem Bemühen

I. Therapeutische Beziehungsgestaltung

Beziehung (Therapeutic Bond)

a) Einfühlung

0	1	2	3	4	5	6
zeigt kein Verständnis / läßt Empfindungen, Vorstellungen, Interessen des Pt. außer Acht, geht nicht auf sie ein					zeigt Verständnis / beachtet Empfindungen, Vorstellungen, Interessen des Pt. und geht empathisch auf sie ein	

b) Rapport zu den Patienten

0	1	2	3	4	5	6
hört unbeteiligt zu distanziert, desinteressiert, nicht anerkennend, gibt keine Rückmeldung					hört aufmerksam zu (Nicken, mh. zugewandte Körperhaltung) aufgeschlossen, ermutigend, anerkennend, gibt positive Rückmeldung	

Ziel- und Aufgabenorientierung

0	1	2	3	4	5	6
Th. erfragt keine Ziele läßt Ziele außer Acht korrigiert / verstärkt nicht setzt keinen Aufmerksamkeitsfokus					Th. erfragt Ziele detailliert bezieht sich auf Ziele des Pt. korrigiert oder verstärkt zielorientiert lenkt Aufmerksamkeit zielgerichtet	

Wirksamkeitserwartungen

0	1	2	3	4	5	6
baut keine Wirksamkeitserwartung Therapiemotivation auf zeigt kein Interesse für Fortschritte des Pt. zeigt kein Interesse am Nutzen der Therapie					baut positive Wirksamkeitserwartung Therapiemotivation auf interessiert sich für Fortschritte des Pt. interessiert sich für Nutzen der Therapie	

Name (TherapeutIn):

Name (BeurteilerIn):

Beobachtungseinheit: Anfang Mitte Ende

Sitzungs-Nr.:

0	1	2	3	4	5	6
fehlende Ausprägung	schwache Ausprägung		mittlere Ausprägung		starke Ausprägung	schr starke Ausprägung

6: mehrfach, besonders deutlich, mit intensivem Bemühen

Beziehungsaspekte bei Gruppen

a) Förderung kooperativer Arbeitshaltung

0	1	2	3	4	5	6
verhindert kooperative Arbeit, ermuntert die Gruppe nicht zur Mitarbeit greift bei arbeitsbehindernden Grupsituationen nicht ein					begünstigt konstruktive / kooperative Gruppendynamik, ermuntert die Gruppe zur Mitarbeit führt bei kritischen Situationen zur Lösung / Problemlösung	

b) Kohäsions- und vertrauensförderliche Maßnahmen

0	1	2	3	4	5	6
fördert kein Aufeinandereingehen verstärkt das Problematische an schwierigen Pt., grenzt schwierige Pt. aus ungleiche Behandlung der Pt. („Lieblinge“, Außenseiter) läßt negative Gruppenatmosphäre zu					unterstützt nachdrücklich Aufeinandereingehen bezieht schwierige Pt. angemessen ein ausgewogene Zuwendung an alle schafft positive Gruppenatmosphäre	

c) Zusammenarbeit der beiden Trainer (qualitativ)

0	1	2	3	4	5	6
kein Blickkontakt, keine verbale Bezugnahme keine Zuwendung zueinander Unstimmigkeiten in Planung und Durchführungsweise unterbricht den anderen, widerspricht dem Co-Trainer, konkurrierend					Blickkontakt, verbale Bezugnahme untereinander deutliche Zuwendung zueinander Zeichen der Übereinstimmung in Planung und Durchführung partnerorientierte Arbeitsweise, gutes Ergänzungsverhältnis	

d) Verbale Traineraktivität (quantitativ)

0	1	2	3	4	5	6
hält sich raus					intensiver verbaler Einsatz	

Name (TherapeutIn):

Name (BeurteilerIn):

Beobachtungseinheit: Anfang Mitte Ende

Sitzungs-Nr.:

0	1	2	3	4	5	6
fehlende Ausprägung	schwache Ausprägung	mittlere Ausprägung		starke Ausprägung	sehr starke Ausprägung	

6: mehrfach, besonders deutlich, mit intensivem Bemühen

II. Therapeutische Strategien

Problemaktualisierung

0	1	2	3	4	5	6
keine Anregung zu Auseinandersetzung mit Problemen fördert keine gefühlsmäßige Involviertheit übergeht wunde Punkte, konfrontiert nicht läßt aktuelle Lebenssituation außer Acht					fördert intensive Auseinandersetzung des Pt. mit Problemen fördert gefühlsmäßige Involviertheit	
					spricht wunde Punkte an, konfrontiert, schafft Problemnähe schafft Bezug zur realen Lebenssituation	

Problemklärung

0	1	2	3	4	5	6
klärt keine Motive für eigenes Verhalten geht nicht auf Zusammenhänge des Erlebens und Verhaltens ein regt nicht zum Verständnis eigener Beziehungen an entwickelt kein Bedingungsmodell					regt intensiv dazu an, Motive für eigenes Verhalten zu erkennen klärt Zusammenhängen zwischen Erleben und Verhalten regt dazu an, sich in Beziehung zu anderen besser zu verstehen entwickelt verständliches Bedingungsmodell	

Ressourcenorientierung

0	1	2	3	4	5	6
geht nicht auf Ressourcen des Pt. ein geht nicht auf Stärken des Pt. ein unterstützt Pt. nicht in seinem Idealbild stimmt das Vorgehen nicht auf die besonderen Möglichkeiten des Pt. ab					ermuntert intensiv zur Nutzung von Ressourcen läßt Pt. seine Stärken erfahren unterstützt Pt. in seinem Idealbild	stimmt das Vorgehen auf die besonderen Möglichkeiten des Pt. ab

Problembewältigung

0	1	2	3	4	5	6
hilft nicht bei Erwerb von Strategien zur Bewältigung von Problemen keine Verbesserung der Handlungskompetenzen hilft nicht bei Zielverwirklichung, fördert keine Lösungsansätze					unterstützt durchgängig Strategien zur Bewältigung von Problemen verbessert Handlungskompetenzen	unterstützt Zielverwirklichung durch den Pt., fördert Lösungsansätze, bestärkt / lobt gute Lösung

Name (TherapeutIn):

Name (BeurteilerIn):

Beobachtungseinheit: Anfang Mitte Ende

Sitzungs-Nr.:

0	1	2	3	4	5	6
fehlende Ausprägung	schwache Ausprägung		mittlere Ausprägung		starke Ausprägung	sehr starke Ausprägung

6: mehrfach, besonders deutlich, mit intensivem Bemühen

Weitere Faktoren der Problembewältigung bei Rollenspielen

a) Veränderungsförderliches Verhalten im Rollenspiel

0	1	2	3	4	5	6
spielt zu schwer, beim letzten Pt. schwerer als beim ersten (Kino: zu unfreundlich) (Zug: fordert Nein-Sagen zu oft) (Verabredung: lenkt nicht rechtzeitig ein)						spielt angemessen, veränderungsförderlich, entsprechend der Schwierigkeit für den Pt.

b) Gutes Modell im Sinne von Selbstsicherheit

0	1	2	3	4	5	6
unklare, nicht offene Kommunikation in sich nicht stimmiges Verhalten (verbal, nonverbal, paraverbal) selbstunsicheres Auftreten						klare, offene Kommunikation in sich stimmiges Verhalten (verbal, nonverbal, paraverbal) selbstsicheres Auftreten

III. Strukturierung der Sitzung

Formale Strukturierung

0	1	2	3	4	5	6
fehlende Struktur, verwirrende Abläufe Fehler, Sprünge im Ablauf keine rote Linie unklare Aufgabenstellung gibt keine Leitlinien und Regeln vor läßt das Geschehen laufen						sorgt für klare Struktur manualgerechter, geplanter Ablauf klare Aufgabenstellung gibt Leitlinien und Regeln vor klare Leitungsrolle, führt Regie

Inhaltliche Strukturierung (Konkretheit der Intervention und pointierte Stellungnahme)

0	1	2	3	4	5	6
bleibt global - kein Bezug zum Kontext ist mit vager Antwort zufrieden erfragt keine Details, undifferenziert läßt Ergebnisse unsortiert nebeneinander stehen						fragt konkret, kontextbezogen nach erbittet Präzisierung erfragt Details, differenziert läßt pointiert zusammen, wertet präzise konkret aus, leitet Regeln ab, deckt Parallelen auf, stellt Vergleiche an

Name (TherapeutIn):
 Beobachtungseinheit: Anfang Mitte Ende
 Sitzungs-Nr.:

Name (BeurteilerIn):

0	1	2	3	4	5	6
fehlende Ausprägung	schwache Ausprägung		mittlere Ausprägung		starke Ausprägung	sehr starke Ausprägung

6: mehrfach, besonders deutlich, mit intensivem Bemühen

IV. Allgemeine Wirkung des Therapeuten: Attraktivität, Vertrauen, Expertise

Attraktivität

a) Freundlichkeit / Sympathie

0	1	2	3	4	5	6
wirkt wenig freundlich					wirkt sehr freundlich, warmherzig, angenehm	
schafft keine Sympathie (unangenehme Stimmilage, starre Mimik, kein Augenkontakt)				schafft Sympathie (angenehme Stimmilage, Lächeln, Augenkontakt)		

b) Wohlwollendes Engagement

0	1	2	3	4	5	6
wirkt gleichgültig, wenig zugewandt, Wohlwollen nicht erkennbar					wirkt engagiert, zugewandt, wohlwollend	

c) Erscheinungsbild / Auftreten

0	1	2	3	4	5	6
ungepflegtes Erscheinungsbild unklare, unverständliche Sprache (leise, nuschelnd) inadäquate Haltung / Körperhaltung					gepflegtes Erscheinungsbild klare, verständliche Sprache adäquate Haltung / Körperhaltung	

Vertrauenswürdigkeit

0	1	2	3	4	5	6
wirkt nicht vertrauenswürdig wirkt verschlossen wirkt verantwortungslos, enthüllend wirkt nicht zuverlässig wirkt respektlos, selbstorientiert					wirkt sehr vertrauenswürdig, offen wirkt sehr verantwortungsbewußt wirkt sehr zuverlässig wirkt sehr respektvoll, patientenorientiert	

Name (TherapeutIn):

Name (BeurteilerIn):

Beobachtungseinheit: Anfang Mitte Ende

Sitzungs-Nr.:

0	1	2	3	4	5	6
fehlende Ausprägung	schwache Ausprägung		mittlere Ausprägung		starke Ausprägung	sehr starke Ausprägung

6: mehrfach, besonders deutlich, mit intensivem Bemühen

Expertise

a) Sachkompetenz

0	1	2	3	4	5	6
erklärt inhaltliche Aspekte dürftig, findet keine plausiblen Antworten, weicht aus						setzt ausgeprägtes Sachwissen ein, geht auf Fragen sachkundig und differenziert ein
oberflächliche, allg. Begründungen ist schlecht vorbereitet						gibt inhaltlich gute Begründungen ist gut vorbereitet

b) Handlungskompetenz / Autonomer Arbeitsstil

0	1	2	3	4	5	6
schematischer, situativ wenig angepaßter, inflexibler, einfacher abhängiger, un kreativer Arbeitsstil hält sich starr an Vorgaben / Manuale						situationsbezogener, adaptiver, flexibler, sensitiver, unabhängiger, kreativer Arbeitsstil optimiert therapeutische Strategien durch Nutzung eigener Stärken

c) Emotionale Sicherheit

0	1	2	3	4	5	6
steifes, angespanntes, unsicheres Auftreten						locker, entspanntes, sicheres Auftreten

d) Angemessenes Rollenverhalten

0	1	2	3	4	5	6
hält die therapeutische Rolle nicht ein (Machtausübung, Voyeurismus, Selbsttherapie) Freundschaftsbeziehung mißachtet berufsethischer Standards						hält die therapeutische Rolle ein Arbeitsbeziehung beachtet berufsethischer Standards

Anhang B

Tabellen

Reliabilitäten der Therapeuten- und Patienten-Stundenbögen

B 1 Reliabilitäten der Skalen des Therapeuten-Stundenbogens

Skala	Anzahl der Items	Cronbachs α
Therapeutische Beziehung	10	.75
Ziel- und Aufgabenorientierung	3	.76
Wirksamkeitserwartung	5	.60
Problemaktualisierung	7	.64
Problemklärung	4	.72
Ressourcenaktivierung	6	.80
Problembewältigung	4	.74
Interpersonale Sichtweise	1	*
Intrapersonale Sichtweise	1	*
Therapeuten-Stundenbogen	41	.89

Anmerkung: * bei einem einzelnen Item ist keine Berechnung der Skalenreliabilität möglich

B 2 Reliabilitäten der Skalen des Patienten-Stundenbogens

Skala	Anzahl der Items	Cronbachs α
Therapeutische Beziehung	8	.81
Ziel- und Aufgabenorientierung	3	.70
Zufriedenheit	5	.80
Problemaktualisierung	5	.74
Problemklärung	4	.73
Ressourcenaktivierung	4	.69
Problembewältigung	4	.80
Patienten-Stundenbogen	33	.93

B 3 Übereinstimmung zwischen den Beurteilern bei der Beobachtung der Übungsvideos (nicht diskutierte Urteile)

	Produkt-Moment-Korrelation	Rang-korrelation (Spearman)	Intraclass-korrelation	Cronbachs Alpha	π -Koeffizienz (Scott)	T-Koeffizient (Lawlis & Lu)
Einführung	.61	.62	.58	.72	.23	1.0
Rapport	.64	.64	.61	.78	.31	.89
Ziel- und Aufgaben-orientierung	.30	.38	.29	.44	.22	.78
Aufbau von Wirksamkeits-erwartung	.88	.89	.76	.90	.11	.89
Problemaktualisierung	.68	.62	.69	.81	.19	1.0
Problemklärung	.33	.29	.30	.45	.07	.56
Ressourcenaktivierung	.37	.28	.34	.53	.09	.45
Problembewältigung	.87	.79	.87	.92	.44	1.0
Formale Struktur	1.00	1.00	.80	.89	.29	1.0
Inhaltl. Struktur	0	0	.000		.38	.67
Freundlichkeit/ Sympathie	.66	.75	.68	.79	.11	1.0
Wohlwollendes Engagement	*	*	*	*	.13	1.0
Erscheinungsbild/ Auftreten	.17	.17	.20	.29	.31	1.0
Vertrauenswürdigkeit	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.0
Sachkompetenz	-.79	-.79	-1.00	-5.0	.03	.67
Handlungskompetenz	.65	.65	.63	.74	-.11	1.0
Emotionale Sicherheit	-.67	-.67	-1	-4.0	-.66	1.0
Angemessenes Rollenverhalten	*	*	.000		-.25	1.0

* keine Rechnung möglich, da ein oder beide Rater keine Varianz aufweisen

B 4 Übereinstimmung zwischen den Beurteilern bei der Beobachtung der Übungsvideos (diskutierte Urteile)

	Produkt-Moment-Korrelation	Rang-korrelation (Spearman)	Intraclass-korrelation	Cronbachs Alpha	π -Koeffizienz (Scott)	T-Koeffizient (Lawlis & Lu)
Einfühlung	.61	.62	.58	.72	.40	1.0
Rapport	.85	.85	.80	.92	.52	1.0
Ziel- und Aufgabenorientierung	.50	.51	.48	.63	.29	1.0
Aufbau von Wirksamkeits-erwartung	.93	.94	.82	.93	.22	1.0
Problemaktualisierung	.68	.62	.69	.81	.28	1.0
Problemklärung	.80	.78	.75	.85	.21	1.0
Ressourcenaktivierung	.85	.91	.77	.91	.19	1.0
Problembewältigung	.90	.80	.89	.94	.43	1.0
Formale Struktur	.69	.88	.73	.81	.29	1.0
Inhaltl. Struktur	.76	.50	.74	.82	.38	1.0
Freundlichkeit/ Sympathie	.58	.65	.64	.74	.11	1.0
Wohlwollendes Engagement	.61	.61	.60	.71	.13	1.0
Erscheinungsbild/ Auftreten	.41	.41	.33	.57	.17	1.0
Vertrauenswürdigkeit	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.0
Sachkompetenz	-.41	-.41	-.50	-1.3	.43	1.0
Handlungskompetenz	.87	.83	.80	.89	.05	1.0
Emotionale Sicherheit	-.61	-.61	-.60	-3.0	.60	1.0
Angemessenes Rollenverhalten	.61	.61	.60	.75	.33	1.0

B 5 Übereinstimmung zwischen den Beurteilern bei der eigentlichen Verhaltensbeobachtung (nicht diskutierte Urteile)

	Produkt-Moment-Korrelation	Rang-korrelation (Spearman)	Intraclass-korrelation	Cronbachs Alpha	π -Koeffizienz (Scott)	T-Koeffizient (Lawlis & Lu)
Einfühlung	.86	.83	.85	.92	.67	1.0
Rapport	.84	.82	.84	.91	.63	.99
Ziel- und Aufgabenorientierung	.61	.59	.60	.75	.45	.94
Aufbau von Wirksamkeits-erwartung	.69	.68	.69	.82	.32	.80
Problemaktualisierung	.87	.85	.87	.93	.57	.93
Problemklärung	.86	.84	.86	.92	.54	.87
Ressourcenaktivierung	.75	.75	.75	.85	.39	.84
Problembewältigung	.82	.82	.82	.90	.44	.88
Formale Struktur	.83	.79	.82	.91	.47	.88
Inhaltl. Struktur	.86	.83	.86	.92	.47	.95
Freundlichkeit/ Sympathie	.78	.81	.76	.86	.47	.98
Wohlwollendes Engagement	.77	.73	.76	.86	.42	.98
Erscheinungsbild/ Auftreten	.61	.62	.56	.72	.42	.98
Vertrauenswürdigkeit	.68	.69	.68	.81	.30	.98
Sachkompetenz	.67	.62	.67	.80	.21	.98
Handlungskompetenz	.80	.78	.80	.89	.34	.93
Emotionale Sicherheit	.60	.61	.56	.72	.36	.95
Angemessenes Rollenverhalten	.63	.61	.58	.76	.33	1.0

B 6 Übereinstimmung zwischen den Beurteilern bei der eigentlichen Verhaltensbeobachtung (diskutierte Urteile)

Übereinstimmungsmaße der Ratingdaten (diskutierte Urteile)						
	Produkt-Moment-Korrelation	Rang-korrelation (Spearman)	Intraclass-korrelation	Cronbachs Alpha	π -Koeffizient (Scott)	T-Koeffizient (Lawlis & Lu)
Einfühlung	.86	.84	.86	.92	.68	1.0
Rapport	.87	.85	.87	.93	.68	1.0
Ziel- und Aufgabenorientierung	.75	.69	.75	.86	.54	1.0
Aufbau von Wirksamkeitserwartung	.85	.85	.85	.92	.37	1.0
Problemaktualisierung	.92	.92	.92	.96	.62	1.0
Problemklärung	.94	.92	.94	.97	.59	1.0
Ressourcenaktivierung	.87	.88	.87	.93	.48	1.0
Problembewältigung	.91	.91	.91	.95	.50	1.0
Formale Struktur	.91	.87	.91	.95	.53	1.0
Inhaltliche Struktur	.89	.87	.90	.94	.51	1.0
Freundlichkeit / Sympathie	.82	.82	.80	.89	.52	1.0
Wohlwollendes Engagement	.80	.74	.79	.88	.47	1.0
Erscheinungsbild / Auftreten	.67	.67	.62	.77	.43	1.0
Vertrauenswürdigkeit	.74	.72	.74	.85	.41	1.0
Sachkompetenz	.71	.65	.72	.83	.25	1.0
Handlungskompetenz	.87	.83	.87	.93	.40	1.0
Emotionale Sicherheit	.70	.66	.70	.82	.46	1.0
Angemessenes Rollenverhalten	.69	.70	.64	.81	.44	1.0

B 7 Formeln der Übereinstimmungskoeffizienten

1.) π -Koeffizient nach Scott (1955, zitiert nach Witz & Caspar, 2002)

$$\pi = (P_o - P_e) / (1 - P_e)$$

P_o = Relativer Anteil der Fälle, in denen die Rater identische Urteile abgegeben haben
($P\ddot{U}_{\text{beobachtet}} / 100\%$)

P_e = Relativer Anteil der Übereinstimmungen bei zufälligem Raterverhalten
($P\ddot{U}_{\text{erwartet}} / 100\%$)

$P\ddot{U}$ = Anzahl der von allen Ratern gleich beurteilten Personen / Anzahl der insgesamt beurteilten Personen * 100%

2.) Maß T der „ungefähren Übereinstimmung“ von Lawlis und Lu (1972, zitiert nach Witz & Caspar, 2002)

$$T = (N_1 - NP) / (N - NP)$$

N : Gesamtzahl der gerateten Objekte

N_1 : Anzahl der Objekte, die von allen Ratern gleich beurteilt wurden

NP : Anzahl der durch Zufall zu erwartenden Übereinstimmungen

B 10 Tabelle der Abweichungen zwischen den Beurteilerinnen bei der eigentlichen Verhaltensbeobachtung (nicht diskutierte Urteile); Teil 2

Nummer des Videos	Beobachtungssequenz in Minuten	Einführung	Rapport	Ziel- und Aufgabenorientierung	Aufbau von Wirksamkeitserwartung	Problemaktualisierung	Problemerkärung	Ressourcenaktivierung	Problembewältigung	Formale Struktur	Inhaltliche Struktur	Freundlichkeit / Sympathie	Wohlwollendes Engagement	Erscheinungsbild / Auftreten	Vertrauenswürdigkeit	Sachkompetenz	Handlungskompetenz	emotionale Sicherheit	angemessenes Rollenverhalten			
16	0-5	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0		
	6-10	0	0	1	1	0	1	0	0													
	11-15	0	1	0	0	0	2	0	1													
17	0-5	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	6-10	1	0	0	0	0	1	1	0													
	11-15	0	0	0	0	0	1	0	0													
18	0-5	0	0	0	2	1	0	1	3	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	
	6-10	0	0	0	1	0	0	0	1													
	11-15	0	1	0	1	0	0	1	0													
21	0-5	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	
	6-10	0	1	0	2	1	1	0	0													
	11-15	0	0	0	2	0	1	0	0													
22	0-5	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	6-10	1	0	1	1	1	2	1	0													
	11-15	1	0	0	1	0	0	0	0													
23	0-5	0	0	0	1	0	2	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6-10	0	1	0	0	1	0	0	0													
	11-15	0	0	0	0	0	0	0	0													
24	0-5	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0
	6-10	1	0	0	0	0	2	0	1													
	11-15	0	0	0	2	0	1	0	0													
26	0-5	0	1	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	6-10	0	1	2	1	0	0	0	1													
	11-15	0	1	0	1	3	2	1	1													
27	0-5	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0
	6-10	1	0	0	3	0	0	0	1													
	11-15	0	0	1	0	1	0	0	0													
28	0-5	0	0	1	2	1	4	2	4	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0
	6-10	1	0	0	0	0	1	1	1													
	11-15	1	0	1	1	1	0	0	1													
29	0-5	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	3	1	1	0	0	0
	6-10	1	0	0	0	0	0	1	0													
	11-15	1	1	0	1	0	0	1	0													
30	0-5	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6-10	0	0	0	0	0	0	0	1													
	11-15	0	0	1	3	1	1	0	0													
31	0-5	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0
	6-10	0	0	0	0	0	0	1	2													
	11-15	0	1	1	0	0	1	0	0													
33	0-5	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
	6-10	0	0	0	1	1	0	2	1													
	11-15	0	1	0	1	1	0	1	0													

B 10 Tabelle der Abweichungen zwischen den Beurteilerinnen bei der eigentlichen Verhaltensbeobachtung (nicht diskutierte Urteile); Teil 4

Nummer des Videos	Beobachtungssequenz in Minuten	Beurteilungskriterien								Abweichungen									
		Einführung	Rapport	Ziel- und Aufgabenorientierung	Aufbau von Wirksamkeitserwartung	Problemaktualisierung	Problemerkärung	Ressourcenaktivierung	Problembewältigung	Formale Struktur	Inhaltliche Struktur	Freundlichkeit / Sympathie	Wohlwollendes Engagement	Erscheinungsbild / Auftreten	Vertrauenswürdigkeit	Sachkompetenz	Handlungskompetenz	emotionale Sicherheit	angemessenes Rollenverhalten
51	0-5	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1
	6-10	0	1	0	1	0	1	0	0										
	11-15	0	0	0	1	0	0	1	0										
52	0-5	0	1	0	2	1	0	0	1	1	2	0	1	1	0	1	2	0	0
	6-10	0	0	0	1	0	1	0	0										
	11-15	0	0	1	0	1	1	0	1										
53	0-5	0	0	0	0	0	0	3	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1
	6-10	0	0	0	1	0	1	0	1										
	11-15	0	1	0	0	0	0	1	0										
54	0-5	0	0	1	0	1	4	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0
	6-10	0	0	1	0	0	0	0	0										
	11-15	1	0	0	1	0	1	0	0										
55	0-5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	
	6-10	0	0	1	1	0	0	1	0										
	11-15	0	0	0	0	0	0	1	1										
56	0-5	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1
	6-10	1	0	0	0	1	0	1	0										
	11-15	0	0	1	0	2	0	1	0										
57	0-5	0	0	0	1	1	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
	6-10	0	1	1	1	0	0	0	0										
	11-15	0	0	1	0	0	1	1	1										
58	0-5	1	0	0	0	1	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	6-10	1	1	0	1	2	0	1	0										
	11-15	0	0	0	0	0	1	1	1										
59	0-5	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	1	0	0
	6-10	0	0	1	0	1	0	2	0										
	11-15	0	1	0	0	0	1	0	0										
60	0-5	1	0	0	3	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
	6-10	0	0	0	0	0	1	0	0										
	11-15	0	0	0	2	0	2	2	2										
61	0-5	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1
	6-10	1	1	0	1	0	0	0	0										
	11-15	0	2	0	2	1	1	0	0										
62	0-5	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	2	1
	6-10	1	0	0	0	0	0	1	0										
	11-15	0	0	0	1	0	0	0	0										
63	0-5	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0
	6-10	0	0	0	1	2	0	0	0										
	11-15	0	0	0	1	0	1	0	0										
64	0-5	1	0	3	0	0	0	1	3	0	1	1	0	0	1	1	0	2	1
	6-10	1	1	0	0	0	0	0	1										
	11-15	1	0	0	0	0	0	0	1										

B 10 Tabelle der Abweichungen zwischen den Beurteilerinnen bei der eigentlichen Verhaltensbeobachtung (nicht diskutierte Urteile); Teil 5

Nummer des Videos	Beobachtungssequenz in Minuten	Einführung	Rapport	Ziel- und Aufgabenorientierung	Aufbau von Wirksamkeitserwartung	Problemaktualisierung	Problemlösung	Ressourcenaktivierung	Problembewältigung	Formale Struktur	Inhaltliche Struktur	Freundlichkeit / Sympathie	Wohlwollendes Engagement	Erscheinungsbild / Auftreten	Vertrauenswürdigkeit	Sachkompetenz	Handlungskompetenz	emotionale Sicherheit	angemessenes Rollenverhalten		
65	0-5	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	
	6-10	0	0	0	2	1	0	1	1												
	11-15	0	0	0	1	1	0	1	1												
66	0-5	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6-10	0	0	1	0	1	0	0	1												
	11-15	0	1	0	0	0	0	0	0												
68	0-5	0	0	1	0	3	4	2	3	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	
	6-10	0	0	0	1	1	0	1	0												
	11-15	0	0	1	1	0	0	1	1												
69	0-5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	
	6-10	0	0	0	0	0	0	1	1												
	11-15	0	0	0	0	0	0	1	0												
70	0-5	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	
	6-10	0	0	0	0	2	0	1	0												
	11-15	0	0	0	1	1	0	1	1												
71	0-5	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	
	6-10	0	1	0	0	0	0	0	0												
	11-15	1	1	0	1	0	1	0	1												
72	0-5	0	1	1	1	1	0	2	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	
	6-10	0	0	2	2	1	1	0	2												
	11-15	1	0	0	0	1	3	1	1												
73	0-5	0	0	1	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0		
	6-10	0	1	1	1	0	0	0	1												
	11-15	0	0	0	1	0	0	0	1												
74	0-5	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0		
	6-10	0	0	0	1	0	0	0	1												
	11-15	0	0	0	1	0	1	1	0												
75	0-5	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0		
	6-10	0	0	0	1	0	1	0	1												
	11-15	0	0	0	1	0	1	0	2												
76	0-5	0	0	1	0	1	1	2	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0		
	6-10	0	0	0	0	0	1	1	1												
	11-15	0	0	0	0	1	1	1	0												
77	0-5	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	2	1	1		
	6-10	1	0	1	1	1	1	0	2												
	11-15	0	0	1	0	0	0	2	1												
78	0-5	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1		
	6-10	0	0	0	0	0	1	0	0												
	11-15	0	0	0	0	0	1	0	0												
79	0-5	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0		
	6-10	0	0	1	0	1	1	1	1												
	11-15	0	1	0	1	0	0	1	1												

B 11 Tabelle der Abweichungen zwischen den Beurteilerinnen bei der eigentlichen Verhaltensbeobachtung (diskutierte Urteile); Teil 2

Nummer des Videos	Beobachtungssequenz in Minuten	Einführung	Rapport	Ziel- und Aufgabenorientierung	Aufbau von Wirksamkeitserwartung	Problemaktualisierung	Problemlösung	Ressourcenaktivierung	Problembewältigung	Formale Struktur	Inhaltliche Struktur	Freundlichkeit / Sympathie	Wohlwollendes Engagement	Erscheinungsbild / Auftreten	Vertrauenswürdigkeit	Sachkompetenz	Handlungskompetenz	emotionale Sicherheit	angemessenes Rollenverhalten
16	0-5	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0
	6-10	0	0	1	0	0	1	0	0										
	11-15	0	1	0	0	0	1	0	1										
17	0-5	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	6-10	1	0	0	0	0	1	1	0										
	11-15	0	0	0	1	0	1	0	0										
18	0-5	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0
	6-10	0	0	0	1	0	0	0	1										
	11-15	0	1	0	1	0	0	1	0										
21	0-5	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1
	6-10	0	1	0	1	1	1	0	0										
	11-15	0	0	0	1	0	1	0	0										
22	0-5	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
	6-10	1	0	1	1	1	1	1	0										
	11-15	1	0	0	1	0	0	0	0										
23	0-5	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6-10	0	1	0	0	1	0	0	0										
	11-15	0	0	0	0	0	0	0	0										
24	0-5	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0
	6-10	1	0	0	0	0	1	0	0										
	11-15	0	0	0	1	0	1	0	0										
26	0-5	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	6-10	0	1	0	1	0	0	0	1										
	11-15	0	1	0	1	0	1	1	1										
27	0-5	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
	6-10	1	0	0	1	0	0	0	1										
	11-15	0	0	1	0	1	0	0	0										
28	0-5	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0
	6-10	1	0	0	0	0	0	1	1										
	11-15	1	0	1	1	1	0	0	1										
29	0-5	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0
	6-10	1	0	0	0	0	0	1	0										
	11-15	1	1	0	1	0	0	1	0										
30	0-5	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
	6-10	0	0	0	0	0	0	0	1										
	11-15	0	0	1	1	1	1	0	0										
31	0-5	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0
	6-10	0	0	0	0	0	0	1	0										
	11-15	0	1	1	0	0	1	0	0										
33	0-5	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
	6-10	0	0	0	1	1	0	0	1										
	11-15	0	1	0	1	1	0	1	0										

B 11 Tabelle der Abweichungen zwischen den Beurteilerinnen bei der eigentlichen Verhaltensbeobachtung (diskutierte Urteile); Teil 4

Nummer des Videos	Beobachtungssequenz in Minuten	Einführung	Rapport	Ziel- und Aufgabenorientierung	Aufbau von Wirksamkeitserwartung	Problemaktualisierung	Problemerkklärung	Ressourcenaktivierung	Problembewältigung	Formale Struktur	Inhaltliche Struktur	Freundlichkeit / Sympathie	Wohlwollendes Engagement	Erscheinungsbild / Auftreten	Vertrauenswürdigkeit	Sachkompetenz	Handlungskompetenz	emotionale Sicherheit	angemessenes Rollenverhalten
51	0-5	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1
	6-10	0	1	0	1	0	1	0	0										
	11-15	0	0	0	1	0	0	1	0										
52	0-5	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0
	6-10	0	0	0	1	0	1	0	0										
	11-15	0	0	1	0	1	1	0	1										
53	0-5	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1
	6-10	0	0	0	1	0	1	0	1										
	11-15	0	1	0	0	0	0	1	0										
54	0-5	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0
	6-10	0	0	0	0	0	0	0	0										
	11-15	1	0	0	1	0	1	0	0										
55	0-5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
	6-10	0	0	1	1	0	0	1	0										
	11-15	0	0	0	0	0	0	1	1										
56	0-5	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0
	6-10	1	0	0	0	1	0	1	0										
	11-15	0	0	1	0	1	0	1	0										
57	0-5	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
	6-10	0	0	1	0	0	0	0	0										
	11-15	0	0	1	0	0	1	1	1										
58	0-5	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	6-10	1	0	0	1	0	0	1	0										
	11-15	0	0	0	0	0	1	1	1										
59	0-5	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0
	6-10	0	0	1	0	1	0	1	0										
	11-15	0	1	0	0	0	1	0	0										
60	0-5	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
	6-10	0	0	0	0	0	1	0	0										
	11-15	0	0	0	1	0	1	0	1										
61	0-5	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1
	6-10	1	1	0	1	0	0	0	0										
	11-15	0	0	0	1	1	1	0	0										
62	0-5	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1
	6-10	1	0	0	0	0	0	1	0										
	11-15	0	0	0	1	0	0	0	0										
63	0-5	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
	6-10	0	0	0	1	0	0	0	0										
	11-15	0	0	0	1	0	1	0	0										
64	0-5	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1
	6-10	1	1	0	0	0	0	0	1										
	11-15	1	0	0	0	0	0	0	1										

B 11 Tabelle der Abweichungen zwischen den Beurteilerinnen bei der eigentlichen Verhaltensbeobachtung (diskutierte Urteile); Teil 5

Nummer des Videos	Beobachtungssequenz in Minuten	Einführung	Rapport	Ziel- und Aufgabenorientierung	Aufbau von Wirksamkeitserwartung	Problemaktualisierung	Problemlösung	Ressourcenaktivierung	Problembewältigung	Formale Struktur	Inhaltliche Struktur	Freundlichkeit / Sympathie	Wohlwollendes Engagement	Erscheinungsbild / Auftreten	Vertrauenswürdigkeit	Sachkompetenz	Handlungskompetenz	emotionale Sicherheit	angemessenes Rollenverhalten		
65	0-5	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	
	6-10	0	0	0	1	1	0	1	1												
	11-15	0	0	0	1	1	0	1	1												
66	0-5	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6-10	0	0	1	0	1	0	0	1												
	11-15	0	1	0	0	0	0	0	0												
68	0-5	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
	6-10	0	0	0	1	0	0	1	0												
	11-15	0	0	1	1	0	0	1	1												
69	0-5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	6-10	0	0	0	0	0	0	1	0												
	11-15	0	0	0	0	0	0	1	0												
70	0-5	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
	6-10	0	0	0	0	1	0	1	0												
	11-15	0	0	0	1	1	0	1	0												
71	0-5	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1
	6-10	0	1	0	0	0	0	0	0												
	11-15	1	1	0	1	0	1	0	1												
72	0-5	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
	6-10	0	0	0	0	1	1	0	1												
	11-15	1	0	0	0	1	1	0	1												
73	0-5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
	6-10	0	1	1	1	0	0	0	1												
	11-15	0	0	0	1	0	0	0	1												
74	0-5	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	6-10	0	0	0	1	0	0	0	1												
	11-15	0	0	0	1	0	1	1	0												
75	0-5	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
	6-10	0	0	0	1	0	1	0	1												
	11-15	0	0	0	1	0	1	0	1												
76	0-5	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
	6-10	0	0	0	0	0	1	1	0												
	11-15	0	0	0	0	1	1	1	0												
77	0-5	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
	6-10	1	0	0	1	0	1	0	1												
	11-15	0	0	1	0	0	0	0	1												
78	0-5	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
	6-10	0	0	0	0	0	1	0	0												
	11-15	0	0	0	0	0	1	0	0												
79	0-5	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
	6-10	0	0	1	0	0	0	1	0												
	11-15	0	1	0	1	0	0	1	1												

B 12 Deskriptive Statistiken des TherapeutInnen-Stundenbogens

Skala	Mittelwert	Median	Standardabweichung	Varianz	Range	Minimum	Maximum
Therapeutische Beziehung	4.57	4.70	.64	.42	3.90	2.10	6.00
Ziel- und Aufgabenorientierung	4.75	5.00	.69	.48	4.67	1.33	6.00
Wirksamkeitserwartung	4.40	4.40	.77	.59	4.40	1.40	5.80
Problemaktualisierung	1.61	1.57	.70	.49	2.75	.00	2.75
Problemklärung	1.57	1.75	.52	.27	2.29	.43	2.71
Ressourcenaktivierung	1.99	1.67	.61	.37	2.50	.50	3.00
Problembewältigung	1.70	2.00	.60	.36	2.67	.33	3.00
Interpersonale Sichtweise	1.82	1.00	.88	.78	3.00	.00	3.00
Intrapersonale Sichtweise	1.11	2.00	1.23	1.50	3.00	.00	3.00

Gesamtskala wurde nicht berechnet, da unterschiedliche Skalierungen zugrunde liegen

B 13 Deskriptive Statistiken des PatientInnen-Stundenbogens

Skala	Mittelwert	Median	Standardabweichung	Varianz	Range	Minimum	Maximum
Therapeutische Beziehung	5.11	5.13	.59	.35	2.13	3.88	6.00
Ziel- und Aufgabenorientierung	4.92	5.00	.73	.53	3.67	2.33	6.00
Zufriedenheit	4.83	5.00	.91	.83	3.60	2.40	6.00
Problemaktualisierung	4.02	4.20	.97	.94	4.25	1.50	5.75
Problemklärung	4.18	4.25	.98	.96	5.00	1.00	6.00
Ressourcenaktivierung	4.46	4.50	.91	.83	3.75	2.25	6.00
Problembewältigung	4.86	4.50	.73	.53	3.25	2.75	6.00
Patienten-Stundenbogen	4.68	4.80	.63	.39	2.65	3.06	5.71

B 14 Deskriptive Statistiken der Ratingskalen

Skala	Mittelwert	Standard- abweichung	Varianz	Range	Minimum	Maximum
Einführung	4.46	.71	.50	3.50	2.00	5.50
Rapport	4.38	.78	.60	4.00	1.83	5.83
Bond	4.42	.71	.50	3.50	1.92	5.42
Ziel- und Aufgabenorientierung	4.35	.58	.33	2.67	2.50	5.17
Aufbau von Wirksamkeitserwartung	2.07	.97	.95	4.33	.17	4.50
Gesamtwert Beziehung	3.82	.60	.36	3.04	1.62	4.67
Problemaktualisierung	2.77	1.25	1.56	5.67	.17	5.83
Problemklärung	3.19	1.53	2.35	5.50	.00	5.50
Ressourcenaktivierung	1.97	1.09	1.20	4.17	.00	4.17
Problembewältigung	2.63	1.34	1.79	5.00	.00	5.00
Formale Struktur	4.26	1.36	1.85	6.00	.00	6.00
Inhaltliche Struktur	4.17	1.27	1.61	5.50	.50	6.00
Gesamtwert Struktur	4.21	1.19	1.43	5.25	.75	6.00
Freundlichkeit / Sympathie	4.44	.84	.70	3.50	2.00	5.50
Wohllollendes Engagement	4.39	.84	.70	4.50	1.00	5.50
Erscheinungsbild / Auftreten	4.74	.53	.28	2.50	3.50	6.00
Gesamtwert Attraktivität	4.52	.66	.43	3.17	2.33	5.50
Vertrauenswürdigkeit	4.51	.77	.59	3.50	2.50	6.00
Sachkompetenz	4.30	.86	.75	4.50	1.50	6.00
Handlungskompetenz / Autonomer Arbeitsstil	4.04	1.29	1.66	5.00	1.00	6.00
Emotionale Sicherheit	4.58	.64	.41	3.00	2.50	5.50
Rollenverhalten	4.74	.55	.30	2.50	3.50	6.00
Gesamtwert Expertise	4.42	.74	.55	3.50	2.25	5.75
Gesamtwert Allgemeine Wirkung	4.48	.67	.45	2.89	2.69	5.58
Gesamtwert Ratingskalen	3.89	.63	.40	2.82	2.13	4.95

B15 Interkorrelationen der Skalen des TherapeutInnen-Stundenbogens

Skalen		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Korr.	1.00	.58**	.58**	.52**	.13	.34**	.43**	.23*	.09
	Sign.		.00	.00	.00	.27	.00	.00	.05	.44
2	Korr.		1.00	.61**	.38**	-.13	.33**	.34**	.04	-.07
	Sign.			.00	.00	.30	.00	.00	.74	.58
3	Korr.			1.00	.49**	-.02	.32**	.28*	.05	-.21
	Sign.				.00	.85	.01	.02	.68	.08
4	Korr.				1.00	.34**	.43**	.52**	.47**	.17
	Sign.					.00	.00	.00	.00	.15
5	Korr.					1.00	-.03	.10	.26*	.59**
	Sign.						.78	.42	.03	.00
6	Korr.						1.00	.56**	.20	-.10
	Sign.							.00	.10	.41
7	Korr.							1.00	.39**	.08
	Sign.								.00	.48
8	Korr.								1.00	.20
	Sign.									.09
9	Korr.									1.00
	Sign.									

Legende:

1 = Therapeutische Beziehung; 2 = Ziel- und Aufgabenorientierung; 3 = Wirksamkeitserwartung;
 4 = Problemaktualisierung; 5 = Problemklärung; 6 = Problembewältigung; 7 Ressourcenaktivierung;
 8 = intrapersonale Sichtweise; 9 = interpersonale Sichtweise

* $p \leq .05$, ** $\leq .01$; zweiseitige Testung

B16 Interkorrelationen der Skalen des PatientInnen-Stundenbogens

		1	2	3	4	5	6	7
1	Korr.		.61**	.63**	.42**	.35**	.45**	.73**
	Sign.	1.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
2	Korr.		1.00	.74**	.43**	.42**	.47**	.67**
	Sign.			.00	.00	.00	.00	.00
3	Korr.			1.00	.61**	.48**	.60**	.67**
	Sign.				.00	.00	.00	.00
4	Korr.				1.00	.45**	.45**	.33**
	Sign.					.00	.00	.00
5	Korr.					1.00	.63**	.46**
	Sign.						.00	.00
6	Korr.						1.00	.56**
	Sign.							.00
7	Korr.							1.00
	Sign.							

Legende:

1 = Therapeutische Beziehung; 2 = Ziel- und Aufgabenorientierung; 3 = Zufriedenheit;
4 = Problemaktualisierung; 5 = Problemklärung; 6 = Problembewältigung; 7 = Ressourcenaktivierung

* $p \leq .05$, ** $\leq .01$; zweiseitige Testung

B17 Interkorrelationen der Skalen des Ratingbogens

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
1	1	,82**	,95**	,43**	,50**	,86**	,02	,39**	,39**	,18	,50**	,57*	,65*	,65**	,82**	,73**	,59**	,82**	,77**	,66**	,61**	,66**	,52**	,66**	,69**	
2		1	,96*	,46**	,46**	,86**	,09	,25*	,41*	,24*	,49*	,56**	,58*	,61**	,74**	,70**	,54**	,76**	,67**	,53**	,53**	,56**	,52**	,56**	,59**	
3			1	,46*	,50*	,90**	,06	,33**	,42*	,22	,52*	,59**	,64*	,66**	,82**	,75**	,59**	,82**	,75**	,62**	,60**	,64**	,54**	,64**	,67**	
4				1	,33*	,65*	,32**	,04	,23	,30*	,44*	,64*	,46**	,61**	,43**	,51**	,43**	,52**	,50**	,53**	,47**	,52**	,49**	,57**	,56**	
5					1	,78*	,08	,05	,42*	,23	,36*	,41**	,35**	,40**	,40**	,42**	,34**	,44**	,43**	,43**	,35**	,40**	,27*	,30*	,39**	
6						1	,14	,23	,47**	,29*	,55**	,67*	,63**	,70**	,74**	,73**	,59**	,79**	,74**	,66**	,60**	,66**	,54**	,63**	,68**	
7							1	-,14	-,07	,27	,51**	,47**	,13	,35**	,19	,24*	,24*	,25*	,31**	,22	,22	,23	,23	,25*	,25*	
8								1	-,06	-,40*	,29*	,12	,50**	,33**	,36**	,28*	,06	,29*	,29*	,36**	,39**	,39**	,20	,22	,35**	
9									1	,50	,61**	,37**	,30*	,35**	,44**	,46**	,27*	,45**	,39**	,34**	,36**	,37**	,34**	,25*	,38**	
10										1	,62**	,41**	,10	,29*	,23	,30*	,16	,27*	,32**	,24*	,27*	,27*	,32**	,17	,29*	
11											1	,67*	,54**	,66**	,61**	,63**	,35**	,62**	,65**	,59**	,63**	,64**	,54**	,44**	,64**	
12												1	,64**	,91**	,56**	,70**	,52**	,68**	,70**	,77**	,66**	,74**	,63**	,66**	,76**	
13													1	,90**	,62**	,64**	,50**	,67**	,69**	,81**	,84**	,87**	,64**	,68**	,85**	
14														1	,64**	,74**	,55**	,74**	,76**	,87**	,83**	,89**	,71**	,73**	,89**	
15															1	,84**	,57**	,94**	,83**	,59**	,61**	,64**	,49**	,63**	,65**	
16																1	,57**	,94**	,79**	,69**	,71**	,74**	,58**	,71**	,76**	
17																	1	,76**	,67**	,44**	,45**	,47**	,53**	,68**	,56**	
18																		1	,87**	,67**	,69**	,71**	,59**	,75**	,75**	
19																			1	,71**	,72**	,75**	,64**	,71**	,78**	
20																				1	,81**	,93**	,70**	,65**	,91**	
21																					1	,97**	,73**	,72**	,95**	
22																						1	,76**	,73**	,98**	
23																							1	,63**	,85**	
24																								1	,81**	
25																										1

Anmerkungen:

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

1 = Einfühlung, 2 = Rapport, 3 = therapeutic bond, 4 = Ziel- und Aufgabenorientierung, 5 = Aufbau von Wirksamkeitserwartung, 6 = Gesamtwert Beziehung, 7 = Problemaktualisierung, 8 = Problemklärung, 9 = Ressourcenorientierung, 10 = Problembewältigung, 11 = Gesamtwert Strategien, 12 = Formale Struktur, 13 = Inhaltliche Struktur, 14 = Gesamtwert Struktur, 15 = Sympathie/Freundlichkeit, 16 = Wohlwollendes Engagement, 17 = Erscheinungsbild/Auftreten, 18 = Gesamtwert Attraktivität, 19 = Vertrauenswürdigkeit, 20 = Sachkompetenz, 21 = Handlungskompetenz, 22 = Gesamtwert Kompetenz, 23 = Emotionale Sicherheit, 24 = Angemessenes Rollenverhalten, 25 = Gesamtwert Expertise

B18 Korrelation der Skalen des Therapeuten-Stundenbogens und den Skalen des Patienten-Stundenbogens

Therapeuten \ Patienten		Patienten						
		1	2a	3	4	5	6	7
1	Korr.	.35**	.54**	.48**	.53**	.48**	.40**	.47**
	Sign.	.003	.000	.000	.000	.000	.000	.000
2b	Korr.	.20	.22	.29*	.33**	.15	.16	.08
	Sign.	.093	.065	.015	.005	.203	.196	.519
3	Korr.	.28*	.34**	.48**	.34**	.23	.40**	.35**
	Sign.	.017	.004	.000	.004	.051	.001	.003
4	Korr.	.42**	.34**	.31**	.47**	.23	.26*	.33**
	Sign.	.000	.004	.009	.000	.052	.028	.005
5	Korr.	.03	-.14	-.14	.00	.28*	-.13	-.04
	Sign.	.794	.261	.240	.987	.018	.294	.728
6	Korr.	.22	.31**	.30*	.15	.17	.47**	.33**
	Sign.	.064	.008	.011	.160	.227	.000	.004
7	Korr.	.16	.12	.17	.13	.21	.29*	.29*
	Sign.	.178	.308	.166	.291	.073	.015	.015

Anmerkung: * $p \leq .05$, ** $\leq .01$; zweiseitige Testung

1 = Therapeutische Beziehung, 2a = Zufriedenheit (Patienten), 2b = Wirksamkeitserwartung (Therapeuten), 3 = Ziel- und Aufgabenorientierung, 4 = Problemaktualisierung, 5 = Problemklärung, 6 = Problembewältigung, 7 = Ressourcenaktivierung

B 19 Interkorrelationen der Skalen des TherapeutInnen-Stundenbogens und den Rating-skalen

		1T	2T	3T	4T	5T	6T	7T
1	Korr.	.23	.07	.05	-.03	.10	-.06	.01
	Sign.	.055	.542	.673	.790	.391	.635	.931
2	Korr.	.34**	.16	.08	.13	.14	.07	.10
	Sign.	.004	.186	.493	.279	.256	.568	.423
3	Korr.	.30*	.12	.07	.06	.13	.01	.06
	Sign.	.012	.304	.557	.647	.294	.940	.631
4	Korr.	.29*	.12	.08	.15	-.10	.09	.07
	Sign.	.015	.325	.524	.206	.430	.445	.563
5	Korr.	.04	.03	.25*	.11	-.11	.05	.07
	Sign.	.724	.794	.038	.348	.361	.653	.581
6	Korr.	.26*	.11	.16	.11	.01	.05	.08
	Sign.	.028	.344	.183	.341	.953	.683	.519
7	Korr.	.29*	.17	.18	.39**	-.12	.27*	.25*
	Sign.	.014	.145	.123	.001	.302	.025	.033
8	Korr.	-.06	-.28*	-.23*	-.19	.51**	-.23	-.30*
	Sign.	.608	.018	.049	.117	.000	.051	.011
9	Korr.	.23	.40**	.37**	.15	-.44**	.40**	.21
	Sign.	.055	.001	.001	.216	.000	.001	.080
10	Korr.	.10	.25*	.17	.11	-.05	.28*	.10
	Sign.	.413	.039	.149	.378	.658	.018	.392
11	Korr.	.37**	.34**	.21	.21	-.05	.11	-.03
	Sign.	.001	.004	.072	.081	.663	.378	.783
12	Korr.	.19	.12	.03	-.03	.16	-.05	-.10
	Sign.	.106	.300	.789	.774	.177	.707	.396
13	Korr.	.23	.14	.06	.02	.08	.04	.02
	Sign.	.059	.237	.608	.879	.483	.751	.863
14	Korr.	.33**	.26*	.14	.18	.13	.12	.15
	Sign.	.004	.026	.230	.126	.287	.333	.206
15	Korr.	.34**	.20	.13	.01	-.10	-.07	.09
	Sign.	.004	.090	.282	.913	.411	.541	.456
16	Korr.	.33**	.23	.12	.09	.06	.05	.10
	Sign.	.005	.056	.309	.459	.596	.702	.418
17	Korr.	.27*	.20	.13	.02	-.04	.03	.01
	Sign.	.022	.099	.281	.876	.729	.792	.924
18	Korr.	.19	.19	.16	.07	.08	.04	-.09
	Sign.	.112	.108	.185	.573	.500	.765	.438
19	Korr.	.24*	.25*	.09	.10	.10	.04	-.02
	Sign.	.044	.037	.432	.404	.407	.715	.897
20	Korr.	.23	.24*	.13	.09	.10	.04	-.05
	Sign.	.053	.047	.291	.447	.421	.723	.681
21	Korr.	.43**	.33**	.24*	.12	-.01	.09	-.04
	Sign.	.000	.005	.042	.301	.940	.451	.743
22	Korr.	.31**	.16	-.03	.04	-.01	-.09	-.03
	Sign.	.008	.189	.835	.767	.963	.432	.832
23	Korr.	.31**	.26*	.13	.10	.06	.03	-.05
	Sign.	.009	.027	.263	.425	.601	.793	.696

B 19 Interkorrelationen der Skalen des TherapeutInnen-Stundenbogens und den Rating-skalen

Anmerkungen:

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

1T = Therapeutische Beziehung, 2T = Wirksamkeitserwartung, 3T = Ziel- und Aufgabenorientierung, 4T = Problemaktualisierung, 5T = Problemklärung, 6T = Problembewältigung, 7T = Ressourcenaktivierung

1 = Einfühlung, 2 = Rapport, 3 = therapeutic bond, 4 = Ziel- und Aufgabenorientierung, 5 = Aufbau von Wirksamkeitserwartung, 6 = Gesamtwert Beziehung, 7 = Problemaktualisierung,

8 = Problemklärung, 9 = Problembewältigung, 10 = Ressourcenorientierung, 11 = Formale Struktur, 12 = Inhaltliche Struktur, 13 = Sympathie/Freundlichkeit, 14 = Wohlwollendes Engagement, 15 = Erscheinungsbild/Auftreten, 16 = Gesamtwert Attraktivität, 17 = Vertrauenswürdigkeit, 18 = Sachkompetenz, 19 = Handlungskompetenz, 20 = Gesamtwert Kompetenz, 21 = Emotionale Sicherheit, 22 = Angemessenes Rollenverhalten, 23 = Gesamtwert Expertise

B 20 Korrelationen der Skalen des PatientInnen-Stundenbogens und den Ratingskalen

		1P	2P	3P	4P	5P	6P	7P
1	Korr.	.18	.16	.07	.09	.25*	.23	.15
	Sign.	.132	.195	.554	.435	.039	.053	.226
2	Korr.	.24*	.16	.07	.22	.19	.23	.17
	Sign.	.043	.181	.554	.061	.117	.053	.146
3	Korr.	.22	.17	.07	.17	.23	.24*	.17
	Sign.	.063	.167	.536	.158	.059	.043	.161
4	Korr.	.16	.31**	.17	.18	.22	.23	.15
	Sign.	.180	.010	.156	.126	.071	.055	.215
5	Korr.	.16	.16	.08	.09	.09	.26*	.18
	Sign.	.191	.172	.489	.446	.468	.028	.127
6	Korr.	.23	.24*	.12	.18	.22	.30**	.21
	Sign.	.051	.047	.325	.132	.066	.010	.081
7	Korr.	.08	.33**	.24	.38**	-.01	.26*	.09
	Sign.	.498	.005	.044	.001	.912	.028	.433
8	Korr.	-.11	-.13	-.20	-.17	.13	-.08	-.05
	Sign.	.349	.296	.090	.151	.273	.483	.679
9	Korr.	.01	.17	.16	.12	-.16	.22	.13
	Sign.	.961	.168	.182	.336	.188	.060	.297
10	Korr.	.14	.02	.12	.05	.15	.24*	.21
	Sign.	.259	.870	.307	.698	.203	.047	.078
11	Korr.	.16	.35**	.18	.33*	.18	.24*	.11
	Sign.	.173	.003	.127	.005	.135	.044	.341
12	Korr.	.04	.12	-.06	.11	.15	.09	.00
	Sign.	.764	.333	.605	.378	.218	.456	.978
13	Korr.	.12	.12	.02	.06	.12	.24*	.12
	Sign.	.302	.335	.893	.641	.311	.041	.303
14	Korr.	.14	.20	.09	.11	.06	.21	.13
	Sign.	.257	.088	.480	.361	.598	.080	.266
15	Korr.	.09	.09	.03	.11	.19	.17	.13
	Sign.	.473	.474	.819	.373	.107	.164	.284
16	Korr.	.13	.16	.05	.10	.13	.24*	.14
	Sign.	.265	.184	.676	.408	.276	.046	.230
17	Korr.	-.01	.13	.06	.08	.10	.23	.05
	Sign.	.937	.267	.619	.508	.406	.055	.650
18	Korr.	.04	.21	.05	.19	.15	.14	.02
	Sign.	.758	.085	.651	.114	.219	.258	.841
19	Korr.	.00	.13	.03	.14	.03	.03	-.02
	Sign.	.977	.272	.806	.245	.816	.774	.870
20	Korr.	.01	.17	.04	.17	.08	.08	.00
	Sign.	.910	.156	.730	.162	.505	.508	.987
21	Korr.	.16	.25*	.26*	.21	.16	.15	.20
	Sign.	.181	.036	.032	.080	.188	.212	.090
22	Korr.	.05	.17	.02	.19	.13	.13	.00
	Sign.	.686	.147	.843	.113	.291	.270	.990
23	Korr.	.05	.20	.09	.19	.11	.11	.04
	Sign.	.660	.091	.464	.104	.351	.356	.723

B 20 Korrelationen der Skalen des PatientInnen-Stundenbogens und den Ratingskalen

Anmerkungen:

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

1P = Therapeutische Beziehung, 2P = Zufriedenheit, 3P = Ziel- und Aufgabenorientierung, 4P = Problemaktualisierung, 5P = Problemklärung, 6P = Problembewältigung, 7P = Ressourcenaktivierung

1 = Einfühlung, 2 = Rapport, 3 = therapeutic bond, 4 = Ziel- und Aufgabenorientierung, 5 = Aufbau von Wirksamkeitserwartung, 6 = Gesamtwert Beziehung, 7 = Problemaktualisierung,

8 = Problemklärung, 9 = Problembewältigung, 10 = Ressourcenorientierung, 11 = Formale Struktur, 12 = Inhaltliche Struktur, 13 = Sympathie/Freundlichkeit, 14 = Wohlwollendes Engagement, 15 = Erscheinungsbild/Auftreten, 16 = Gesamtwert Attraktivität, 17 = Vertrauenswürdigkeit, 18 = Sachkompetenz, 19 = Handlungskompetenz, 20 = Gesamtwert Kompetenz, 21 = Emotionale Sicherheit, 22 = Angemessenes Rollenverhalten, 23 = Gesamtwert Expertise

B 21 Statistische Kennwerte der Merkmale des Ratingbogens in Bezug auf den Vergleich von subjektiv wirksamen und unwirksamen Therapeuten (nicht signifikante Werte)

Skalen	Mittelwert (wirksam)	Mittelwert (unwirksam)	F-Wert	p-Wert
Einfühlung	4.48	4.45	.05	.826
Rapport	4.52	4.26	2.03	.159
Bond	4.50	4.35	.78	.380
Ziel- und Aufgabenorient.	4.47	4.25	2.50	.118
Aufbau v. Wirksamkeitserw.	2.13	2.02	.22	.641
Therapeutische Beziehung	3.90	3.75	1.18	.280
Problemaktualisierung	2.82	2.72	.11	.742
Problemklärung	2.98	3.38	1.16	.285
Inhaltliche Struktur	4.36	4.03	1.29	.259
Sympathie	4.58	4.33	1.59	.212
Auftreten	4.85	4.66	2.42	.124
Vertrauenswürdigkeit	4.62	4.43	1.10	.297
Sachkompetenz	4.39	4.26	.42	.517
Handlungskompetenz	4.24	3.96	.93	.339
Emotionale Sicherheit	4.67	4.51	1.06	.307
Rollenverhalten	4.83	4.70	1.18	.281
Expertise	4.53	4.36	1.04	.310

B 22 Statistische Kennwerte der Merkmale des Ratingbogens in Bezug auf den Vergleich von zufriedenen und unzufriedenen Patienten (nicht signifikante Werte)

Skalen	Mittelwert (zufrieden)	Mittelwert (unzufrieden)	F-Wert	p-Wert
Einfühlung	4.60	4.30	3.23	.077
Aufbau v. Wirksamkeitserw.	2.16	1.96	.77	.382
Problemklärung	3.12	3.29	.21	.647
Problembewältigung	2.82	2.38	1.91	.171
Ressourcenorientierung	2.03	1.91	.20	.660
Inhaltliche Struktur	4.34	3.98	1.41	.239
Sympathie	4.56	4.29	1.92	.170
Engagement	4.51	4.24	1.91	.171
Auftreten	4.83	4.65	2.12	.150
Attraktivität	4.63	4.39	2.48	.120
Vertrauenswürdigkeit	4.63	4.39	1.78	.186
Sachkompetenz	4.46	4.15	2.54	.116
Handlungskompetenz	4.19	3.97	.56	.459
Rollenverhalten	4.85	4.65	2.70	.105
Expertise	4.56	4.29	2.55	.115

B 23 Statistische Kennwerte der Merkmale des Ratingbogens in Bezug auf den Vergleich von zufriedenen und unzufriedenen Patienten; Untergruppe „unwirksame Therapeuten“ (nicht signifikante Werte)

Skalen	Mittelwert (zufrieden)	Mittelwert (unzufrieden)	F-Wert	p-Wert
Aufbau v. Wirksamkeitserw.	2.18	1.84	1.12	.297
Problemklärung	3.26	3.51	.293	.591
Ressourcenaktivierung	1.70	1.70	.000	.991
Sympathie	4.53	4.11	1.88	.178
Wohlwollendes Engagement	4.43	3.94	2.62	.114
Erscheinungsbild / Auftreten	4.75	4.56	.977	.329
Gesamtskala Attraktivität	4.57	4.20	2.32	.137
Vertrauenswürdigkeit	4.63	4.11	1.97	.169

B 24 Statistische Kennwerte der Merkmale des Ratingbogens in Bezug auf den Vergleich von zufriedenen und unzufriedenen Patienten; Untergruppe „wirksame Therapeuten“ (nicht signifikante Werte)

Skalen	Mittelwert (wirksam)	Mittelwert (unwirksam)	F-Wert	p-Wert
Einführung	4.51	4.45	.081	.777
Rapport	4.60	4.40	.624	.435
Bond	4.55	4.42	.348	.560
Ziel- und Aufgabenorient.	4.51	4.41	.431	.516
Aufbau v. Wirksamkeitserw.	2.14	2.12	.006	.940
Therapeutische Beziehung	3.94	3.84	.301	.587
Problemklärung	2.98	2.99	.000	.995
Problembewältigung	2.99	3.19	.257	.616
Ressourcenaktivierung	2.35	2.19	.153	.698
Formale Struktur	4.78	4.42	1.135	.295
Inhaltliche Struktur	4.20	4.62	1.059	.311
Sympathie	4.60	4.54	.066	.799
Engagement	4.60	4.65	.059	.810
Erscheinungsbild / Auftreten	4.90	4.77	.906	.348
Gesamtskala Attraktivität	4.70	4.65	.074	.788
Vertrauenswürdigkeit	4.63	4.62	.003	.960
Sachkompetenz	4.33	4.50	.672	.419
Emotionale Sicherheit	4.68	4.65	.904	.904
Rollenverhalten	4.83	4.85	.857	.857
Expertise	4.45	4.66	1.584	.219

B 25 Statistische Kennwerte der Merkmale des Patienten-Stundenbogens in Bezug auf den Vergleich von wirksamen und unwirksamen Therapeuten; Untergruppe „unzufriedene Patienten“

Skalen	Mittelwert (subj. wirksam)	Mittelwert (subj. unwirksam)	F-Wert	p-Wert
Therapeutische Beziehung	4.98	4.64	2.693	.112
Ziel- und Aufgabenorientierung	4.59	4.41	.457	.505
Problemaktualisierung	3.57	3.77	.272	.606
Problemklärung	3.29	3.72	1.460	.237
Problembewältigung	3.73	3.90	.295	.591
Ressourcenaktivierung	4.42	4.42	.001	.981

B 26 Statistische Kennwerte der Merkmale des Ratingbogens in Bezug auf den Vergleich von subjektiv wirksamen und unwirksamen Therapeuten; Untergruppe „unzufriedene Patienten“ (nicht signifikante Werte)

Skalen	Mittelwert (wirksam)	Mittelwert (unwirksam)	F-Wert	p-Wert
Einführung	4.45	4.19	.076	.391
Rapport	4.40	3.98	1.821	.188
Bond	4.42	4.08	1.338	.257
Aufbau v. Wirksamkeitserw.	2.11	1.84	.463	.501
Therapeutische Beziehung	3.84	3.50	1.794	.191
Problemaktualisierung	2.29	2.34	.019	.892
Problemklärung	2.99	3.51	1.154	.292
Ressourcenaktivierung	2.19	1.70	1.962	.172
Sympathie	4.54	4.11	1.738	.198
Erscheinungsbild / Auftreten	4.77	4.56	1.378	.250
Vertrauenswürdigkeit	4.62	4.22	2.157	.153
Rollenverhalten	4.85	4.50	2.853	.102

B 27 Statistische Kennwerte der Merkmale des Patienten-Stundenbogens in Bezug auf den Vergleich von wirksamen und unwirksamen Therapeuten; Untergruppe „zufriedene Patienten“

Skalen	Mittelwert (subj. wirksam)	Mittelwert (subj. unwirksam)	F-Wert	p-Wert
Therapeutische Beziehung	5.40	5.37	.052	.821
Ziel- und Aufgabenorientierung	5.28	5.23	.092	.763
Problemaktualisierung	4.72	4.41	1.701	.200
Problemklärung	4.65	4.15	4.556	.039
Problembewältigung	5.06	4.84	1.378	.248
Ressourcenaktivierung	5.21	5.20	.005	.941

B 28 Statistische Kennwerte der Merkmale des Ratingbogens in Bezug auf den Vergleich von zufriedenen und unzufriedenen Patienten; Untergruppe „wirksame Therapeuten“ (nicht signifikante Werte)

Skalen	Mittelwert (wirksam)	Mittelwert (unwirksam)	F-Wert	p-Wert
Einführung	4.51	4.67	.909	.346
Rapport	4.60	4.51	.184	.670
Bond	4.55	4.56	.049	.825
Ziel- und Aufgabenorient.	4.50	4.50	.012	.912
Aufbau v. Wirksamkeitserw.	2.14	2.18	.022	.883
Therapeutische Beziehung	3.94	3.97	.033	.858
Problemaktualisierung	3.16	3.06	.053	.819
Problemklärung	2.98	3.26	.262	.612
Problembewältigung	2.99	2.65	.627	.434
Ressourcenaktivierung	2.35	1.70	3.150	.084
Formale Struktur	4.78	4.65	.196	.660
Inhaltliche Struktur	4.20	4.48	.492	.487
Sympathie	4.60	4.53	.097	.757
Engagement	4.60	4.43	.631	.432
Erscheinungsbild / Auftreten	4.90	4.75	.810	.374
Gesamtskala Attraktivität	4.70	4.57	.505	.482
Vertrauenswürdigkeit	4.63	4.63	.000	1.000
Sachkompetenz	4.33	4.60	1.748	.194
Handlungskompetenz	3.98	4.40	1.652	.206
Emotionale Sicherheit	4.68	4.80	.636	.430
Rollenverhalten	4.83	4.88	.111	.741
Expertise	4.45	4.67	1.431	.239

B 29 Statistische Kennwerte der Merkmale des Ratingbogens in Bezug auf den Vergleich von den kongruenten Therapeuten-Patienten-Paaren (nicht signifikante Werte)

Skalen	Mittelwert (wirksam)	Mittelwert (unwirksam)	F-Wert	p-Wert
Einführung	4.51	4.19	1.804	.188
Aufbau v. Wirksamkeitserw.	2.14	1.84	.782	.382
Problemklärung	3.02	2.49	1.115	.298
Inhaltliche Struktur	4.20	3.53	2.550	.119
Sachkompetenz	4.33	3.89	2.168	.150
Handlungskompetenz	3.98	3.47	1.487	.231