



Welchen Einfluss hat die therapeutische Schulrichtung auf Healing Involvement und Stressful Involvement in der Psychotherapie?

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

**Fakultät für Humanwissenschaften der
Medical School Hamburg
University of Applied Sciences and Medical University**

**In Kooperation mit der
Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg**

Gutachter:

Erstgutachter: Prof. Dr. Erich Kasten

Zweitgutachter: Prof. Dr. Dr. Schnell

Vorgelegt von:

Hannah Winkelmann

Grundstraße 28

20257 Hamburg

Matrikelnummer: 131101041

hannah.winkelmann@gmx.net

0157/34009386

1 Abstract

Die folgende Studie untersuchte, ob die verschiedenen therapeutischen Schulrichtungen einen Einfluss auf die Beziehung zwischen Inanspruchnahme von Supervision, Selbsterfahrung und Intervision im Zusammenhang mit Healing Involvement (HI) und Stressful Involvement (SI), der subjektiven Einschätzungen und berufsbezogenen Erfahrungen von praktizierenden Psychotherapeuten (Orlinsky & Ronnestadt, 1999) hatten. Hierzu wurde in Kooperation mit Dr. Rüdiger Nübling von der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg ein Fragebogen konzipiert, der neben Fragen zur Supervision, Intervision und Selbsterfahrung auch Auszüge des Fragebogen zur Entwicklung von Psychotherapeuten (DPCCQ), entwickelt durch die weltweit agierende Arbeitsgruppe um David Orlinsky und dem Collaborating Research Network der Society for Psychotherapy Research (SPR), enthielt. Die Stichprobe beinhaltete 154 Kammermitglieder, die als Psychologische Psychotherapeuten tätig sind. Die Studie zeigte, dass die therapeutischen Schulrichtungen nur teilweise einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Supervision und Selbsterfahrung in Zusammenhang mit HI hatten und keinerlei Zusammenhang mit SI gefunden werden konnte. Zudem konnten keine Effekte für die Intervision entdeckt werden. Dagegen hatten bestimmte Therapeutenstile über alle Schulrichtungen hinweg einen Einfluss auf HI und SI.

2 Danksagung

Jede Masterarbeit trägt die Handschrift des Erstellers, und doch ist sie niemals die Arbeit eines Einzelnen. Meinen Betreuern Professor Dr. Dr. Thomas Schnell und Prof. Erich Kasten danke ich für die wissenschaftliche Unterstützung und die immer neuen wegweisenden und konstruktiven Vorschläge. Zudem bin ich Dr. Rüdiger Nübling von der Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg dankbar für seine bereichernde Zusammenarbeit und seine vielfältigen thematischen Anregungen. Zuletzt bedanke ich mich bei Sarah Winkelmann, die so lange gewartet hat, bis ich mit dieser Arbeit fertig war.

3 Inhaltsverzeichnis

1	ABSTRACT	I
2	DANKSAGUNG	II
3	INHALTSVERZEICHNIS	III
4	DIAGRAMMVERZEICHNIS	V
5	TABELLENVERZEICHNIS	V
6	EINLEITUNG	1
7	SUPERVISION	3
7.1	BEGRIFFSBESTIMMUNG UND DEFINITION	3
7.2	VERSCHIEDENE FORMEN DER SUPERVISION	4
7.2.1	<i>Einzelsupervision</i>	4
7.2.2	<i>Fallsupervision</i>	4
7.2.3	<i>Gruppensupervision</i>	5
7.2.4	<i>Teamsupervision</i>	5
7.3	SUPERVISION IN DEN VERSCHIEDENEN SCHULRICHTUNGEN	5
7.3.1	<i>Supervision in der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie</i>	5
7.3.2	<i>Supervision in der Verhaltenstherapie</i>	8
7.3.3	<i>Supervision in der systemischen Therapie</i>	9
7.4	PROBLEMATISCHE ASPEKTE INNERHALB DER SUPERVISION	10
7.5	DER FORSCHUNGSSTAND INNERHALB DER SUPERVISION	11
8	SELBSTERFAHRUNG	13
8.1	BEGRIFFSBESTIMMUNG UND DEFINITION	13
8.2	SELBSTERFAHRUNG INNERHALB DER VERSCHIEDENEN SCHULRICHTUNGEN	14
8.2.1	<i>Selbsterfahrung in der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie</i>	14
8.2.2	<i>Problematische Aspekte innerhalb der psychoanalytischen Lehranalyse</i>	15
8.2.3	<i>Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie</i>	16
8.2.4	<i>Problematische Aspekte innerhalb der verhaltenstherapeutischen Selbsterfahrung</i>	19
8.2.5	<i>Selbsterfahrung in der systemischen Therapie</i>	20
8.2.6	<i>Problematische Aspekte innerhalb der systemischen Selbsterfahrung</i>	20

8.3	DER FORSCHUNGSSTAND INNERHALB DER SELBSTERFAHRUNG	21
9	INTERVISION	24
9.1	BEGRIFFSBESTIMMUNG UND DEFINITION	24
9.2	KENNZEICHEN UND ZIELE DER INTERVISION.....	24
9.3	STRUKTUR EINER INTERVISIONSSITZUNG.....	25
9.4	PROBLEMATISCHE ASPEKTE INNERHALB DER INTERVISION.....	26
9.5	DER FORSCHUNGSSTAND DER INTERVISION	27
10	PARALLELEN UND DIVERGENZEN INNERHALB DER SUPERVISION, SELBSTERFAHRUNG UND INTERVISION	29
11	FORSCHUNGSFRAGEN UND VERORTUNG IM WISSENSCHAFTLICHEN KONTEXT.....	31
12	METHODIK.....	34
12.1	STICHPROBE UND STUDIENDESIGN	34
12.2	MESSINSTRUMENTE	35
12.3	ABHÄNGIGE VARIABLEN (AV) UND UNABHÄNGIGE VARIABLEN (UV).....	37
12.4	DATENANALYSE	38
13	RESULTATE	39
13.1	CHARAKTERISTIKA DER STICHPROBE	39
13.2	TEST NACH NORMALVERTEILUNG.....	43
13.3	ANALYSIEREN VON H1	43
13.4	ANALYSIEREN VON H2	44
13.5	ANALYSIEREN VON H3.....	45
13.6	ANALYSIEREN VON H4.....	47
13.7	ANALYSIEREN VON H5.....	48
13.8	ANALYSIEREN VON H6.....	50
14	DISKUSSION.....	52
15	REFERENZEN.....	57
16	ANHANG: FRAGEBOGEN ZU SUPERVISION, INTERVISION UND SELBSTERFAHRUNG.....	67
17	EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG	77

4 Diagrammverzeichnis

DIAGRAMM 1. THERAPEUTENVARIABLEN NACH BEUTLER ET AL.	36
DIAGRAMM 2. HÄUFIGKEIT DER AKTUELLEN INANSPRUCHNAHME VON SUPERVISION, INTERVISION UND SELBSTERFAHRUNG FÜR ALLE DREI THERAPEUTISCHEN SCHULRICHTUNGEN.....	41
DIAGRAMM 3. VERTEILUNG VON HEALING INVOLVEMENT UND STRESSFUL INVOLVEMENT	43
DIAGRAMM 4. STREUDIAGRAMM MIT REGRESSIONSGERADE FÜR DIE GRUPPE DER VERHALTENSTHERAPEUTEN	46
DIAGRAMM 5. STREUDIAGRAMM MIT REGRESSIONSGERADE FÜR DIE GRUPPE DER TIEFENPSYCHOLOGEN	47

5 Tabellenverzeichnis

TABELLE 1. DESKRIPTIVE CHARAKTERISTIKA DER STICHPROBE.....	39
---	----

6 Einleitung

„Psychotherapie ist eine Beziehung zwischen Personen; einerseits einem oder mehreren Individuen, die Hilfe dabei benötigen, ihr Funktionieren als Person zu verbessern, und andererseits einem oder mehreren Individuen, die diese spezielle Hilfe zur Verfügung stellen.“ (Orlinsky & Howard, 1978, S. 56)

Dieses Zitat zeigt, dass es innerhalb der Psychotherapie immer um Beziehungen geht. Gerade die Patienten-Therapeuten Beziehung und das dazugehörige Reflexionsvermögen des Psychotherapeuten sind in den letzten Jahrzehnten in den Mittelpunkt der Therapieforschung gerückt (Kämmerer et al., 2011). Supervision, Selbsterfahrung und Intervision stellen in diesem Zusammenhang wichtige Methoden dar, die neben dem primären Ziel der Qualitätssicherung und Verbesserung der Versorgung der Patienten auch einen wichtigen Beitrag leisten in Bezug auf die Gestaltung von Veränderungsprozessen sowie die Reflexion des eigenen therapeutischen Handelns und der therapeutischen Beziehung.

Psychotherapieforschung ist jedoch schwierig zu gestalten, da professionelles therapeutisches Handeln an sich nicht standardisierbar ist, schon dadurch, dass es fast immer nur subjektiv wahrgenommen werden kann. Dennoch ist es besonders wichtig, vor allem aus Gründen der Verantwortung gegenüber dem Patienten, eine kontinuierliche Reflexion und Evaluation therapeutischen Handelns durchzuführen (Dick & Wasian, 2011).

„Psychotherapie ist das, was ein Therapeut tut, nicht das was er intendiert, und auch nicht das, was ein Patient tut. In der Kompetenzerfassung, Qualitätssicherung und Supervision muss daher das Therapeutenverhalten und nicht der Patient im Mittelpunkt stehen“ (Linden & Langhoff, 2010, S. 403).

Doch wie ist es möglich, Entwicklung und Zufriedenheit als subjektive

Parameter im Zusammenhang mit Professionalität und Persönlichkeit des Therapeuten zu messen? Dieser Frage haben sich auch Orlinsky et al. (1999) in ihrer weltweiten Studie gestellt und dabei den Development of Psychotherapy Common Core Questionnaire (DPCCQ) entwickelt, der die Grundlage für diese Arbeit bildet und in dem unter anderem die Relevanz von Supervision, Selbsterfahrung und Intervision im Kontext der verschiedenen Facetten der Weiterentwicklung von Psychotherapeuten betrachtet wird. Da besonders Supervision und Selbsterfahrung jedoch innerhalb der verschiedenen therapeutischen Schulrichtungen andere Ausrichtungen aufzeigen, wird diese Arbeit auch diese Unterschiede beleuchten und zudem analysieren, ob sie einen Einfluss auf Supervision, Intervision, Selbsterfahrung sowie Therapeutenstil in Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Psychotherapeuten haben.

7 Supervision

7.1 Begriffsbestimmung und Definition

Normalerweise wird für die Begriffsbestimmung der Supervision das Wort in seine zwei lateinischen Bestandteile *super* (über) und *visio* (sehen, blicken) zerlegt, was nichts anderes bedeutet als von der Metaebene auf etwas zu blicken.

Petzold (1998) wehrt sich jedoch gegen diese einfache Begriffsbestimmung und erweitert die Betrachtung mit Hilfe einer Wortfeldanalyse aus der griechischen Sprache. *Supervidere* hat als griechisches Äquivalent den Begriff *supervideo*: sich der Überwachung widmen, auf etwas sehen, beaufsichtigen, untersuchen. Dazu kommt der Begriff *inspector praeses*: Aufseher, Vorgesetzter oder auch Beobachter. Dadurch legt Petzold den Augenmerk auf die Kontrollimplikation von Supervision und Supervisor. Er vertritt die Auffassung, dass die historischen Hintergründe in den Begriffs- und Aufgabengebieten der Supervision auch in der modernen Supervision eine Relevanz besitzen, da sie auf Machtdiskurse hinweisen, die auch heutzutage in den Blick genommen werden sollten. Da für die Supervision immer ein Supervisor und mindestens ein Supervisand gebraucht werden, ist ein Machtgefälle unumgänglich.

Dabei wird die Supervision als Instrument zur Unterstützung und Beratung von Berufstätigen benutzt. Es geht vor allem um Berufstätige, die durch ihre Arbeit hohen psychischen Belastungen ausgesetzt sind, wie zum Beispiel Sozialarbeiter, Erzieher, Ärzte, Pfarrer oder Psychotherapeuten. Supervision kann verschiedenste Ziele verfolgen, vor allem die Verbesserung der Arbeitssituation, der Arbeitsorganisation, der Arbeitsatmosphäre oder auch der aufgabenspezifischen Kompetenzen. Damit geht es vor allem um die Professionalisierung des beruflichen Handelns, um eine optimale Rollengestaltung und die Bewältigung von Belastungen im Arbeitsalltag. Dabei soll sie mithelfen neue Handlungsperspektiven und –möglichkeiten in komplexen beruflichen Situationen aufzuzeigen, sowie „blinde Flecken“ in anspruchsvollen Situationen abzubauen. Es sollte nie um reine Systemanpassung gehen, sondern immer um Veränderungspro-

zesse innerhalb des Arbeitsalltags, aber auch innerhalb der eigenen Persönlichkeitsentwicklung (Belardi, 2002).

Supervision kann in verschiedenen Settings durchgeführt werden: Einzelsupervision, Fallsupervision, Gruppensupervision und Teamsupervision (Pühl, 1990).

7.2 Verschiedene Formen der Supervision

Die verschiedenen Supervisionssettings haben eines gemeinsam; sie werden von einen oder mehreren ausgebildeten Supervisoren geleitet, wodurch ein klares Autoritätsgefälle innerhalb aller Settings entsteht.

7.2.1 Einzelsupervision

Bei der Einzelsupervision wird die berufliche Situation des Supervisanden mit einem Supervisor besprochen, wobei sie die Möglichkeit bietet, diese berufliche Situation unter vier Augen zu reflektieren und zu bearbeiten. Dadurch sollte sie die notwendige Privatsphäre bieten, um persönliche Dinge zur Sprache zu bringen. Inhalt sind insbesondere das persönliche Verhalten sowie die zugrundeliegenden Werte, Erfahrungen, Gefühle und Gedanken des Supervisanden.

7.2.2 Fallsupervision

Bei der Fallsupervision werden die Besonderheiten eines bestimmten Patienten oder Klienten innerhalb eines Teams oder zwischen Vertretern verschiedener Berufe besprochen. Dabei geht es vor allem darum, den Umgang mit besonderen Patienten zu planen und gegebenenfalls zu verbessern, was besonders darauf abzielt, die Betreuenden zu entlasten und die Betreuung der Patienten zu verbessern. Die Gruppe dient dabei als Spiegel, in dem Ressourcen und Konflikte deutlich werden und Lösungen gefunden werden können. Besonders sinnvoll ist die Fallsupervision, wenn mehrere verschiedenen Institutionen (zum Beispiel Jugendamt, Sozialamt, Gerichte oder Psychiater) mit dem gleichen Patienten beschäftigt sind. Zudem ist die Fallsupervision auch in der Psychotherapeutenausbildung vertreten, so dass alle Auszubildenden von Fällen

lernen können.

7.2.3 Gruppensupervision

Bei der Gruppensupervision treffen sich Menschen, die in gleichen oder ähnlichen Berufen arbeiten, dabei aber meist in unterschiedlichen Organisationen oder sogar freiberuflich tätig sind. Normalerweise lernen sich die Teilnehmer erst während der Gruppensupervision kennen, sind jedoch in ihrem beruflichen Alltag mit ähnlichen Herausforderungen konfrontiert. In diesem Setting haben sie die Möglichkeit sich konstruktiv über ähnliche Themen und Erfahrungen auszutauschen sowie verschiedene Lösungsansätze für Probleme zu entwickeln. Darüber hinaus sollte die Gruppe Gelegenheit gegeben werden in einem geschützten Rahmen Fragestellungen zu bearbeiten, Feedback von anderen Gruppenmitgliedern sowie dem Supervisor zu bekommen, Verhaltensweisen auszuprobieren und neue Erfahrungen zu machen. Viele Organisationen nutzen die Gruppensupervision, weil sie zudem eine ökonomische Alternative zur Einzelsupervision darstellt.

7.2.4 Teamsupervision

Die Teamsupervision wird angewandt, um die Zusammenarbeit in einem Team oder einer Abteilung zu unterstützen und zu verbessern. Dabei kann es um interne Fragestellungen gehen wie: Arbeiten an gemeinsamen Aufgabenverständnissen, Fördern von Kommunikation, Klärung der verschiedenen Aufgaben oder Überwindung von Spannungen. Meist findet die Teamsupervision über einen bestimmten Zeitraum in definierten Abständen statt und zielt auf die Verbesserung der Zusammenarbeit und die professionelle Umsetzung des Arbeitsauftrages eines Teams ab (Fatzer, 2008).

7.3 Supervision in den verschiedenen Schulrichtungen

7.3.1 Supervision in der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie

Eine der wahrscheinlich meist verbreiteten Definition der Supervision innerhalb der Psychoanalyse entwickelten Schmidbauer und Pühl (1991):

„Supervision (ist) eine Reflexion in zwei Richtungen. Als ‚Innenschau‘ spürt sie die biographisch relevanten Daten des Helfers auf, besonders in ihrer Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik hin zu den Klienten und zur Institution. Als Reflexion der ‚sozialen Realität‘ untersucht sie die spezifischen, gesellschaftlichen Bedingungen unter denen psychisches Leid massenhaft entsteht, verwaltet und behandelt wird.“ Des weiteren beschreiben sie: „wir haben es in der Supervision mit einem komplizierten Beziehungsgeflecht zu tun. Helfer und Klient stehen sich als Person mit je spezifischen Sozialisationserfahrungen gegenüber. (...) Supervision als kritisch angeleiteter Prozeß der Selbstreflexion hat die Aufgabe, dieses komplizierte Beziehungsgeflecht, das sozusagen direkt durch die Person des Helfers verläuft, in seiner bewußten und unbewußten Dynamik zu entwirren“ (S. 62).

Dieses Zitat zeigt, dass das dyadische bzw. individuumszentrierte Modell der Psychoanalyse direkt auf die Supervision angewandt wird. Dabei geht es besonders um die Beziehungsgeflechte zwischen Supervisand und Supervisor sowie zwischen Supervisand und seinem Patienten. Zudem wird dieses dyadische Konzept auch analog auf Kontexte und Organisationen übertragen, um psychoanalytische Organisationsentwicklung zu erklären. Zusammenfassend schlägt Argelander (1980) vor, die Bezugnahme zum institutionellen Kontext zu vermeiden und definiert: *„Das Ziel der psychoanalytischen Supervisionsmethode bleibt in jedem Fall die Aufhellung und Erkenntnis der unbewußten Übertragungsbeziehung zwischen Ratsuchendem und Berater“ (S. 42).*

Laut Oberhoff (2000) gibt es vier Dreh- und Angelpunkte der psychoanalytisch-orientierten Supervision. Eine der wichtigsten Aspekte ist die Bearbeitung des Gegenübertragungsgeschehens, um die Beziehungsgeflechte zwischen Supervisor und Klient oder auch zwischen Supervisor und Institution zu erkennen. Dabei wird das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen nicht als Übertragungsneurose, sondern als Spiegelphänomen verstanden. So kann es während der Supervision zum Beispiel dazu kommen, dass sich Probleme zwischen dem Supervisanden

und einem Klienten durch projektive Identifikation auf die Beziehung zwischen Supervisor und Supervisand überträgt (Kutter, 1983). Auch die unbewußte, konflikthafte Institutionsdynamik kann sich in der Beziehung zwischen Supervisor und Supervisand widerspiegeln. Schon die Art der Kontaktaufnahme, das vorgeschlagene Setting, die Finanzierung oder auch die Erwartungen an den Supervisor und seine Reaktion darauf im Sinne einer Gegenübertragung können den Kontakt unbewußt beeinflussen (Pühl, 1988). Ein weiterer Dreh- und Angelpunkt ist, dass psychoanalytisch orientierte Supervision auf Selbstreflexion abzielt. Dabei geht es darum, dem Supervisanden neue Handlungsstrategien zu eröffnen. Normalerweise projiziert der Supervisand zuerst einmal seine (Arbeits-) Konflikte auf den Supervisor, klassisch auf zwei Wegen; entweder wird er als Verbündeter zu integrieren versucht und damit auch seine Position als Berater neutralisiert oder er wird als Gegner wahrgenommen, was dazu führt, dass der Supervisand seine Angst vor der Veränderung auf den Supervisor überträgt. Diese projektive Angstabwehr muss von dem Supervisor ausgehalten werden und allmählich zusammen bearbeitet werden. Ziel ist nicht die Brechung des Widerstandes des Supervisanden, sondern eine schrittweise Zurücknahme der projektiven Angstabwehr (Oberhoff, 2000). Resultierend aus dieser projektiven Angstabwehr entwickelt sich ein weiterer Aspekt der psychoanalytischen Supervision; das Erkennen der unbewußten Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung zwischen Supervisand und Supervisor. Dabei geht es vor allem um den Supervisor, der die Fähigkeit besitzen muss seinen eigenen Gefühle und Reaktionen im Sinne einer Gegenübertragung abgrenzen zu können. Dabei muss er in der Lage sein die Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung zu analysieren, um wichtige Informationen von der Psychodynamik des Supervisanden zu erlangen (Oberhoff, 2000). Als letzter Aspekt muss der Supervisor ein Arbeitsbündnis mit dem „vernünftigen Ich“ des Supervisanden schließen, was sich besonders in seiner professionellen Berufsrolle ausdrückt. Dafür braucht der Supervisor zwei persönliche Voraussetzungen: auf der einen Seite muss er in seinem Arbeitsbereich weitgehend frei von Konflikten sein, um die Gegenübertragung als Instrument einsetzen zu können, auf der anderen Seite muss er

die Fähigkeit besitzen, sich in den Supervisanden einzufühlen, aber auch genauso, sich aus der projektiven Identifikation wieder zu distanzieren (Oberhoff, 2000).

7.3.2 Supervision in der Verhaltenstherapie

Schmelzer (1997) definiert Supervision in der Verhaltenstherapie als:

„ein Lehr- und Lernprozeß, der eine berufsbezogene Hilfestellung insbesondere für ‚Beziehungsarbeiter‘ darstellt, sich also auf die Anforderungen der professionellen Arbeitssituation (im Gegensatz zu einer persönlichen Therapie) konzentriert. Durch pädagogisch-erzieherische und beratend-therapeutische Mittel wird auf systematisch-methodische Weise eine Analyse, Reflexion und Bearbeitung problematischer beruflicher Situationen/Interaktionen vollzogen, die mehreren Zwecken dienen kann: (a) Erwerb, (b) Gewährleistung/Aufrechterhaltung und (c) Verbesserung beruflicher Handlungskompetenz, (d) Lösung von Interaktionskonflikten bzw. Verbesserung von Arbeitsbeziehungen in Teams bzw. Institutionen, (e) Qualitätssicherung und Schutz der Patienten vor unsachgemäßer Behandlung, (f) emotionale Unterstützung in schwierigen Situationen etc (...) Supervisanden/Supervisor nehmen dabei unterschiedliche Rollen ein, wobei sich Supervisoren in der Regel durch einen Erfahrungs-, und Kompetenzvorsprung auszeichnen, den sie konstruktiv - und mit ethischer Verantwortung - für die Begleitung der Supervisanden nützen. Dabei kommt auch dem Arbeitsfeld und den Rahmenbedingungen eine hohe Bedeutung zu“ (S. 62 f)

Diese Definition beschreibt einen deutlich breiten Rahmen des Verständnisses von Supervision. So werden sozialarbeiterische und beraterische Konzepte aufgenommen und die verschiedenen Zwecke der Supervision definiert. Zudem wird auch noch einmal die Beziehung zwischen Supervisand und Supervisor definiert. Verhaltenstherapeutische Supervision wird insbesondere in der Ausbildung zum verhaltenstherapeutischen Psychotherapeuten angeboten. Dabei definiert Pühl (1990) drei unterschiedliche Bereiche der Supervision innerhalb der Ausbildung. Zum einen kann

Supervision theoretisches Wissen vermitteln, allerdings nur im Einzelfall, wenn dieses Wissen durch Vorlesungen und Ähnliches noch nicht gegeben ist. Die Vermittlung von theoretischem Wissen ist jedoch nicht die eigentliche Aufgabe der Supervision. Des Weiteren soll Supervision Rückmeldungen geben über den Wissens- und Erfahrungsstand des Ausbildungskandidaten und ist damit ein Kontrollinstrument. Letztlich muss Supervision Erfahrung unter Anleitung vermitteln. Dabei sollen vor allem soziale Fertigkeiten vermittelt werden, Einstellungen und Handlungsstrukturen bewusst gemacht und gegebenenfalls auch verändert werden sowie interaktionelle Faktoren kontrolliert und korrigiert werden. Besonders der letzte Punkt richtet sich nicht nur an Auszubildende, sondern ist genauso ein wichtiger Faktor in der Supervision von ausgebildeten Psychotherapeuten.

Die Ziele der verhaltenstherapeutischen Supervision bestehen aus dem Aufbau von theoretischen und praktischen Fertigkeiten. Unter die theoretischen Fertigkeiten fallen Kenntnisse im Bereich Diagnose- bzw. Differentialdiagnosenentwicklung, Bedingungsanalyse, Hypothesenbildung und Therapieplanung, Operationalisierung von Therapiezielen sowie verhaltenstherapeutische Strukturierung. Dagegen gehören zu den praktischen Fertigkeiten: Interaktionsstil bearbeiten, Flexibilität, Strukturierung, Kooperation, Förderung verhaltensorientierter Einstellungen, Umgang mit Krisen- und Konfliktsituationen, Selbstreflektion, Anwendung von verhaltenstherapeutischen Methoden und Lernbereitschaft (Fank und Faitl, 1987).

7.3.3 Supervision in der systemischen Therapie

Willke (1991) definiert systemische Supervision als

„ein Reflexionsprozeß, in welchem die notwendigen Paradoxien und blinden Flecken des Grundprozesses, etwa der Therapie, deutlich gemacht und probeweise als kontingent behandelt werden...Supervision bezieht sich demnach immer auf einen Grundprozeß der Veränderung - Erziehen, Heilen, Beraten, Regieren, Managen - und besteht im Kern aus

einer Reflexion dieses Grundprozesses mit Hilfe eines Supervisors, der eine zusätzliche Perspektive der Beobachtung zweiter Ordnung einbringt“ (S. 38 f).

Diese Definition zeigt eine große Globalität auf, wobei in der Praxis meist das reflektierende Team zur Supervision eingesetzt wird. Dabei wird meistens innerhalb einer Gruppensupervision der Therapeut von einem Gruppenmitglied über einen Fall befragt, während alle anderen zuhören. Der Interviewer stellt ihm dabei zirkuläre Fragen, wodurch verhindert werden soll, dass der Therapeut nur seine eigene Wirklichkeitswahrnehmung vorstellt. Die anderen Mitglieder hören schweigend zu, reflektieren dabei und entwickeln Gedanken und Fragen, die sie dem Therapeuten und dem Interviewer dann vorstellen. Der Therapeut hat dann die Möglichkeit auf Ideen einzugehen, die er interessant findet. Dadurch kann es auch zu einer produktiven Gruppendiskussion kommen (Andersen, 1991). Andersen (1991) stellt fest, dass diese Art der Supervision viele Vorteile hat, da der Therapeut durch den zirkulären Fragestil nicht das Gefühl hat in viele verschiedene Richtungen gedrängt zu werden. Des Weiteren kann die nicht-wertende, eher vorläufige Reflexion der anderen Gruppenmitglieder dazu führen, dass auch Themen zur Sprache kommen, die für den Therapeuten unangenehm sein könnten. Zuletzt hat der Therapeut die Möglichkeit auszusuchen, auf welche Ideen er eingeht und gerät somit weniger in eine Verteidigungshaltung.

7.4 Problematische Aspekte innerhalb der Supervision

Ein problematischer Aspekt der Supervision bezieht sich allein auf die psychoanalytische Ausrichtung. Wie erwähnt, baut die psychoanalytische Supervision auf den psychoanalytischen Modellvorstellungen, besonders auf der Analyse und der Erfahrung von Dyaden, auf, weshalb auch innerhalb der Psychoanalyse darüber diskutiert wird, ob diese Erkenntnisse überhaupt auf Mehrpersonensysteme übertragbar sind (Bauriedl, 1986). Andersen (1991) versucht dieses Problem zu lösen, indem er Institutionen ein „Unbewußtes“ zuschreibt. Als geschichtlich gewachsene

Träger ihrer jeweiligen Kultur repräsentieren Institutionen ein überindividuelles Unbewusstes, das sich in ihren Mitarbeitern widerspiegelt.

Zudem hält Fürstenau (1977) fest, dass der psychoanalytische Supervisor nicht nur therapeutische Kompetenzen braucht, sondern genauso auch soziologische und organisationsspezifische Kenntnisse. Erst damit hat er die Fähigkeit in der Supervision komplizierte, höchst sensible Beziehungs- und Machtstrukturen effektiv bearbeiten zu können.

Es gibt jedoch auch Probleme innerhalb der Supervision, die Schulrichtungen übergreifend sind, wie zum Beispiel, dass sich eine gute Supervision dadurch definiert, dass Supervisor und Supervisand gleichberechtigt zusammenarbeiten und sich respektieren. Dies kann leider nicht in jedem Rahmen gewährleistet werden, zum Beispiel in stationären Einrichtungen, in denen der Supervisor auch gleichzeitig ein Vorgesetzter ist. Dadurch sind viele Supervisanden gehemmt, ehrlich ihre Probleme mit Patienten zu thematisieren, weil sie Angst vor beruflichen Konsequenzen haben (Sipos, 2001). Das gleiche kann auch für die psychotherapeutische Ausbildung gelten. Der Auszubildende wird durch seinen Supervisor bewertet und dies kann soweit gehen, dass der Supervisor ihm seine Unfähigkeit attestiert und er von der Ausbildung ausgeschlossen wird. Deshalb ist es natürlich sehr fragwürdig, ob die Auszubildenden wirklich offen alle Probleme mit ihrem Supervisor ansprechen (Andersen, 1991). Zudem erwähnten schon Diesinger und Mehring im Jahre 1996, dass Supervision manchmal fließende Grenzen zur Therapie aufzeigt, was auf jeden Fall vermieden werden sollte, da Supervision schnell zur Therapie werden könne und damit zu Lasten des eigentlichen supervisorischen Auftrages gehe.

7.5 Der Forschungsstand innerhalb der Supervision

Schon 1998 sagte Holloway: *“In unserem Beruf ist die wissenschaftliche Erforschung der Supervision ein einziger großer Witz. Es gibt nicht einmal einen genau definierten Forschungsgegenstand”* (S. 13). Auch Schmelzer und Rzepka-Meyer bestätigen erhebliche Mängel der Supervisionsforschung sowohl im deutschsprachigen als auch im internationalen Bereich

(Schmelzer, 1997; Rzepka-Meyer, 1997). Trotzdem gibt es Forschungsstand, der sich vor allem mit den Beziehungen innerhalb der Supervision befasst. So zeigten Mehr, Ladany und Caskie (2010), dass 84,3 % der Psychotherapeuten in Ausbildung Informationen gegenüber ihrem Supervisor zurückhielten. Gründe dafür waren vor allem eine schlechte Beziehung zum Supervisor und allgemeine Angst während der Ausbildung.

Des Weiteren zeigten Allen, Szollos und Williams (1986), dass die wahrgenommene Qualität der Supervision von Supervisanden hauptsächlich davon abhing, wie erfahren und vertrauenswürdig der Supervisor wirkte und wie die selbst wahrgenommene persönliche Entwicklung während der Supervision empfunden wurde. Dabei schnitten psychoanalytische Supervisoren besser ab als verhaltenstherapeutische. Zudem beschäftigt sich die Supervisionsforschung seit Jahrzehnten mit der Effektivität von Supervision. Freitas (2002) weist in seinem Überblick darauf hin, dass das einzige gesicherte Ergebnis bezüglich der Effektivität von Supervision darin liege, dass Klienten aufgrund von Supervision die Therapie seltener abbrechen würden.

Die im Zusammenhang mit dem Gießener Weiterbildungsmodell durchgeführten Untersuchungen zur Auswirkung der Supervision auf die Supervisanden zeigten zudem, dass die Teilnehmer bezüglich ihrer Supervisionsbedürfnisse (nach emotionaler Unterstützung, Kompetenzerweiterung, nach emotionalem Freiraum sowie nach Fall und Methoden zentrierter Supervision) entwicklungsabhängig deutlich profitierten (Rzepka-Meyer, 1997). Darüber hinaus betont auch Rzepka-Meyer (1997) in ihrer Untersuchung die Notwendigkeit, die Frage nach der ultimativen Wirkung der Supervision dahingehend zu beantworten, ob sich Supervision *“tatsächlich auf die Arbeit mit Patienten auswirkt und letztlich die Effektivität von Therapien erhöht”* (Rzepka-Meyer, 1997, S. 88).

Trotz aller kritischen Auseinandersetzungen gibt es jedoch auch Studien, die einen positiven Einfluss der Supervision auf die interpersonellen Fähigkeiten und die Beziehungsqualitäten der Therapeuten finden (Lambert und Ogles, 1997).

8 Selbsterfahrung

8.1 Begriffsbestimmung und Definition

Selbsterfahrung bedeutet *„die reflexive Analyse und Thematisierung des eigenen Selbst und des eigenen Erlebens und Verhaltens zu verstehen, mit dem Ziel, Einsicht und Kenntnis über das eigene Verhalten, die eigene Person steuernde Motive und Determinanten, die Befindlichkeit etc. zu erhalten sowie das Selbst betreffende Informationen zu verarbeiten.“* (Laireiter, 1994, S. 134f). Dabei kommen alle Psychotherapeuten während ihrer Psychotherapeutenausbildung in Kontakt mit Selbsterfahrung, da das Psychotherapeutengesetz ein Minimum von 120 Stunden Selbsterfahrung fest schreibt. Während die meisten deutschen verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitute diese 120 Stunden erfüllen, werden in vielen tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Ausbildungsinstituten um einiges mehr Selbsterfahrungsstunden durchgeführt, die Lehranalyse genannt werden. Die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG) veranschlagt für die Lehranalyse mindestens drei Sitzungen in der Woche; die modellhafte Kostenberechnung auf der Internetseite der DPG geht in einer fünfjährigen Ausbildungszeit von 500 Stunden Lehranalyse aus. Die International Psychoanalytical Association empfiehlt sogar vier bis fünf Sitzungen pro Woche. Innerhalb der Selbsterfahrung sind zwei Paradigmen zu erkennen; das modulare Modell und das nicht-modulare Modell. Innerhalb des modularen Modells wird Selbsterfahrung als ein Modul neben vielen anderen während der Ausbildung anerkannt, oft auch durch mehrere Dozenten unterrichtet. Dies geschieht vor allem innerhalb der verhaltenstherapeutischen Ausbildung. Innerhalb des nicht-modularen Modells ist Selbsterfahrung der Kern der Therapieausbildung und stellt damit den zentralen Integrationspunkt der Ausbildung dar, was besonders in der psychoanalytischen Ausbildung geschieht (Sachse, 2006).

8.2 Selbsterfahrung innerhalb der verschiedenen Schulrichtungen

8.2.1 Selbsterfahrung in der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie

Selbsterfahrung, in psychoanalytischen Kreisen Lehranalyse genannt, entwickelte sich innerhalb der Psychoanalyse. Schon Freud schrieb 1912 in „Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung“:

„Ich rechne zu den vielen Verdiensten der Züricher analytischen Schule, daß sie die Bedingung verschärft und in der Forderung niedergelegt hat, es solle sich jeder, der Analysen an anderen ausführen will, vorher selbst einer Analyse bei einem Sachkundigen unterziehen. Wer es mit der Aufgabe ernst meint, sollte diesen Weg wählen, der mehr als einen Vorteil verspricht; das Opfer, sich ohne Krankheitszwang einer fremden Person eröffnet zu haben, wird reichlich gelohnt. Man wird nicht nur seine Absicht, das Verborgene der eigenen Person kennenzulernen, in weit kürzerer Zeit und mit geringerem affektiven Aufwand verwirklichen, sondern auch Eindrücke und Überzeugungen am eigenen Leibe gewinnen, die man durch das Studium von Büchern und Anhören von Vorträgen vergeblich anstrebt“ (Freud, 1996, S. 176f).

Trotz dieser Aussage Freuds wurde erst 10 Jahre später durch die Internationale Psychoanalytische Vereinigung die verbindliche Analyse für alle Kandidaten einer analytischen Ausbildung festgelegt. Dabei sind bis heute die wichtigsten Ziele der Lehranalyse die Entdeckung und Auflösung unbewusster Konflikte, damit sie nicht als Hindernisse oder störende Faktoren in der zukünftigen analytischen Arbeit mit Patienten wirken und die didaktische Vermittlung der Kernaspekte der psychoanalytischen Technik und Praxis (Streeck, & Werthmann, 1992). Laut Schindler (1994) gliedert sich die Lehranalyse generell in drei Abschnitte: Im ersten Abschnitt geht es um den allgemeinen Umgang mit unbewusstem Material, besonders um den Umgang mit Angst und das Erlernen von Entspannung und Nichtanspannung als Reaktion darauf, damit Widerstand als sinnvoll angenommen werden kann. Zudem kann dieser Abschnitt auch dazu genutzt werden seine Identität zu durchforschen und zu deuten, so dass

der Ausbildungskandidat für sich selbst erkennen kann, ob die Therapeutenausbildung das richtige für sie/ihn ist. Insgesamt umfasst dieser Abschnitt um die 100 Stunden. Im zweiten Abschnitt werden nun die sprachlich erinnerten Lebensbereiche, die Entwicklung des Ödipus-Komplexes und der Aggressivität als Bestandteil der Ich-Entwicklung, bearbeitet. Zuletzt wird im dritten Abschnitt die Erfahrungen im vorsprachlichen Lebensbereich und die Verteilung der triebhaften Lustquellen bearbeitet, da dies wesentlich den eigenen Charakter formt und dadurch vor allem die eigene Gegenübertragung analysiert werden kann.

Zwischen tiefenpsychologischer und psychoanalytischer Ausbildung gibt es jedoch auch Unterschiede innerhalb der Lehranalyse. Da die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sich hauptsächlich mit abgrenzbaren aktuellen Konflikten befasst, wird davon ausgegangen, dass sie weniger Lehranalysestunden benötigt als die Psychoanalyse, die regressionsfördernde Settings anbietet, in denen die Patienten mit ihren strukturell verankerten unbewussten Konflikten in Kontakt kommen sollen, die oft bis in den vorsprachlichen Bereich zurückreichen. Daraus resultiert eine tiefere Lehranalyse (DPG, 2015). Das CG Jung Institut in Stuttgart legt zum Beispiel 120 Lehranalysestunden für die Ausbildung zum Tiefenpsychologen fest und mindestens 300 Stunden für die Ausbildung zum Psychoanalytiker. Auch das Setting wird anders gehandhabt. Während bei der tiefenpsychologischen Lehranalyse sich Lehranalytiker und Lehranalysand gegenüber sitzen, liegen die psychoanalytischen Lehranalysanden auf der Analyseecouch (C.G. Jung-Institut Stuttgart, 2015).

8.2.2 Problematische Aspekte innerhalb der psychoanalytischen Lehranalyse

Innerhalb der Psychoanalyse diskutiert man seit Jahrzehnten über Probleme innerhalb der Lehranalyse. So stellte schon Anna Freud (1970) fest, dass die Lehranalyse antianalytischen Charakter besitze, besonders durch die Institutionalisierung der Psychotherapeutenausbildung. So mache der Lehranalytiker während der Lehranalyse alles das, was während einer Therapiestunde als Kunstfehler bezeichnet werden würde: Sie/Er teile und diskutiere seine Interessen mit dem Kandidaten, beurteile sein Verhalten kritisch, diskutiere es mit anderen und leite aus seinen

Urteilen Konsequenzen ab. Dabei greife er aktiv in das Leben des Kandidaten ein und biete sich ihm als Vorbild an, was wiederum schnell zur Identifizierung mit seiner Person führen könne. Das Resultat daraus sei, dass viele Kandidaten sich nicht genug mit ihren infantilen Übertragungsbindungen auseinandersetzen könnten und in eine Abhängigkeit zum Lehranalytiker träten. Auch Balint (1947) sah dieses Problem und erkannte zudem, dass sich um bestimmte Lehranalytiker sektenartige Gruppen bilden würden, in denen die Kandidaten diesem blind folgen würden. Durch diese Situation wären die Kandidaten nicht fähig, während der Lehranalyse negative Übertragungen zu bearbeiten, so dass sie ihrer eigenen Gruppe gegenüber zu nachsichtig und gläubig seien, wogegen sie anderen Gruppen gegenüber überkritisch reagieren würden. Kernberg (1984) setzte sich zudem kritisch mit dem Zulassungskriterien zur psychoanalytischen Ausbildung und damit zur Lehranalyse auseinander. Er erkannte, dass Institute meistens „dull-normals“ bevorzugten, also brave, mittelmäßige Bewerber, gegenüber unruhig-fragenden, kritischen Kandidaten, die die wissenschaftliche Disziplin der Psychoanalyse jedoch weiter voran bringen könnten.

8.2.3 Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie

In der Verhaltenstherapie war die Selbsterfahrung historisch betrachtet kein vorrangiges Thema, da man den therapeutischen Effekt traditionell auf die Anwendung entsprechender therapeutischer Methoden zurückführte und darüber hinaus die Meinung vertreten wurde, dass die professionelle Durchführung einer Therapie von den fachlichen und interpersonalen Kompetenzen abhinge und nicht vorwiegend von der Analysiertheit und Neurosenfreiheit des Therapeuten (Kanfer, Reinecker und Schmelzer, 1996).

Trotzdem entwickelte sich im Laufe der 70er Jahre eine Diskussion innerhalb der Verhaltenstherapie über Selbsterfahrungsanteile. Dabei wurde vor allem versucht das Selbsterfahrungskonzept innerhalb der Ausbildung in verhaltenstherapeutische Konzepte zu integrieren. Meist waren diese eng auf das damals sehr beliebte Selbstkontroll- und Selbstmodifikationsmodell bezogen (Lutz, 1981), wobei auch ein paar Konzepte

entstanden, die sich auf damals schon existierende Gruppenmodelle beriefen und Gruppenselbsterfahrungen entwickelten. Leider zogen diese Konzepte keine intensiveren Diskussionen und Entwicklungen nach sich, so dass das Thema Selbsterfahrung erst wieder Ende der 80er Jahre aktuell wurde für die Verhaltenstherapie. Der Grund dafür war die Zulassung der Verhaltenstherapie als abrechnungsfähiges Therapiekonzept und die damit verbundenen Auflagen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die besagten, dass 100 Stunden Selbsterfahrung Teil der Ausbildung zum verhaltenstherapeutischen Psychotherapeuten zwingend notwendig seien. Seitdem wird rege innerhalb der Verhaltenstherapie über die Selbsterfahrung diskutiert und verschiedene Konzepte wurden entwickelt, nicht zuletzt auch durch die immer stärker werdende Aufmerksamkeit auf die Therapeuten-Klienten-Beziehung. Mit der 3. Welle der Verhaltenstherapie wurde das Interaktionsverhalten des Therapeuten mehr berücksichtigt sowie seine interaktionellen Kompetenzen und im negativen Fall seine Probleme, die sich negativ auf den Therapieerfolg auswirken können (Caspar, 1989, Grawe, 1992). Deshalb sollte Selbsterfahrung diese interaktionellen Defizite ausmerzen und damit den Therapieerfolg erhöhen. Laireiter setzte daher 1994 sechs allgemeine Ziele der Selbsterfahrung fest. Zum einen gibt es präventive, therapeutische und ressourcenorientierte Ziele, wie Abbau psychischer Probleme und Belastungen angehender Psychotherapeuten oder Entwicklung personaler und interpersonaler Ressourcen. Des Weiteren gibt es interaktionelle und interpersonale Aufgaben und Ziele, was bedeutet, dass die Sensibilität für zwischenmenschliche Phänomene und interpersonale Strategien und Schemata erhöht werden sollen. Zudem soll Selbsterfahrung auch selbstreferentielle und selbstreflexive Funktionen haben, wie zum Beispiel die Erhöhung der Empathiefähigkeit, der Selbstreflexion sowie der Selbstsicherheit. Auch didaktische Ziele sollen verfolgt werden, so dass die Auszubildenden während der Selbsterfahrung am eigenen Leib den therapeutischen Prozess erfahren und durch Modelllernen das therapeutische Verhalten kennenlernen und erlernen. Zuletzt hat die Selbsterfahrung identifikatorische Ziele, was bedeutet, dass der Auszubildende sich mit der Verhaltenstherapie identifiziert und das Selbstverständnis als Psychotherapeut gefördert wird. Verhaltensthe-

therapeutische Selbsterfahrung wird meistens in Gruppen durchgeführt, bestehend aus 10-15 Teilnehmer, die meist gleichzeitig mit der Ausbildung beginnen. Oft wird sie in Blockveranstaltungen an mehreren Wochenenden angeboten, wobei fortlaufende Selbsterfahrungsgruppen und Blockveranstaltungen, die mehr als zwei Tage andauern, eher die Ausnahme darstellen. Dabei dient die Gruppe besonders dazu, die angehenden Therapeuten mit einer Vielzahl von anderen Perspektiven zu konfrontieren, Fremd- und Selbstwahrnehmung zu vergleichen und die konstruktive Verarbeitung von Rückmeldungen zu fördern (Zimmer, Zimmer und Wagner, 1994). Zudem kann die Gruppe besonders dazu genutzt werden Rollenspiele durchzuführen oder neues Interaktionsverhalten einzuüben. Hippler (1994) hält jedoch fest, dass Gruppenselbsterfahrung für manche Auszubildende auch Nachteile haben kann. Zum einen kann nicht immer individuell auf den Einzelnen eingegangen werden, was auch dazu führen kann, dass sich besonders schüchterne Auszubildende zurückziehen und sich so der Selbsterfahrung entziehen. Deshalb fordert er zur Gruppenselbsterfahrung auch immer einen Anteil an Einzelselbsterfahrung im Umfang von 30 Stunden. Dabei zielt die Einzelselbsterfahrung darauf ab, die Ergebnisse der Gruppenselbsterfahrung für die eigene therapeutische Arbeit zu nutzen. Dazu können zum Beispiel Videoaufnahmen einzelner Therapiesitzungen analysiert werden und Strategien erworben werden, wie man mit aufgekommene Stärken und Schwächen während der Gruppenselbsterfahrung umgehen kann.

Selbsterfahrung ist zudem kein einheitliches Modell innerhalb der Verhaltenstherapie, sondern es lassen sich verschiedene Konzepte finden. So gibt es zum einen personenzentrierte Selbsterfahrungs- und Eigentherrapieansätze, die die Person des angehenden Verhaltenstherapeuten in den Mittelpunkt stellen, wobei nicht auf die gegenwärtige oder zukünftige praktische Tätigkeit als Therapeut eingegangen wird. Dabei gibt es zum Beispiel strukturierte themenzentrierte Gruppen, aber auch selbsterfahrungsorientierte Einzeltherapie (Butschek & Werdigier, 1994). Außerdem existieren praxisorientierte Selbsterfahrungs- und Reflexionsansätze, die sich dadurch auszeichnen, dass sich die Selbsterfahrung auf die therapeutische Tätigkeit bezieht und dabei das Erleben und Verhalten des

Therapeuten im Rahmen seiner professionellen Tätigkeit fokussiert wird. Dies wird zum Beispiel nach dem Konzept von Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1996) in der strukturierten, praxisbezogenen Selbstreflexion in Gruppen durchgeführt. Weiterhin gibt es kombinierte Modelle, wie die Einzel- und Gruppenselbsterfahrung von Zimmer, Zimmer & Wagner (1994). Zuletzt gibt es noch ausbildungsintegrierte Selbsterfahrung, wobei verhaltenstherapeutischen Methoden und Techniken an sich selbst ausprobiert werden, entweder durch Rollenspiele, gezielte Anwendung von Einzeltechniken in Gruppen, Seminaren und Workshops oder Eigen-therapie mit Hilfe von Manualen und Therapiebausteinen.

8.2.4 Problematische Aspekte innerhalb der verhaltenstherapeutischen Selbsterfahrung

Schon seit den 90er Jahren wird über die Verpflichtung zur Selbsterfahrung während der verhaltenstherapeutischen Ausbildung diskutiert und Argumente gegen diese vorgebracht (Laireiter, 1994; Lange, 1994; Schmelzer, 1996). Besonders Lange (1994) zeigt auf, dass Veränderungen nicht erzwungen werden können, sondern sie seien nur möglich, wenn die Auszubildenden die Bereitschaft zur Selbstreflexion und Selbstveränderung selbst mitbrächten. Zudem sei es mehr als fragwürdig, ob die Auszubildenden zur Reflexion bereit seien, wenn es sich um gravierende Probleme handele, wie zum Beispiel die Verletzung von ethischen Normen. Vielmehr müsse davon ausgegangen werden, dass die Auszubildenden diese Probleme nicht ansprechen. Lange (1994) äußerte zudem die Befürchtung, dass die Erfahrungen während der Selbsterfahrung übergeneralisiert werden könnten. Auch Schmelzer (1996) verwies darauf, dass Selbsterfahrung unter Umständen unkritisch konsumiert werden könnte, besonders weil sie dazu führen könne, dass sich angehende Therapeuten vor allem mit sich selbst beschäftigen und dadurch ihre Aufmerksamkeit von den Patienten abgelenkt werde. Noch grundlegendere Kritik wird von Ringler (1996) ausgeübt. Sie stellt fest, dass durch Selbsterfahrung und die Festlegung von Zielen und Funktionen die Therapiebedürftigkeit angehender Psychotherapeuten geleugnet werde. Daraus resultiere zudem das immer stärker werdende Bild von dem

kranken Patienten und dem gesunden Therapeuten. Persönliche Lernprozesse würden während der Selbsterfahrung funktionalisiert, das heiße dem Kompetenzerwerb untergeordnet. Ringler (1996) resümiert, dass die meisten Selbsterfahrungskonzepte einseitigen Vorstellungen von einer wünschenswerten Therapeutenpersnlichkeit zugrunde liegen.

Zudem wird auch angebracht, dass empirisch keine Wirksamkeit der Selbsterfahrung auf die therapeutische Kompetenz der Auszubildenden und die Effektivität der durchgeführten Therapien nachgewiesen werden konnte (Lange, 1994). Caspar (1998) weist darauf hin, dass die Psychotherapieforschung zeigen konnte, dass auch ohne systematische Selbsterfahrung während der Ausbildung gute Therapieerfolge erreicht werden konnten.

8.2.5 Selbsterfahrung in der systemischen Therapie

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

8.2.6 Problematische Aspekte innerhalb der systemischen Selbsterfahrung

Je nach Schulrichtung wird der Selbsterfahrung in der systemischen Therapie mehr oder weniger Wert beigemessen. Bowen (1993) vertritt zum Beispiel die Auffassung, dass nur Therapeuten, die sich selbst genügend von ihrer Herkunftsfamilie differenziert haben und sich dadurch persönliches Wachstum und Entwicklung erlauben können, fähig sind, Patienten mit Hilfe noch zu erlernender therapeutischer Techniken zum

gleichen persönlichen Wachstum zu verhelfen. Deshalb ist es laut Bowen (1993) besonders wichtig im Rahmen der Ausbildung auch die persönliche Entwicklung der Therapeuten zu fördern. Dagegen hält Minuchin (1985) fest, dass sich die systemische Selbsterfahrung nur darauf konzentrieren sollte, das „therapeutische Handwerk“ zu lehren.

Bisher gibt es zudem innerhalb der systemischen Ausbildung auch noch keine feste Regelung über den Aufbau der Selbsterfahrung, was dazu führt, dass es Diskussionen gibt von Befürwortern einer ausführlichen persönlichen Einzelselbsterfahrung vis-à-vis eines Lehrtherapeuten über konstruktivistische Versionen von Familien- und Herkunftsrekonstruktion bis hin zu einer eher skeptischen Haltung bezüglich Sinn und Notwendigkeit von Selbstreflexion ansich (Ludewig, 1999).

8.3 Der Forschungsstand innerhalb der Selbsterfahrung

Empirische Studien über Selbsterfahrung werden meistens innerhalb der Verhaltenstherapie durchgeführt und befassen sich mit der Inanspruchnahme und Wirkung dieser Selbsterfahrung. So zeigten Dobernig und Laireiter (2000) in ihrer Studie, dass angehende Verhaltenstherapeuten in Österreich nicht nur verhaltenstherapeutische, sondern auch Selbsterfahrung anderer Schulrichtungen benutzten. Dabei durchliefen die Auszubildenden durchschnittlich 89 Stunden verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung und mehr als doppelt so viele Stunden (M=192 Std.) nicht-verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung.

Zudem gibt es einige Studien zur Gruppenselbsterfahrung, die meist direkt durch die Befragung von Auszubildenden an den Ausbildungsinstituten durchgeführt wurden. Dadurch ergaben sich jedoch oft methodische Probleme, wie zum Beispiel kleine Stichproben oder fehlende Vergleichsgruppen. Zudem unterschieden sich auch die Selbsterfahrungsmodule, so dass eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse schwierig ist. Trotzdem sollen hier nun einige Studien aufgezeigt werden. So zeigten Hopffgarten v. Laer und Mempel (1998), dass 14% der Auszubildenden des Instituts für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie (IFKV), Bad Dürkheim, ihren Anstieg an therapeutischen Wirkprinzipien nach Grawe (1998)

(aktive Hilfe/Problembewältigung, Klärungsarbeit, Problemaktualisierung, Ressourcenaktivierung und Gestaltung der therapeutischen Beziehung) auf ihre Selbsterfahrung zurückführten. Weniger positiv wurden dabei theorievermittelnde Seminare (10%) und Falldokumentation (6%) eingeschätzt. Gleiches fanden Petzold, Hass und Märtens (1998) für eine Integrative Psychotherapieausbildung am Fritz Perls Institut (FPI). Auch hier wurde die Lehranalyse als bester Ausbildungsbaustein bewertet (Skala 1-5, Note 1,8) und die Methodik- und Theorieseminare als weniger positiv beurteilt (M=2,6). Deutlich kritischer äußerten sich die von Bruch (1996) befragten verhaltenstherapeutischen Auszubildenden an einem Institut der Kassenärztlichen Vereinigung, die eine gruppendynamische und psychoanalytische Selbsterfahrung durchführten. 37,5% der Befragten fanden Selbsterfahrung nicht relevant für den Erwerb therapeutischer Kompetenzen, nur 12,5% verspürten eine deutliche Verbesserung ihrer therapeutischen Kompetenzen. Durch diese Studien ist klar erkennbar, dass die Qualität der Selbsterfahrung einen Einfluss haben kann auf die Wahrnehmung der Steigerung der therapeutischen Kompetenzen. Zudem fragen alle Studien nach subjektiven Wahrnehmungen und es ist davon auszugehen, dass das Urteil verschiedener Ausbildungsbausteine eher auf persönliche Interessen als auf präzise Erinnerungen einzelner Lernepisoden zurückzuführen ist. Zudem ist fragwürdig ob eine Steigerung der therapeutischen Kompetenz, auch wenn es anders subjektiv wahrgenommen wird, nicht gerade wegen des Zusammenspiels aller Ausbildungsbausteine zustande kommt.

Zudem gibt es einige Studien, die aufzeigen, welche spezifischen Entwicklungsimpulse die Auszubildenden der Selbsterfahrung zuschreiben. So zeigten Zimmer und Zimmer (1998), dass laut Auszubildende an der TAVT die Gruppenselbsterfahrung vor allem die Fähigkeit förderte, das Beziehungsverhalten von Patienten sensibler wahrzunehmen (Skala 1-5, M=1,93), mit den Emotionen der Patienten besser umzugehen (M=2,16), therapeutische Empathie zu schulen (M=2,19), sowie eigene kognitiv-emotionale Schemata (M=2,08) und eigene Grenzen (M=2,11) besser kennen zu lernen. Weitere Studien zeigten, dass Auszubildende besonders Veränderungen im Bereich des Selbstvertrauens und der Ressour-

nenentwicklung, des Neuverstehens von sich selbst und verhaltenstherapeutischer Methoden in Eigenerfahrung erlebten (Lieb, 1998). Innerhalb der systemischen Selbsterfahrung wurde die Auseinandersetzung mit der eigenen Herkunftsfamilie und mit den gegenwärtigen persönlichen Beziehung sowie die Entdeckung eigener Stärken und das Kennenlernen systemischer Arbeitsweisen aus einer anderen Rolle als der des Therapeuten, als besonders wichtig eingestuft (Klicpera, 1997). Zuletzt wurden Studien durchgeführt, die sich mit den Wirkungsprinzipien der Selbsterfahrung befasst haben. Schön, Frank und Vaitl (1998) zeigten, dass Auszubildende, die mit ihrer Selbsterfahrung zufrieden waren, vier Wochen später angaben, mehr Anregung erhalten zu haben für ihre therapeutische Arbeit. Besonders wichtig waren Zufriedenheit mit der Arbeitsatmosphäre und das subjektiv empfundene Nutzen der Selbsterfahrung für die eigene Entwicklung. Passend dazu zeigte Lieb (1998), dass Auszubildende vor allem Gruppenfaktoren und die Arbeit des Gruppenleiters als Wirkfaktor ansahen. Auch Klicpera (1997) zeigte, dass der Lehrtherapeut ein wichtiger Einflussfaktor auf das Wirkungsprinzip der Selbsterfahrung sei. Dabei sei vor allem wichtig, dass der Lehrtherapeut strukturiert arbeite und die Fähigkeit besäße Theorie und Praxis zu verbinden. Zudem fand Klicpera (1997), dass die Selbsterfahrungsgruppe eine wichtige Rolle spiele. So sei sie ein positiver Wirkungsfaktor, wenn die Rückmeldungen innerhalb der Gruppe hinsichtlich Stärken und Schwächen der Auszubildenden als positiv wahrgenommen würden. All diese Studien zeigen, dass eine globale Bewertung der Ergebnisse zu kurz greift und die Ergebnisse differenziert betrachtet werden müssen. Insbesondere sollte die spezifische Zielsetzung sowie die bearbeiteten Inhalte und eingesetzten Methoden beschrieben und bei der Interpretation der Befunde berücksichtigt werden.

9 Intervention

9.1 Begriffsbestimmung und Definition

Intervision setzt sich zusammen aus den lateinischen Wörtern „inter“ (inmitten, zwischen) und „videre“ (sehen). Dabei handelt es sich um *„Kollegiale Beratung (...) bei der im Gruppenmodus wechselseitig berufsbezogene Fälle der Teilnehmenden systematisch und ergebnisorientiert reflektiert werden“* (Tietze, 2010, S. 24). Intervision ist schulenübergreifend und ihr übergeordnetes Ziel ist die Verbesserung der beruflichen Praxis und Kompetenzen (auch interaktionelle) (Tietze, 2003). Historische Vorläufer der Intervision sind studentische Arbeitsgruppen, Selbsterfahrungsgruppen ohne Leitung, Selbsthilfegruppen, wie zum Beispiel die Anonymen Alkoholiker, Freuds Mittwochsgesellschaft oder Peer-Supervisionsgruppen während der Therapieausbildung (Fengler et al., 1994).

9.2 Kennzeichen und Ziele der Intervision

Ein wichtiges Kennzeichen der Intervision ist, dass es sich um eine Gruppe von Gleichrangigen handelt. Dies bedeutet vor allem, dass jedes Gruppenmitglied auch die Möglichkeit hat eine Frage oder Problemstellung einzubringen. Es ist jedoch möglich, dass innerhalb der Intervisionsgruppe Unterschiede bestehen zum Beispiel bezüglich der Ausbildung, Qualifikation, beruflichen Hintergründen oder auch Tätigkeitsfeldern. Ein weiteres Kennzeichen ist ein gemeinsamer beruflicher Fokus. Dies können ähnliche Tätigkeits- und Erfahrungshintergründe sein und sich entweder mehr um fachliche Fragen oder um Belange rund um Management- und Führungstätigkeiten drehen. Zudem bietet die Intervision die Möglichkeit für konkrete Fragen und Probleme zielgerichtet Lösungen zu entwickeln. Alle Intervisionsgruppen haben auch immer gemeinsam festgelegte Strukturen. Dabei geht es nicht nur um die Größe der Gruppe, sondern auch um Umgangs- und Kommunikationsregeln, wie zum Beispiel das Festlegen von einem Moderator, der der Intervision eine Struktur gibt. Zudem ist die Teilnahme innerhalb der Intervision immer freiwillig, jedoch

für einen gewissen Zeitraum verbindlich. Außerdem ist die Beratung ohne Honorar ein wichtiges Kennzeichen der Intervision. Dies bedeutet auch, dass jedes Mitglied mitverantwortlich ist für das richtige Verhältnis von Geben und Nehmen und das Gelingen des produktiven Austausches innerhalb der Gruppe. Des Weiteren ist jeder Einzelne auch dafür zuständig zu thematisieren, wenn seine Erwartungen durch die Gruppe nicht erfüllt werden und sollte Veränderungen anregen (Thiel, 1994).

Die Intervision hat zum Ziel Fragen zu klären und Informationsaustausch zu fördern, eine Entlastungsfunktion zu erfüllen, da die Gruppe mit problematischen Fallbeispielen Hilfe leisten kann sowie Reflexions- und Wahrnehmungserweiterungsprozesse zu fördern. Ein besonders wichtiger Aspekt ist dabei die Qualitätssicherung, die dadurch erreicht werden kann, dass sich innerhalb der Intervisionsgruppe mit dem eigenen beruflichen Handeln laufend auseinander gesetzt wird und durch verschiedene Ansichten alternative Handlungsmöglichkeiten in bestimmten Situationen entdeckt und erfahren werden können.

9.3 Struktur einer Intervisionssitzung

Eine prototypische Intervisionssitzung besteht meistens aus 6 Phasen. Zuerst geht es um die Vorbereitung, Erhebung und Auswahl von Anliegen. Dabei kann jedes Gruppenmitglied schon vor dem Treffen eine individuelle Vorbereitung auf eine Fragestellung, die ihn/sie interessiert, erarbeiten. Falls er/sie diese Fragestellung einbringt, wird er/sie als Fallbringer bezeichnet. Nachdem sich die Gruppe zusammengefunden hat und ein Moderator bestimmt wird, erhebt dieser die aktuellen Anliegen und wählt Fragestellung mit Hinblick auf den Zeitplan für die Sitzung aus. In der zweiten Phase schildert der Fallbringer seine Fragestellung, entweder durch seine Erzählungen, aber auch durch anderen Methoden wie zum Beispiel MindMaps, Problembäumen oder Collagen. Danach haben alle anderen Mitglieder die Möglichkeit für Rückfragen zum besseren Verständnis, auf die der Fallbringer antwortet und die Situation weiter beschreibt. In der dritten Phase wird eine Situationsanalyse durchgeführt, bei der die Gruppenmitglieder die Möglichkeit haben Kontakt zur Situation

aufzunehmen sowie Assoziationen mit ihren eigenen Erfahrungen zu ziehen, ohne dabei jedoch zu werten. Danach hat der Fallbringer die Möglichkeit zu diesen Assoziationen Stellung zu nehmen und aufzuzeigen welche Assoziationen er für sich nachvollziehen kann. Dies kann auch zur Reformulierung der Fragestellung führen. Danach wird die Situation weiter analysiert und Hypothesen gebildet, die vom Fallbringer abgelehnt oder angenommen werden können. In der nächsten Phase werden nun von allen Beteiligten Lösungen und Handlungsalternativen erarbeitet und ausprobiert, zum Beispiel durch Rollenspiele. In der fünften Phase hat der Fallbringer mit Hilfe der Gruppe die Chance die vorgebrachten Lösungen zu kommentieren, zu bewerten und zu entscheiden, was sie/er davon annehmen kann und will. Zudem können Stolpersteine diskutiert werden, durch die eine Lösung misslingen könnte. In der letzten Phase wird die Intervision abgeschlossen und beendet, indem alle Mitglieder über den Lerngewinn dieses Beispiels für die Praxis diskutieren können und anschließend auf der Metaebene die Arbeitsweise der Gruppe analysiert wird und Rückmeldungen vor allem an die Moderation gegeben wird (Fallner und Grässlin, 1990, Roterling-Steinberg, 1990, Doppler und Lauterburg, 1994).

9.4 Problematische Aspekte innerhalb der Intervision

Probleme während der Intervision können vor allem im Zusammenhang mit der Gruppendynamik entstehen. Da Intervisionsgruppen keinen Leiter haben, brauchen sie eine klare Struktur und einen starken Einsatz der Teilnehmer. Deshalb müssen diese Teilnehmer erfahrene und gut qualifizierte Mitarbeiter sein. Ist dies nicht der Fall, kann es schnell zu einem Auseinanderbrechen oder nicht produktiven Arbeiten kommen (Žorga, 1996). Zudem kann es dazu kommen, dass die Bedürfnisse der Gruppe die Diskussion dominieren können, zu Lasten der wahren Bestimmung der Intervision. Deshalb ist es besonders wichtig, dass der Moderator darauf achtet immer wieder zurück zu kommen auf diese Bestimmung (Donnellan, 1981). Zuletzt können auch Kommunikationsprobleme innerhalb der Gruppe auftreten. Gaie Houston (1985, zitiert in Hawkins & Shohet, 1992)

stellte ein paar Spiele vor, in die Intervisionsgruppen verfallen können, vor allem weil es an einem außenstehenden Vermittler fehlt. So kann es zu Spielen kommen, wie „Measuring cocks“ (alle Teilnehmer versuchen sich in ihren Aussagen zu übertreffen), „Ain't it awful“ (alle Teilnehmer bekräftigen sich gegenseitig in ihrer Machtlosigkeit) oder auch „We are all so wonderful“ (die Teilnehmer schmeicheln sich gegenseitig, um ihre Angst vor Kritik zu überspielen). Deshalb ist es die Aufgabe jedes einzelnen Teilnehmers darauf zu achten in diese Spiele nicht zu verfallen.

9.5 Der Forschungsstand der Intervention

Trotz der Tatsache, dass Intervention seit über 50 Jahre in der Literatur diskutiert wird, ist es kaum Gegenstand der Forschung gewesen. Schon Counselman und Weber (2004) stellten fest, dass Intervention unter Psychotherapeuten zwar weit verbreitet sei, jedoch wenige Erfahrungsberichte publiziert wurden. Die relevante Forschung über Intervention findet meistens innerhalb des pädagogischen Berufsfeldes statt. Sigrid Rotering-Steinberg fand schon 1983 in ihrer Studie heraus, dass Lehrer nach neun Monaten Intervention eine signifikante Steigerung ihrer selbsteingeschätzten kognitiven und sozialen Kompetenzen empfanden. Auch Tiepmar (1994) fand eine selbsteingeschätzte Steigerung der Lehrer von Kompetenzen in Beratung, Kooperation und nondirektiver Gesprächsführung. Zudem wurde auch eine Steigerung des Selbstvertrauens mit geringerem Burn-Out Erleben sowie eine höhere Arbeitszufriedenheit durch Intervention gefunden (Agnew et al., 2000). Auch eine signifikante Verbesserung von Problemlöseverhalten und Reflexionsfähigkeit konnte erwiesen werden (Žorga, 1997). Letztlich untersuchten Akhurst und Kelly (2006) neun Psychologen in Ausbildung, die an einem fünfmonatigen Programm teilnahmen, indem sie wöchentlich abwechselnd entweder Einzelsupervision oder Intervention durchführten. Die Kombination dieser beiden Verfahren führte laut Aussage der Auszubildenden zu reichhaltigeren Lernerfahrungen als Einzelsupervision alleine. Die Intervention wurde im Gegensatz zur Einzelsupervision von den Auszubildenden als weniger hierarchisch, angstfreier sowie emotional ermutigender erlebt. Zusammenfassend ist zu

erwähnen, dass auch diese Forschungsergebnisse immer von der subjektiven Einschätzung der Teilnehmer abhängen. Zudem sind die meisten Effekte indirekt und könnten sich erst über längere Zeiträume entwickeln (Žorga et al., 2001).

10 Parallelen und Divergenzen innerhalb der Supervision, Selbsterfahrung und Intervision

Supervision, Selbsterfahrung und Intervision bestehen aus kollegialem Austausch und sind dadurch Bestandteil der Qualitätssicherung in Berufsfeldern wie Pädagogik, Medizin oder Psychotherapie. In allen drei Kontexten werden Probleme, Fragestellungen sowie Unsicherheiten bearbeitet, um schwierige Situation zu bewältigen, Belastungen zu vermeiden und dadurch neuen Berufsproblemen vorzubeugen (Tietze, 2003). Besonders die Grenzen zwischen Supervision und Selbsterfahrung sind fließend in der Psychotherapie (Manteufel & Schiepek, 1994; Seipel & Döring-Seipel, 1998). Beide Konzepte zielen darauf ab, durch Anleitung zur Reflexion eigener beruflicher Erfahrungen die Entwicklung therapeutischer Kompetenzen zu fördern. Dabei gibt es zudem viele Selbsterfahrungsprogramme, die Übungen und Rollenspiele mit supervisionsähnlichem Charakter beinhalten. Dadurch werden die Therapeuten dazu gebracht, sich mit ihrem eigenen Erleben und Handeln in schwierigen Therapiesitzungen auseinander zu setzen. Eine weitere Parallele zwischen Supervision und Selbsterfahrung, aber ein Abgrenzungspunkt zur Intervision ist die asymmetrische Beziehung zwischen Supervisor/Selbsterfahrungsleiter und Beratenem (Kühl, 2008). Bei der Supervision und Selbsterfahrung gibt es eine hierarchische Rollenverteilung des Leistungsanbieters. Dagegen verzichtet die Intervision auf einen konstanten exponierten Rollenträger in Gestalt eines bezahlten Supervisor/Leiters. Auch Thiel (2000) unterscheidet zwischen Supervision und Selbsterfahrung im Gegensatz zur Intervision nur in zwei Aspekten: Hierarchie und Selbstorganisation. So hat der Leiter der Supervision und Selbsterfahrung eine exponierte Stellung gegenüber dem zu Beratenden und ist auch zuständig für die Organisation der Stunden. Innerhalb der Intervision sind alle Mitglieder gleichgestellt und gleich verantwortlich für das Einbringen von Fallthemen und damit auch für die Organisation der Intervisionsstunden. Die Fallarbeit steht zwar auch in der Supervision im Mittelpunkt, hier werden die Fälle jedoch auch vom Supervisor eingebracht. Innerhalb der Selbsterfahrung steht die Fallarbeit nicht im Mittelpunkt, sondern eine fallübergreifende Klärung und

Modifikation der persönlichen Besonderheiten therapeutischen Handelns. Was jedoch alle drei Konzepte gleichermaßen ausmacht ist die erwünschte und benötigte Rückmeldung aller Teilnehmer. Diese „stellen ihre Gedanken, Gefühle, Ideen, Phantasien, Methapern (...) dar“ (Rimmasch, 2003, S. 31).

Zwei weiterer Abgrenzungspunkte sind die Reflexionsfähigkeit und die Kommunikationsfähigkeit. Während diese bei der Intervision als wichtige Schlüsselkompetenzen bereits im Vorfeld vorhanden sein müssen, können sie während der Supervision und Selbsterfahrung in einem angeleiteten Rahmen entwickelt werden (Tietze, 2003).

Letztlich bietet die Intervision noch zwei weitere Vorteile gegenüber der Supervision und der Selbsterfahrung: die Zeitnähe zur aktuellen Fragestellung und das gemeinsame Störungswissen aller Beteiligten. In der Supervision kommt es öfters vor, dass besprochene Sitzungen Tage oder Wochen zurückliegen, was die Möglichkeit einschränken kann, die Erkenntnis aus der Stunde zur Verbesserung der Therapie einzusetzen (Beutler und Howard, 2003). Der Vorteil der Intervision liegt dagegen in der augenblicklichen Interaktion und die Vielfalt und Mehrdimensionalität der Rückmeldungen (Rimmasch, 2003). Trotz aller Parallelen und Unterschiede sind alle drei Methoden geeignet die Qualität der Psychotherapie zu verbessern.

11 Forschungsfragen und Verortung im wissenschaftlichen Kontext

Schon Nübling (2012) hat festgestellt, dass das übergeordnete Ziel der Psychotherapieforschung die Verbesserung der Versorgungsqualität der Patienten darstelle. Des Weiteren hält Orlinsky et. al. (1999) fest, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung der beste Prädiktor für eine erfolgreiche Therapie sei. Da Lambert und Ogles (1997) in ihrer Studie fanden, dass Supervision die interpersonellen Fähigkeiten von Therapeuten steigere und sich dies damit positiv auf die therapeutische Beziehung zum Patienten auswirken könne, kann davon ausgegangen werden, dass Supervision einen positive Effekte auf die Qualität der Psychotherapie haben könnte. Zudem zeigten Zimmer und Zimmer (1998), dass Selbsterfahrung die Fähigkeit steigere das Beziehungsverhalten von Patienten sensibler wahrzunehmen, mit den Emotionen der Patienten besser umzugehen sowie therapeutische Empathie schule. Damit kann auch für Selbsterfahrung festgestellt werden, dass sie einen positiven Einfluss auf die therapeutische Beziehungsgestaltung haben könnte und damit zur Qualitätssteigerung der Psychotherapie beitragen könnte. Zudem zeigten Ochs et al. (2012) in ihrer Mitgliederbefragung der hessischen Psychotherapeutenkammer, dass Intervision als Sicherung der Qualität im Kontext der Ausübung ihres Berufes wahrgenommen wird. Damit können Supervision, Selbsterfahrung und Intervision als Instrumente der Qualitätssicherung von Psychotherapie beitragen.

Um die subjektive Wahrnehmung der Therapiequalität des Therapeuten darzustellen, bezieht sich diese Arbeit auf die Forschungsfragen, Forschungsinstrumenten und Ergebnisse der Studie zur Entwicklung von Therapeuten über die Lebensspanne, durchgeführt durch die Forschungsgruppe des Collaborative Research Network um David Orlinsky und Helge Ronnestadt (1999). Diese Studie gibt Erkenntnisse darüber, wie und wodurch sich Therapeuten entwickeln und wie sie ihre tägliche Arbeit als Psychotherapeut erleben. Hierfür wurde ein Befragungsinstrument entwickelt, der „Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire“ (DPCCQ) und aus den insgesamt 400 Items wurden 52 Items

extrahiert, welche die „Therapist Involvement Scale“ (TWIS) bilden. Innerhalb des TWIS wird zwischen Healing Involvement (HI) und Stressful Involvement (SI) unterschieden. Diese beiden Konzepte werden folgendermaßen definiert:

“HI describes a therapist who connects with clients at a personal level, feels stimulated in sessions, experiences herself as efficacious and has a range of helpful strategies to cope with difficulties. By contrast, SI reflects therapists’ experiences of “frequent difficulties” during sessions, unconstructive “avoidant coping” and in session feelings of “boredom” and “anxiety” .”(Orlinsky et al., 1999, S. 2).

Damit kann für diese Arbeit die subjektive Wahrnehmung der Therapiequalität durch den TWIS in Verbindung gebracht werden mit den Konzepten der Supervision, Selbsterfahrung und Intervision.

Zudem gibt es große Unterschiede innerhalb der Selbsterfahrung und Supervision bezogen auf die verschiedenen Schulrichtungen (Schön, 2001). Da die verschiedenen therapeutischen Schulrichtungen auch verschiedene Ansätze für Supervision, Intervision und Selbsterfahrung aufzeigen, könnte sich dies auch unterschiedlich auf die Qualität der Therapie auswirken.

Zwar fanden Allan, Szollos und Williams (1996), dass psychoanalytische Supervisoren positiver bewertet wurden als verhaltenstherapeutische, es ist jedoch fraglich, ob dies wirklich auf die verschiedenen Schulrichtungen oder einfach auf die Persönlichkeit des Supervisors zurückzuführen ist. Während der Literaturrecherche für diese Arbeit konnten jedoch keine Studien gefunden werden, die sich mit den Unterschieden zwischen den Schulrichtungen in Zusammenhang mit Supervision, Intervision und Selbsterfahrung befassten. Dies will diese Studie ändern, indem sie untersucht, ob die verschiedenen Schulrichtungen einen Einfluss haben auf die empfundene Qualität der Therapie in Zusammenhang mit Supervision, Intervision und Selbsterfahrung sowie auf den Therapeutenstil. Deshalb wurden folgende Hypothesen entwickelt:

H1: Die therapeutische Schulrichtung beeinflusst die Beziehung zwischen der Inanspruchnahme von Supervision, Intervision sowie Selbsterfahrung während der gesamten therapeutischen Laufbahn und HI.

H2: Die therapeutische Schulrichtung beeinflusst die Beziehung zwischen der Inanspruchnahme von Supervision, Intervision sowie Selbsterfahrung während der gesamten therapeutischen Laufbahn und SI.

H3: Die Schulrichtung hat einen Einfluss auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten und HI.

H4: Die Schulrichtung hat einen Einfluss auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten und SI.

H5: Die Schulrichtung hat einen Einfluss auf die Beziehung zwischen Therapeuten-Stil und HI.

H6: Die Schulrichtung hat einen Einfluss auf die Beziehung zwischen Therapeuten-Stil und SI.

12 Methodik

12.1 Stichprobe und Studiendesign

Die Stichprobe wurde durch einen Kooperationsvertrag mit Dr. Rüdiger Nübling von der Landespsychotherapeutenkammer Baden Württemberg erhoben. Involviert in diese Erhebung wurden alle Psychotherapeutenkammermitglieder, die als psychologische Psychotherapeuten tätig sind, entweder im niedergelassenen Bereich (z.B. private Einzelpraxis oder Gemeinschaftspraxis) oder im ambulanten Bereich (z.B. stationäre Einrichtungen oder Beratungsstellen). Die Stichprobe setzt sich zusammen aus verhaltenstherapeutischen, tiefenpsychologisch fundierten und psychoanalytischen Psychotherapeuten. Zudem waren einige Teilnehmer in weiteren Verfahren approbiert, wie zum Beispiel Gestalttherapie oder systemische Therapie.

Ein Anschreiben und ein Fragebogen wurde am 26.8.2014 von der Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg per Email an 2500 Mitglieder versandt und jeder Teilnehmer hatte die Möglichkeit, diesen Fragebogen am Computer auszufüllen und per Email zurück zu senden sowie die Gelegenheit, den Fragebogen auszudrucken und entweder per Post oder per Fax zurück zu schicken. Eine Anonymisierung der Daten wurde zugesichert und durchgeführt. Die Datenerhebung endete nach 4 Wochen Laufzeit und insgesamt 154 psychologische Psychotherapeuten vervollständigten den Fragebogen, was einer Rücklaufquote von 6% entspricht. 18 Teilnehmer mussten jedoch ausgeschlossen werden, weil sie nicht klar einer therapeutischen Schulrichtung zugeordnet werden konnten, sondern Approbationen in Verhaltenstherapie und fundierter Tiefenpsychologie bzw. Psychoanalyse angaben. Zudem mussten zwei weitere Teilnehmer exkludiert werden, weil sie nur eine systemische Therapieausbildung hatten und mit dieser kleinen Subgruppe keine statistischen Auswertungen möglich waren. Damit lag der Anteil der ausgeschlossenen Teilnehmer bei 13%. Deshalb wurden die statistischen Auswertungen mit insgesamt 134 Teilnehmern durchgeführt.

12.2 Messinstrumente

Für die Befragung wurde in Zusammenarbeit mit Dr. Rüdiger Nübling und der weltweit forschenden Arbeitsgruppe um David Orlinsky und dem Collaborating Research Network der Society for Psychotherapy Research (SPR) ein Fragebogen konzipiert, der aus Auszügen des von dieser Arbeitsgruppe entwickelten Development of Psychotherapy Common Core Questionnaire (DPCCQ) besteht. Dieser Auszug, die Psychotherapeuten Arbeitsengagements Skala nach Orlinsky und Ronnestad, umfasst 52 Items zur subjektiven Einschätzung des Umgangs bzw. der Bewertung der aktuellen psychotherapeutischen Arbeit. Dabei besteht der Fragebogen aus zwei Oberskalen, dem Healing Involvement (HI) und dem Stressful Involvement (SI) mit 6 Unterskalen für HI und 4 Unterskalen für SI.

Healing Involvement:

1. Basic Relational Skills
2. Invested
3. Efficacy
4. Affirming
5. Flow
6. Constructive Coping

Die HI-Subskala misst „*die derzeitige Kompetenz, nur minimale Schwierigkeiten, konstruktive Coping-Strategien, genuines persönliches Engagement in affirmativen rezeptiven Beziehungen zu den Patienten*“ (Orlinsky & Ronnestad, 2006, S. 271), sowie das Erleben eines Flows und das Gefühl von therapeutischer Effektivität.

Stressful Involvement:

1. Frequent Difficulties
2. Boredom
3. Anxiety
4. Avoidant Coping

Die SI-Subskala misst das Erleben von vielfachen Schwierigkeiten während der therapeutischen Tätigkeit, Gefühle wie Langeweile und Angst sowie defensive bzw. vermeidende Copingstrategien (Ronnestad & Orlinsky, 2006). Die Subskalen verfügen über 0-3 bzw. 0-5 stufige Likertskalen. Die Richtung ist ausnahmslos positiv ansteigen (0 =überhaupt nicht; 5 =sehr).

Zudem wurde der Fragebogen zu Supervision, Intervision und Selbsterfahrung (SUISE) von Ronnestadt und Orlinsky (2006) entwickelt, der Prozesse der therapeutischen Arbeit und der beruflichen Entwicklung aus der subjektiven Sicht der Psychotherapeuten erforscht. Dabei subsumiert dieser Fragebogen nicht nur allgemeine, sondern auch spezielle Fragen zur Inanspruchnahme der Methoden und bezieht sich dabei auf die objektiven und subjektiven Psychotherapeutenvariablen nach Beutler et al. (1994), die in Diagramm 1 dargestellt werden.

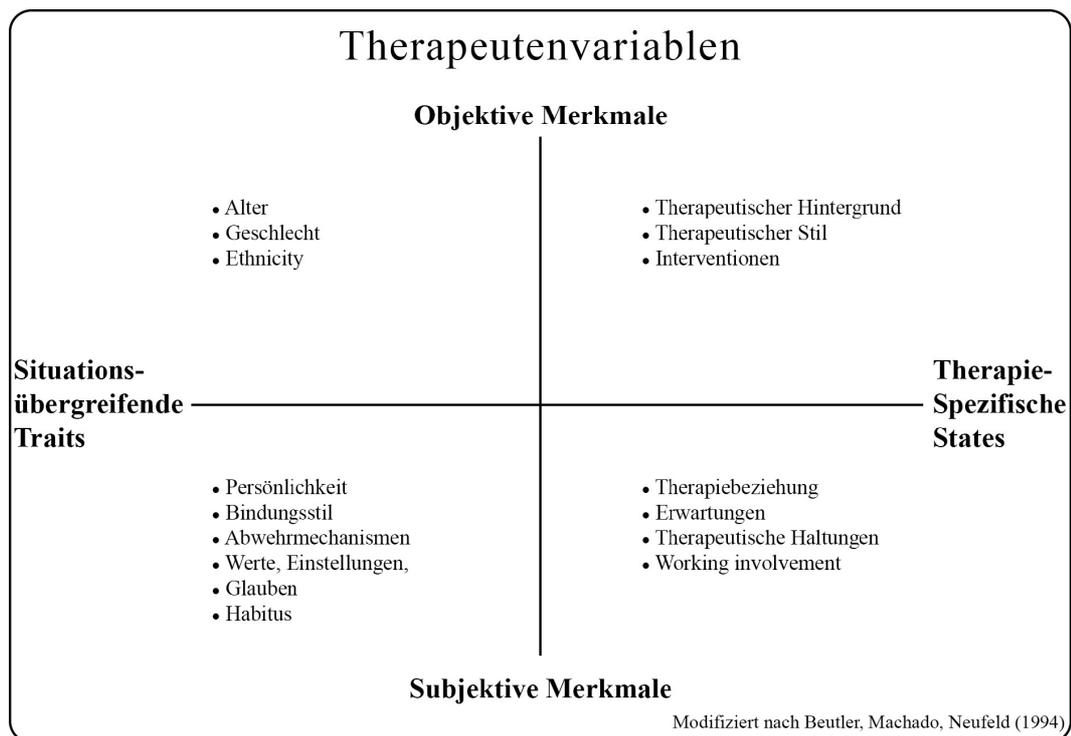


Diagramm 1. Therapeutenvariablen nach Beutler et al.

Dabei wird versucht situationsübergreifende und therapiespezifische Merkmale sowie objektive und subjektive Merkmalen zu differenzieren.

Nicht nur die allgemeinen Angaben zur Inanspruchnahme von Supervision, Intervention und Selbsterfahrung wurde in dieser Arbeit genutzt, sondern auch das objektive, therapiespezifische Merkmal des Therapeutenstils.

Zusätzlich wurden für den Fragebogen noch Auszüge aus dem „Fragebogen zur Veränderung von Selbsterfahrung“ (FVS), entwickelt von H. Lieb (2000) für das Institut für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie (IFKV) Bad Dürkheim, integriert. Des Weiteren wurde der „Fragebogen zum Habituellen Wohlbefinden (FAHW) nach G. Wydra (2014) eingegliedert, der die subjektive Zufriedenheit der Teilnehmer erfragt. Der FAHW fand keine Anwendung in dieser Forschungsarbeit. Der gesamte Fragebogen kann im Anhang eingesehen werden.

12.3 Abhängige Variablen (AV) und Unabhängige Variablen (UV)

Abhängige Variablen waren

- Healing Involvement
- Stressful Involvement

Unabhängige Variablen waren

- Inanspruchnahme von Supervision während der gesamten therapeutischen Laufbahn
- Inanspruchnahme von Intervention während der gesamten therapeutischen Laufbahn
- Inanspruchnahme von Selbsterfahrung während der gesamten therapeutischen Laufbahn
- Inanspruchnahme von Supervision in den letzten 12 Monaten
- Inanspruchnahme von Intervention in den letzten 12 Monaten
- Inanspruchnahme von Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten
- Therapeuten-Stil

12.4 Datenanalyse

Nach der Darstellung der demographischen Daten wurde ein Kolmogorov-Smirnov Test durchgeführt, um die Normalverteilung der AVs zu testen. Die Hypothesen wurden dann mit Hilfe von Pearson Korrelationen und bivariaten Korrelationen gruppiert nach Schulrichtungen analysiert. Danach wurden für signifikante Korrelationen multiple Regressionsanalysen durchgeführt und lineare Modelle für die AVs erstellt. Die statistischen Analysen wurden mit Hilfe von SPSS 23 durchgeführt (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

13 Resultate

13.1 Charakteristika der Stichprobe

Wie man in Tabelle 1 sehen kann, konnten Daten von 134 Teilnehmern analysiert werden. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer betrug 52 Jahre, wobei das Minimumalter bei 30 Jahren lag und der älteste Teilnehmer ein Alter von 78 Jahren vorwies. 69.4% der Teilnehmer waren weiblich und 30.6% der Teilnehmer waren männlich. Innerhalb der Schulrichtungen waren 43.3% der verhaltenstherapeutischen Psychotherapeuten weiblich und 13.4% männlich. Bei den tiefenpsychologischen Psychotherapeuten waren 11.9% weiblich und 8.2% männlich. Die psychoanalytischen Psychotherapeuten waren zu 13.4% weiblich und zu 8.2% männlich.

Tabelle 1. Deskriptive Charakteristika der Stichprobe

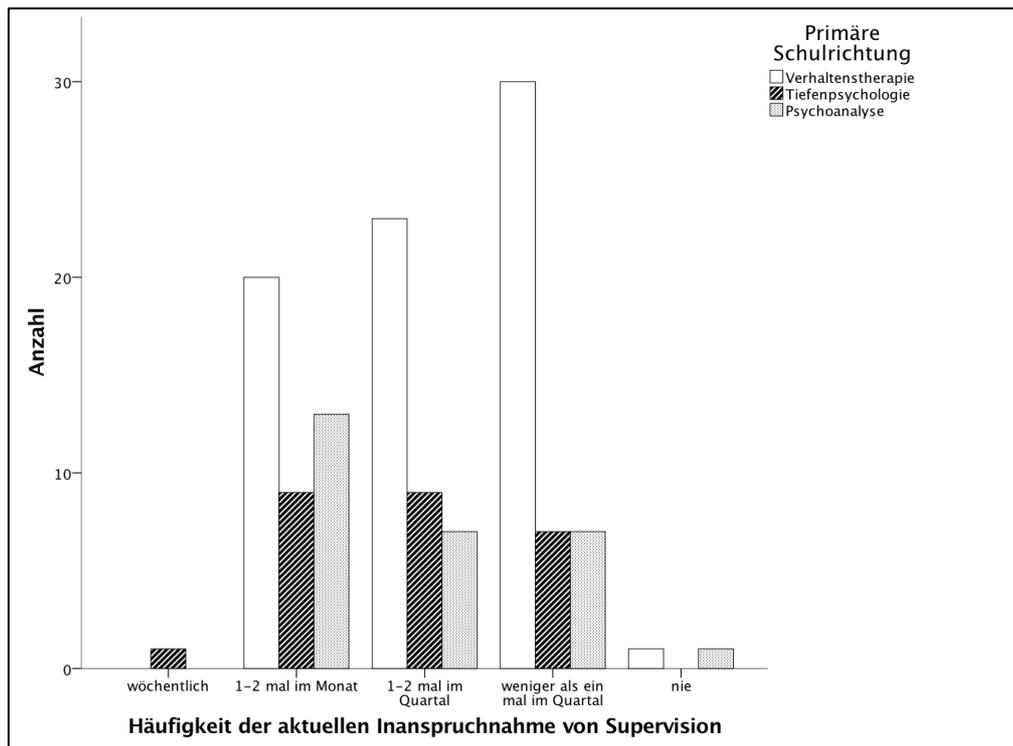
		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
Primäre	Verhaltenstherapie	18	58	76
Schulrichtung	Tiefenpsychologie	11	16	27
	Psychoanalyse	11	18	29
	Systemisch	1	1	2
Gesamt		41	93	134

Der überwiegende Teil der Teilnehmer arbeiteten in einer privaten Einzelpraxis (N=73), außerdem in öffentlich stationären Einrichtungen (N=12), in einer privaten Gemeinschaftspraxis (N=11), in Beratungsstellen (N=4), in öffentlich ambulanten Einrichtungen (N=2), in privat öffentlichen Einrichtungen (N=2) sowie in privat stationären Einrichtungen (N=1).

59.3% der verhaltenstherapeutischen Psychotherapeuten arbeiteten in einer privaten Einzelpraxis, 13.6% in Gemeinschaftspraxen, 11.9% in öffentlich stationären Einrichtungen, 5.1% in Beratungsstellen, 3.4% in öffentlich ambulanten Einrichtungen, 3.4% in privat ambulanten Einrichtungen und 1.7% in einer privat stationären Einrichtung. Die tiefenpsychologischen Psychotherapeuten arbeiten zu 75% in Einzelpraxen, 15% in öffentlich stationären Einrichtungen und 10% in Gemeinschaftspraxen.

Auch der größte Teil der psychoanalytischen Psychotherapeuten (84%) arbeiteten in Einzelpraxen, 8% in öffentlich stationären Einrichtungen, 4% in Gemeinschaftspraxen sowie 4% in Beratungsstellen.

Die Teilnehmer hatten durchschnittlich 19.4 Jahre psychotherapeutisch gearbeitet und belegten während dieser Zeit durchschnittlich 425 Stunden Supervision, 368 Stunden Intervision sowie 551 Stunden Selbsterfahrung. Die aktuelle Inanspruchnahme von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung kann im Diagramm 2 betrachtet werden.



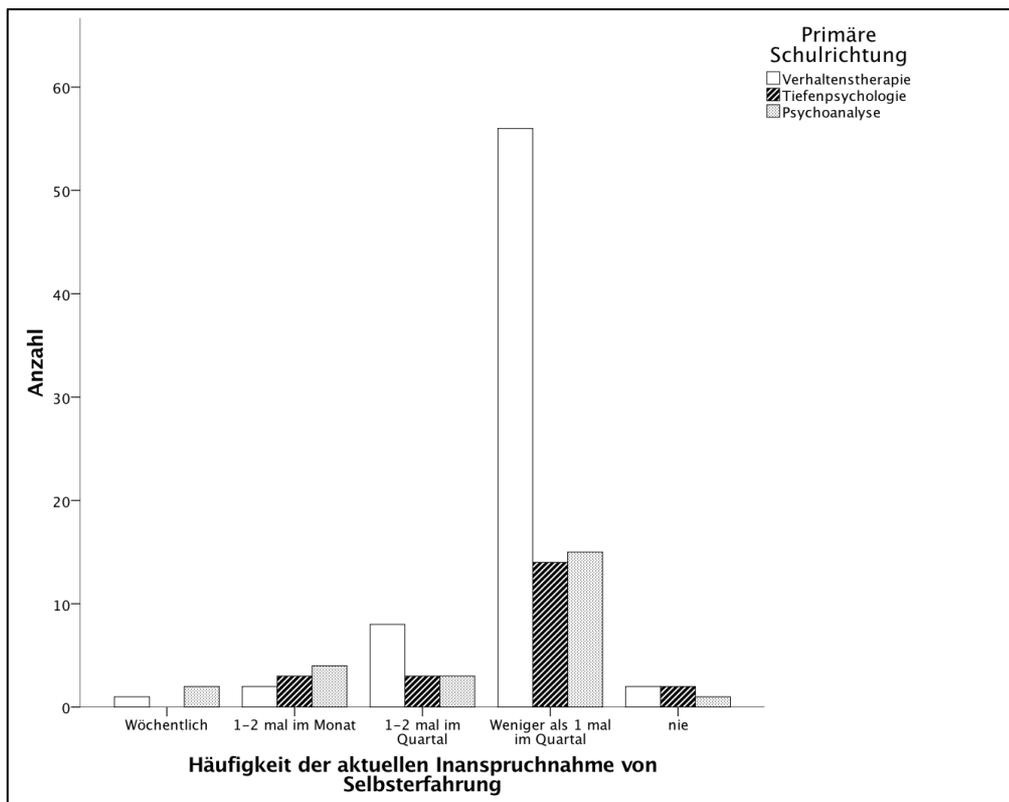
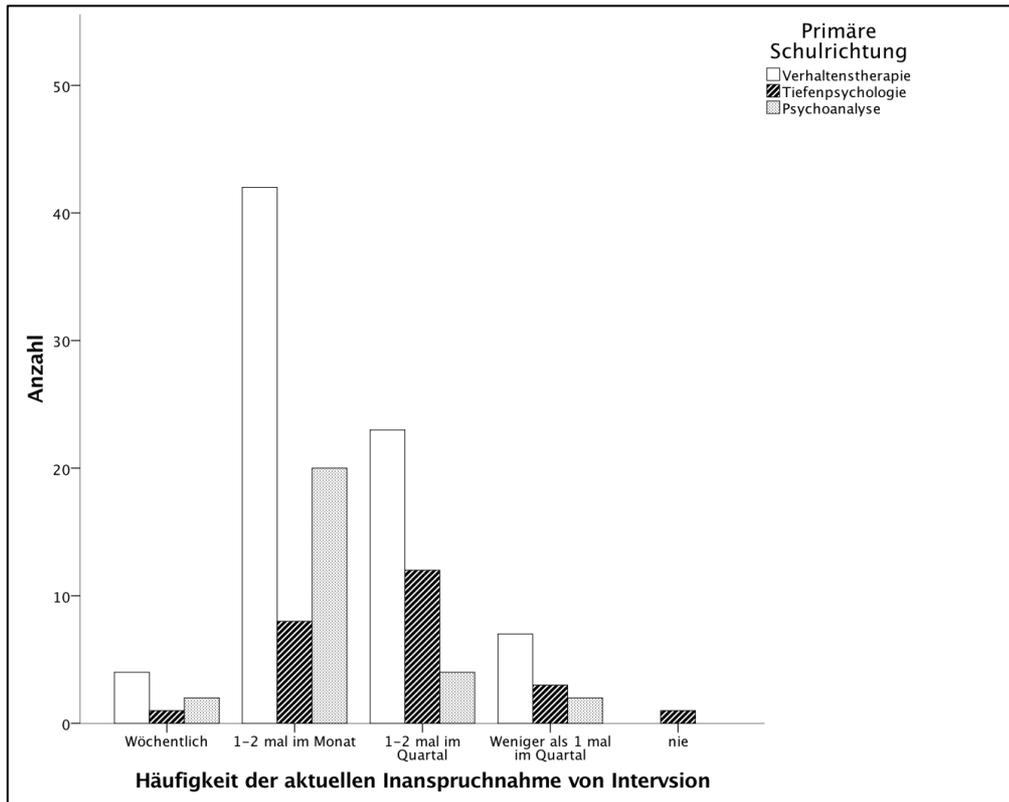


Diagramm 2. Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme von Supervision, Intervention und Selbsterfahrung für alle drei therapeutischen Schulrichtungen

Diagramm 2 zeigt, dass die meisten Verhaltenstherapeuten (40.5%) weniger als 1 mal im Quartal Supervision in Anspruch nehmen, gefolgt von 1-2 mal im Quartal (31.1%) und 1-2 mal im Monat (27.0%). Nur ein Verhaltenstherapeut (1.4%) nimmt aktuell keinerlei Supervision in Anspruch. Die meisten tiefenpsychologischen Psychotherapeuten nehmen entweder 1-2 mal im Quartal (34.6%) oder 1-2 mal im Monat (34.6%) an Supervision teil, gefolgt von weniger als einmal im Quartal (26.9%). Ein Tiefenpsychologe nimmt sogar wöchentlich Supervision in Anspruch (3.8%). Die Psychoanalytiker nehmen hauptsächlich 1-2 mal im Monat (46.4%) Supervision in Anspruch, gefolgt von 1-2 mal im Quartal (25.0%) sowie weniger als 1 mal im Quartal (25.0%). Ein Psychoanalytiker (3.6%) nimmt nie Supervision in Anspruch.

Verhaltenstherapeuten (55.3%) sowie Psychoanalytiker (71.4%) nehmen meistens 1-2 mal im Monat Intervention in Anspruch, gefolgt von 1-2 mal im Quartal (VT=30.3%, PA=14.3%). Dagegen nehmen die Tiefenpsychologen am häufigsten 1-2 mal im Quartal (48.0%) Intervention in Anspruch, gefolgt von 1-2 mal im Monat (32.0%). Vereinzelt wird von allen drei Schulrichtungen auch wöchentlich Intervention wahrgenommen (VT=5.3%, PA=7.1%, TP=4.0%).

Selbsterfahrung wird von allen drei Schulrichtungen am häufigsten weniger als einmal im Quartal wahrgenommen (VT=81.2%, PA=60.0%, TP=63.6%), gefolgt von 1-2 mal im Quartal (VT=11.6%, PA=12.0%, TP=13.6%) sowie 1-2 mal im Monat (VT=2.9%, PA=16.0%, TP=13.6%). Vereinzelt wird es auch überhaupt nicht wahrgenommen (VT=2.9%, PA=4.0%, TP=9.1%).

Eine Pearson Korrelation wurde zudem durchgeführt, um herauszufinden ob es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit und der Gesamtzahl der in Anspruch genommenen Stunden an Supervision, Intervention und Selbsterfahrung gab. Daraus ergab sich eine signifikante negative Korrelation für Verhaltenstherapeuten ($r=-.446$, $p<.05$, $N=66$), Tiefenpsychologen ($r=-.428$, $p=.042$, $N=23$) und Psychoanalytikern ($r=-.665$, $p<.05$, $N=25$) im Zusammenhang mit Supervisionsstunden, die während der gesamten Arbeitslaufbahn wahrgenommen wurden. Zudem fand sich eine signifikante

negative Korrelation für Tiefenpsychologen ($r=-.424$, $p=.039$, $N=24$) und Psychoanalytikern ($r=-.492$, $p=.012$, $N=25$) im Zusammenhang mit Selbsterfahrungsstunden.

Außerdem lag der Durchschnittswert für Healing Involvement bei 11.1 (Range: 0-15, $SD=1.0$, $Min=8.2$, $Max=13.1$) und für Stressful Involvement bei 4.0 (Range: 0-15, $SD=1.2$, $Min=1.4$, $Max=7.0$).

13.2 Test nach Normalverteilung

Der Kolmogorov-Smirnov Test für Normalverteilung zeigte eine normale Verteilung für alle abhängigen Variablen (Healing Involvement $p=.20$, Stressful Involvement $p=.20$). Diese Normale Verteilung kann auch in Diagramm 3 betrachtet werden.

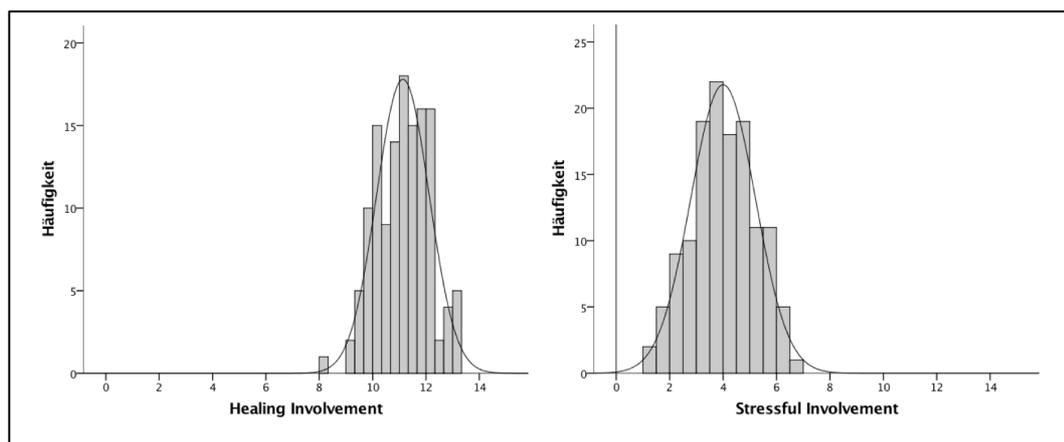


Diagramm 3. Verteilung von Healing Involvement und Stressful Involvement

13.3 Analysieren von H1

H1: Die therapeutische Schulrichtung beeinflusst die Beziehung zwischen der Inanspruchnahme von Supervision, Intervision sowie Selbsterfahrung während der gesamten therapeutischen Laufbahn und HI.

Eine Pearson Korrelation zeigte, dass es keine signifikante Korrelation zwischen der Inanspruchnahme von Supervision während der gesamten therapeutischen Laufbahn und HI gibt ($r=-.050$, $p=.590$, $N=118$). Weiterhin wurde gezeigt, dass es keine signifikante Korrelation zwischen der

Inanspruchnahme von Intervention und HI gibt ($r=.103$, $p=.294$, $N=106$). Zuletzt wurde gezeigt, dass es keine signifikante Beziehung zwischen der Inanspruchnahme von Selbsterfahrung und HI gibt ($r=.052$, $p=.577$, $N=116$). Um zu analysieren, ob sich diese Beziehungen unter Einbezug der verschiedenen Schulrichtungen verändern, wurde eine bivariate Korrelation gruppiert nach Schulrichtungen durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass die verhaltenstherapeutische Schulrichtung keinen Einfluss auf die Beziehung zwischen Inanspruchnahme von Supervision und HI hatte ($r=.008$, $p=.949$, $N=67$). Das gleiche gilt für die tiefenpsychologische Schulrichtung ($r=.02$, $p=.927$, $N=24$) und die psychoanalytische Schulrichtung ($r=-.295$, $p=.153$, $N=25$). Zudem zeigte sich, dass die Verhaltenstherapie ($r=.097$, $p=.447$, $N=64$), die Tiefenpsychologie ($r=.359$, $p=.156$, $N=17$) und die Psychoanalyse ($r=-.274$, $p=.205$, $N=23$) keinen Einfluss auf die Korrelation zwischen Inanspruchnahme von Intervention und HI hatte. Außerdem zeigte sich, dass die Verhaltenstherapie ($r=.123$, $p=.332$, $N=64$), die Tiefenpsychologie ($r=.336$, $p=.101$, $N=25$) und die Psychoanalyse ($r=-.336$, $p=.101$, $N=25$) keinen Einfluss auf die Beziehung zwischen Inanspruchnahme von Selbsterfahrung und HI hatte.

13.4 Analysieren von H2

H2: Die therapeutische Schulrichtung beeinflusst die Beziehung zwischen der Inanspruchnahme von Supervision, Intervention sowie Selbsterfahrung während der gesamten therapeutischen Laufbahn und SI.

Eine Pearson Korrelation zeigte, dass es keine signifikante Korrelation zwischen der Inanspruchnahme von Supervision während der gesamten therapeutischen Laufbahn und SI gibt ($r=.040$, $p=.665$, $N=118$). Weiterhin wurde gezeigt, dass es keine signifikante Korrelation zwischen der Inanspruchnahme von Intervention und SI gibt ($r=.139$, $p=.154$, $N=106$). Zuletzt wurde gezeigt, dass es keine signifikante Beziehung zwischen der Inanspruchnahme von Selbsterfahrung und SI gibt ($r=.120$, $p=.200$, $N=116$). Um zu analysieren, ob sich diese Beziehungen mit Einbezug der verschiedenen Schulrichtungen verändern, wurde eine bivariate Korrelati-

on gruppiert nach Schulrichtungen durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass die verhaltenstherapeutische Schulrichtung keinen Einfluss auf die Beziehung zwischen Inanspruchnahme von Supervision und SI hatte ($r=.08$, $p=.522$, $N=67$). Das gleiche gilt für die tiefenpsychologische Schulrichtung ($r=-.343$, $p=.101$, $N=24$) und die psychoanalytische Schulrichtung ($r=.161$, $p=.442$, $N=25$). Zudem zeigte sich, dass die Verhaltenstherapie ($r=.096$, $p=.452$, $N=64$), die Tiefenpsychologie ($r=.410$, $p=.102$, $N=17$) und die Psychoanalyse ($r=.019$, $p=.931$, $N=23$) keinen Einfluss auf die Korrelation zwischen Inanspruchnahme von Intervention und SI hatte. Außerdem zeigte sich, dass die Verhaltenstherapie ($r=.05$, $p=.696$, $N=64$), die Tiefenpsychologie ($r=.018$, $p=.937$, $N=25$) und die Psychoanalyse ($r=.101$, $p=.63$, $N=25$) keinen Einfluss auf die Beziehung zwischen Inanspruchnahme von Selbsterfahrung und SI hatte.

13.5 Analysieren von H3

H3: Die Schulrichtung hat einen Einfluss auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision, Intervention und Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten und HI.

Eine Pearson Korrelation zeigte, dass es keine signifikante Korrelation zwischen der Inanspruchnahme von Supervision während der letzten 12 Monate und HI gibt ($r=-.141$, $p=.120$, $N=123$). Weiterhin wurde gezeigt, dass es keine signifikante Korrelation zwischen der Inanspruchnahme von Intervention und HI gibt ($r=.162$, $p=.067$, $N=129$). Zuletzt wurde gezeigt, dass es keine signifikante Beziehung zwischen der Inanspruchnahme von Selbsterfahrung und HI gibt ($r=-.11$, $p=.237$, $N=117$).

Um zu analysieren, ob sich diese Beziehungen mit Einbezug der verschiedenen Schulrichtungen verändern, wurde eine bivariate Korrelation gruppiert nach Schulrichtungen durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass die verhaltenstherapeutische Schulrichtung einen signifikanten Einfluss auf die Beziehung zwischen Inanspruchnahme von Supervision in den letzten 12 Monaten und HI hatte ($r=-.248$, $p=.035$, $N=73$). Die tiefenpsychologische Schulrichtung ($r=-.112$, $p=.604$, $N=24$) und die psychoanalytische

Schulrichtung ($r=.022$, $p=.92$, $N=24$) zeigten keinen Einfluss auf die Beziehung. Des weiteren zeigte sich, dass die Verhaltenstherapie ($r=.196$, $p=.092$, $N=75$), die Tiefenpsychologie ($r=.111$, $p=.615$, $N=23$) und die Psychoanalyse ($r=.086$, $p=.657$, $N=29$) keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Intervention und HI hatte. Außerdem zeigte sich, dass die Verhaltenstherapie ($r=.218$, $p=.069$, $N=70$) und die Psychoanalyse ($r=-.227$, $p=.336$, $N=20$) keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Selbsterfahrung und HI hatte. Jedoch hat die Tiefenpsychologie einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme von Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten und HI ($r=-.408$, $p=.043$, $N=25$).

Da die Verhaltenstherapie einen signifikanten Einfluss auf die Beziehung zwischen Inanspruchnahme von Supervision in den letzten 12 Monaten und HI zeigte und die Tiefenpsychologie einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme von Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten und HI hatte, wurde dies mithilfe einer Regressionsanalyse weiter analysiert.

Dabei ergibt sich ein schwacher negativen linearer Einfluss der Verhaltenstherapie auf die Beziehung zwischen Inanspruchnahme von Supervision in den letzten 12 Monaten und HI ($R^2=.061$, $p=.035$), wie man auch im Diagramm 4 sehen kann.

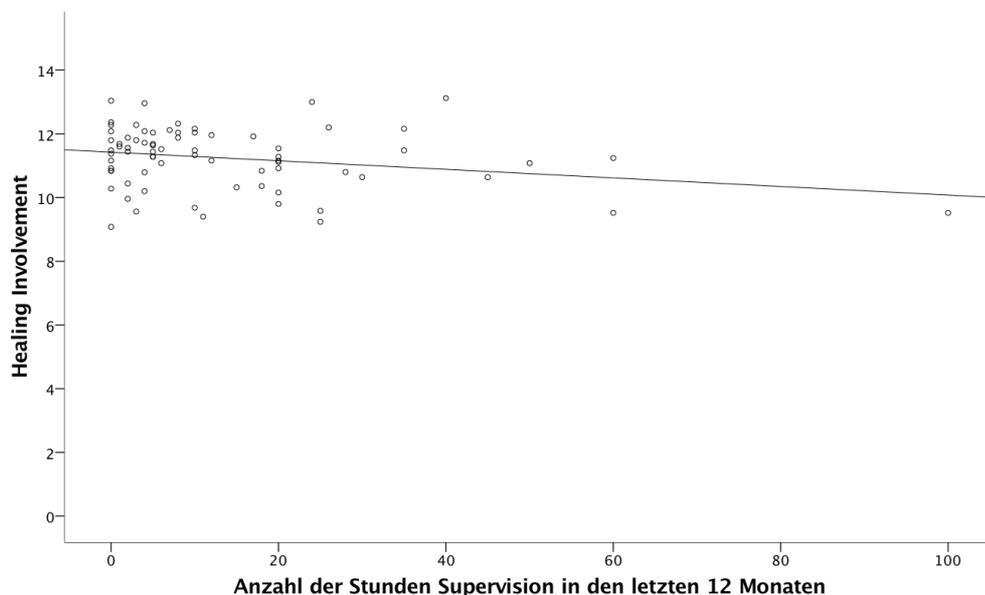


Diagramm 4. Streudiagramm mit Regressionsgerade für die Gruppe der Verhaltenstherapeuten

Zudem zeigt sich ein schwacher linearer Einfluss der Tiefenpsychologie auf die Inanspruchnahme von Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten und HI ($R^2=.061$, $p=.043$). Dies kann zudem im Diagramm 5 betrachtet werden.

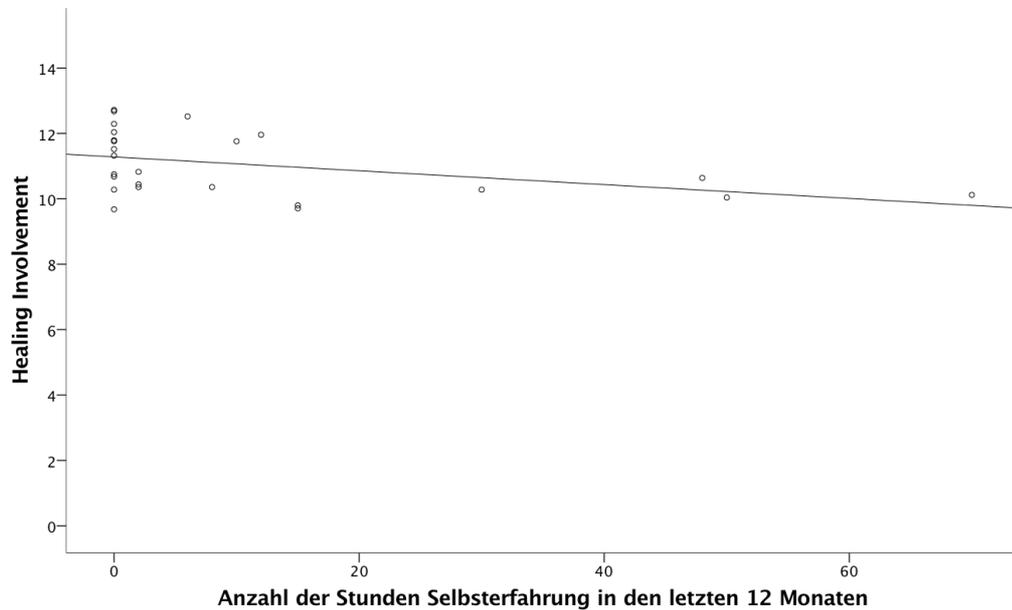


Diagramm 5. Streudiagramm mit Regressionsgerade für die Gruppe der Tiefenpsychologen

13.6 Analysieren von H4

H4: Die Schulrichtung hat einen Einfluss auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten und SI.

Eine Pearson Korrelation zeigte, dass es keine signifikante Korrelation zwischen der Inanspruchnahme von Supervision während der letzten 12 Monate und SI gibt ($r=.126$, $p=.166$, $N=123$). Weiterhin wurde gezeigt, dass es keine signifikante Korrelation zwischen der Inanspruchnahme von Intervision und SI gibt ($r=-.011$, $p=.9$, $N=129$). Zuletzt wurde gezeigt, dass es keine signifikante Beziehung zwischen der Inanspruchnahme von Selbsterfahrung und SI gibt ($r=.025$, $p=.789$, $N=117$).

Um zu analysieren, ob sich diese Beziehungen mit Einbezug der verschiedenen Schulrichtungen verändern, wurde eine bivariate Korrelation gruppiert nach Schulrichtungen durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass die

verhaltenstherapeutische Schulrichtung keinen Einfluss auf die Beziehung zwischen Inanspruchnahme von Supervision und SI hatte ($r=.165$, $p=.163$, $N=73$). Das gleiche gilt für die tiefenpsychologische Schulrichtung ($r=.125$, $p=.560$, $N=24$) und die psychoanalytische Schulrichtung ($r=-.032$, $p=.881$, $N=24$). Zudem zeigte sich, dass die Verhaltenstherapie ($r=-.074$, $p=.527$, $N=75$), die Tiefenpsychologie ($r=.222$, $p=.309$, $N=23$) und die Psychoanalyse ($r=.311$, $p=.100$, $N=29$) keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Intervention und SI hatte. Außerdem zeigte sich, dass die Verhaltenstherapie ($r=-.008$, $p=.948$, $N=70$), die Tiefenpsychologie ($r=.132$, $p=.529$, $N=25$) und die Psychoanalyse ($r=-.049$, $p=.837$, $N=20$) keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Selbsterfahrung und SI hatte.

13.7 Analysieren von H5

H5: Die Schulrichtung hat einen Einfluss auf die Beziehung zwischen Therapeuten-Stil und HI.

Eine Pearson Korrelation wurde durchgeführt um die Beziehung zwischen Therapeuten Stil und HI zu analysieren. Dabei fand sich eine positive Korrelation zwischen dem Therapeuten-Stil akzeptierend und HI ($r=.447$, $p<.05$, $N=132$). Zudem wurde eine positive Korrelation zwischen engagiert und HI gefunden ($r=.484$, $p<.05$, $N=134$), effizient und HI ($r=.237$, $p=.006$, $N=133$), freundlich und HI ($r=.351$, $p<.05$, $N=134$), intuitiv und HI ($r=.322$, $p<.05$, $N=134$), beteiligt und HI ($r=.415$, $p<.05$, $N=134$), systematisch und HI ($r=.324$, $p<.05$, $N=133$), geschickt und HI ($r=.358$, $p<.05$, $N=132$), feinsinnig und HI ($r=.431$, $p<.05$, $N=132$), tolerant und HI ($r=.345$, $p<.05$, $N=134$) sowie warmherzig und HI ($r=.507$, $p<.05$, $N=133$). Eine negative Korrelation wurde zwischen distanziert und HI festgestellt ($r=-.173$, $p=.046$, $N=133$).

Des Weiteren wurde eine multiple Regressionsanalyse durchgeführt um zu ermitteln welcher Therapeutenstil den größten Einfluss auf HI hat. Dazu wurde ein lineares Modell für HI entwickelt. Deshalb wurden alle unabhängigen Variablen, die eine signifikante Korrelation aufwiesen in das Modell mit aufgenommen und anschließend schrittweise unabhängige Variablen

entfernt, die nicht signifikant zum Modell beitragen. Dadurch entstand folgendes Modell für HI:

HI = 4.338 + .34*akzeptierend + .316*engagiert + .231*effizient +
.381*intuitiv + .421*beteiligt + .167*systematisch + .288*
geschickt + .263*feinsinnig + .262*tolerant + .346*warmherzig
F(10, 114) = 31.507, p < .0005, R² = .734. Alle zehn Variablen trugen
signifikant zum Modell bei, p < .05.

Nun wurde analysiert, ob die verschiedenen Schulrichtungen einen Einfluss auf die gefundenen Korrelationen hatten. Dabei zeigte sich, dass innerhalb der Gruppe der Verhaltenstherapeuten eine positive Korrelation zwischen akzeptierend und HI (r=.531, p<.05, N=76), engagiert und HI (r=.509, p<.05, N=76), freundlich und HI (r=.279, p=.015, N=76), intuitiv und HI (r=.420, p<.05, N=76), beteiligt und HI (r=.366, p=.001, N=76), systematisch und HI (r=.340, p=.003, N=76), geschickt und HI (r=.285, p=.013, N=76), feinsinnig und HI (r=.406, p<.05, N=76), tolerant und HI (r=.373, p=.001, N=76) sowie warmherzig und HI (r=.487, p<.05, N=76) gefunden wurde. Zudem wurde innerhalb der Gruppe der Verhaltenstherapeuten eine negative Korrelation zwischen distanziert und HI (r=-.286, p=.012, N=76) gefunden. Innerhalb der tiefenpsychologischen Gruppe fanden sich positive Korrelationen zwischen akzeptierend und HI (r=.479, p=.013, N=26), engagiert und HI (r=.396, p=.041, N=26), freundlich und HI (r=.449, p=.019, N=27), beteiligt und HI (r=.561, p=.002, N=27) sowie feinsinnig und HI (r=.610, p=.001, N=26). Zuletzt fanden sich innerhalb der psychoanalytischen Gruppe positive Korrelationen zwischen engagiert und HI (r=.527, p=.003, N=29), freundlich und HI (r=.463, p=.011, N=29), beteiligt und HI (r=.580, p=.001, N=29), systematisch und HI (r=.402, p=.031, N=29), geschickt und HI (r=.622, p<.05, N=29), feinsinnig und HI (r=.496, p=.007, N=28) sowie warmherzig und HI (r=.703, p<.05, N=29). Zuletzt wurde eine multiple Regressionsanalyse durchgeführt und drei lineare Modelle, die zwischen den verschiedenen Schulrichtungen unterschieden, für HI entwickelt:

$$HI_{VT} = 4.803 + .295*akzeptierend + .413*engagiert + .455*intuitiv + \\ 282*beteiligt + .223*systematisch + .282*feinsinnig + \\ .406*tolerant + .383*warmherzig$$

$F(8, 66) = 23.134, p < .0005, R^2 = .737$. Alle acht Variablen trugen signifikant zum Modell bei, $p < .05$.

$$HI_{TP} = 7.324 + .738*beteiligt + .867*feinsinnig$$

$F(2, 23) = 17.686, p < .0005, R^2 = .606$. Alle zwei Variablen trugen signifikant zum Modell bei, $p < .05$.

$$HI_{PA} = 5.511 + .793*engagiert + .472*systematisch + \\ 1.173*warmherzig$$

$F(3, 25) = 21.478, p < .0005, R^2 = .720$. Alle drei Variablen trugen signifikant zum Modell bei, $p < .05$.

13.8 Analysieren von H6

H6: Die Schulrichtung hat einen Einfluss auf die Beziehung zwischen Therapeuten-Stil und SI.

Eine Pearson Korrelation wurde durchgeführt um die Beziehung zwischen Therapeuten Stil und SI zu analysieren. Dabei fand sich eine positive Korrelation zwischen vorsichtig und SI ($r=.212, p=.014, N=133$). Zudem wurden negative Korrelation zwischen dem Therapeuten-Stil akzeptierend und SI ($r=-.176, p=.043, N=132$), effizient und SI ($r=-.400, p<.05, N=133$) sowie geschickt und SI ($r=-.290, p=.001, N=132$) gefunden.

Wie in H5 wurde nun auch hier eine multiple Regressionsanalyse durchgeführt und ein lineares Modell für SI entwickelt:

$$SI = 5.968 - .653*effizient - .395*geschickt$$

$F(2, 128) = 15.222, p < .0005, R^2 = .192$. Diese zwei Variablen trugen signifikant zum Modell bei, $p < .05$.

Des Weiteren wurde analysiert, ob die verschiedenen Schulrichtungen einen Einfluss auf die gefundenen Korrelationen hatten. Dabei zeigte sich, dass innerhalb der Gruppe der Verhaltenstherapeuten eine positive Korrelation zwischen dem Therapeuten-Stil vorsichtig und SI ($r=.274$, $p=.017$, $N=76$) gefunden wurde. Zudem wurden innerhalb dieser Gruppe negative Korrelationen zwischen akzeptierend und SI ($r=-.230$, $p=.046$, $N=76$), effizient und SI ($r=-.442$, $p<.05$, $N=76$), freundlich und SI ($r=-.245$, $p=.033$, $N=76$), systematisch und SI ($r=-.250$, $p=.029$, $N=76$) sowie geschickt und SI ($r=-.241$, $p=.037$, $N=75$) ermittelt.

Innerhalb der tiefenpsychologischen Gruppe wurde eine positive Korrelation zwischen freundlich und SI ($r=.394$, $p=.042$, $N=27$) festgestellt. Zuletzt wurde innerhalb der psychoanalytischen Gruppe negative Korrelationen zwischen akzeptierend und SI ($r=-.384$, $p=.044$, $N=28$), engagiert und SI ($r=-.373$, $p=.046$, $N=29$), effizient und SI ($r=-.486$, $p=.009$, $N=28$), beteiligt und SI ($r=-.446$, $p=.015$, $N=29$) sowie feinsinnig und SI ($r=-.395$, $p=.038$, $N=28$) gefunden.

Zuletzt wurde eine multiple Regressionsanalyse durchgeführt und drei lineare Modelle, die zwischen den verschiedenen Schulrichtungen unterschieden, für SI entwickelt:

$$SI_{VT} = 6.630 - .763*\text{effizient} - .513*\text{freundlich}$$

$F(2, 73) = 13.29$, $p < .0005$, $R^2 = .267$. Diese zwei Variablen trugen signifikant zum Modell bei, $p < .05$.

$$SI_{TP} = 2.283 + .892*\text{freundlich}$$

$F(1, 25) = 4.596$, $p = .042$, $R^2 = .155$. Diese Variable trug signifikant zum Modell bei, $p < .05$.

$$SI_{PA} = 9.418 - 1.007*\text{effizient} - 1.334*\text{beteiligt}$$

$F(2, 25) = 12.112$, $p < .0005$, $R^2 = .492$. Diese zwei Variablen trugen signifikant zum Modell bei, $p < .05$.

14 Diskussion

Diese Studie stellte die Hypothese auf, dass die therapeutische Schulrichtung die Beziehung zwischen der Inanspruchnahme von Supervision, Intervision sowie Selbsterfahrung während der gesamten therapeutischen Laufbahn und HI beeinflusst. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Zudem wurde angenommen, dass die therapeutische Schulrichtung die Beziehung zwischen der Inanspruchnahme von Supervision, Intervision sowie Selbsterfahrung während der gesamten therapeutischen Laufbahn und SI beeinflusst. Auch diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Dabei ist interessant zu beobachten, dass schon zwischen der Inanspruchnahme von Supervision, Intervision sowie Selbsterfahrung während der gesamten therapeutischen Laufbahn und HI bzw. SI kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden konnte und darüber hinaus dann auch kein Einfluss der Schulrichtungen.

Der Grund für dieses Ergebnis könnte im Zusammenhang mit der Stichprobe stehen. Da die durchschnittlichen Berufsjahre bei 19,4 Jahren liegen, kann davon ausgegangen werden, dass die meisten Teilnehmer der Studie nicht mehr am Anfang ihrer Karriere stehen, sondern schon viele Jahre als Psychotherapeuten arbeiten.

Zudem wurde gezeigt, dass die Gesamtzahl der Supervisionsstunden mit der Anzahl der Berufsjahre für alle Schulrichtungen abnahm sowie die Selbsterfahrungsstunden von tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten und Psychoanalytikern signifikant abnahm, je mehr Berufsjahre absolviert wurden. Daraus könnte gefolgert werden, dass bei dieser Stichprobe die meisten Psychotherapeuten nicht mehr an vielen Supervisions- und Selbsterfahrungsstunden teilnehmen und deshalb kein Einfluss auf HI und SI zu finden ist. Deshalb war es umso wichtiger zu analysieren, ob die Schulrichtungen einen Einfluss haben auf die Inanspruchnahme von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit HI (H3) bzw. SI (H4). Für HI konnte die Hypothese teilweise bestätigt werden, für SI konnte die Hypothese nicht bestätigt werden.

Dabei zeigte sich, dass die verhaltenstherapeutische Schulrichtung einen negativen signifikanten Einfluss auf die Beziehung zwischen Inanspruchnahme von Supervision in den letzten 12 Monaten und HI hatte. Dies bedeutet, je mehr Supervisionsstunden von Verhaltenstherapeuten absolviert wurden in den letzten 12 Monaten, desto geringer war ihre empfundene Sicherheit während der Therapie (HI). Daraus könnte sich schließen lassen, dass besonders Verhaltenstherapeuten vermehrt Hilfe innerhalb der Supervision suchen, wenn sie problematische Therapiesituationen erleben. Zudem ist fragwürdig, warum dieser Effekt nur bei den Verhaltenstherapeuten auftaucht. Entweder nehmen die anderen beiden Schulrichtung die Supervision als weniger hilfreich wahr und wenden sich eher anderen Methoden zu, es ist aber auch möglich, dass Verhaltenstherapeuten mit „schwierigeren“ Patienten zusammenarbeiten und deshalb mehr Unterstützung suchen und brauchen. Jedoch zeigte sich für Tiefenpsychologen ein negativer signifikanter Einfluss auf die Inanspruchnahme von Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten und HI. Dieser Effekt könnte darauf hinweisen, dass sich Verhaltenstherapeuten eher an ihre Supervisoren wenden, wenn sie Hilfestellung innerhalb der Therapie benötigen, wogegen Tiefenpsychologen sich eher an ihre Lehrtherapeuten wenden könnten. Da innerhalb der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeutenausbildung der Lehranalyse ein besonders wichtiger Stellenwert beigemessen wird und die Beziehung zum Lehranalytiker sehr intensiv ist, ist es wahrscheinlich, dass auch bei Problemen eher der Lehranalytiker als der Supervisor befragt wird (Schindler, 1994).

Zudem könnten diese verschiedenen Herangehensweisen auch auf die grundlegend unterschiedliche Therapieanschauung der beiden Schulrichtungen zurückgeführt werden. So könnte es sein, dass der Verhaltenstherapeut dem falsch gewählten Therapieansatz die Schuld an der problembehafteten Therapie gibt und deshalb durch die Supervision mit erfahreneren Kollegen neue Ansätze sucht. Dagegen könnte der Tiefenpsychologe eher die Tendenz haben, die Probleme durch Übertragungs- und Gegenübertragungs-Arbeit bei sich selbst zu suchen und sich deshalb an den Lehranalytiker zu wenden, um eigene unbewusste Regungen, Motivationen und Konflikte zu untersuchen und zu bearbeiten. Jedoch ist fragwür-

dig, warum dieser Effekt bei den Psychoanalytikern, die während ihrer Ausbildung eine noch intensivere Lehranalyse durchleben, nicht auftritt (DPG, 2015).

Zudem finden sich auch keine solchen Zusammenhänge für SI und die gefundenen Zusammenhänge für HI sind eher schwach. Dies könnte zurück zu führen sein auf einen Faktor, der für die ganze Arbeit gilt: Die enge Verteilung der HI und SI Werte. So zeigt sich bei den Teilnehmern ein Durchschnittswert von 11.1 (Range: 0-15, SD=1.0, Min=8.2, Max=13.1) für HI und 4.0 (Range: 0-15, SD=1.2, Min=1.4, Max=7.0) für SI. Dies bedeutet, dass sich die meisten der Teilnehmer hoch bewerteten in HI und niedrig in SI, so dass die Stichprobe kaum Therapeuten beinhaltet, die das Gefühl hatten, Probleme in ihrer therapeutischen Arbeit zu erleben. Dies könnte zum einen damit zu tun haben, dass die Durchschnittsarbeitsjahre der Stichprobe sehr hoch liegt und mit mehr Erfahrung auch ein Gefühl von mehr Sicherheit während der Therapie einhergehen könnte, jedoch könnte ein weiterer Faktor sein, dass Psychotherapeuten, die Schwierigkeiten während ihres Arbeitsalltags erleben, vielleicht nicht bereit sind, sich dies einzugestehen oder sogar Fragebögen dazu vermeiden. Zudem wurde der Fragebogen durch die Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg übermittelt, was zusätzlich dazu führen könnte, dass Therapeuten, die große Schwierigkeiten während ihrer Arbeit empfinden, nicht bereit sind, dies gegenüber der Psychotherapeutenkammer zuzugeben, auch wenn eine Anonymisierung zugesichert wurde. Sie könnten Angst haben, dass dies zu negativen beruflichen Konsequenzen führen könnte. Auch die Rücklaufquote von 6% könnte für diesen Faktor sprechen. Zudem könnten die eng begrenzten HI und SI-Werte auch einen Einfluss darauf gehabt haben, dass kein signifikanter Effekt für Intervention gefunden wurde. Jedoch könnte man auch schlussfolgern, dass Intervention, im Gegensatz zu Supervision und Selbsterfahrung, keinen wirklichen Zusammenhang mit HI und SI hat. Ein Grund könnte sein, dass Intervention meistens im Zusammenhang mit der Arbeit in interdisziplinären Teams angeboten wird und deshalb zum Pflichtprogramm in vielen stationären Einrichtungen gehört. Dadurch besuchen viele Therapeuten die Intervention nicht, um Hilfe in konkreten schwierigen Therapiesituationen zu suchen,

sondern sich auszutauschen und dadurch neue Blickwinkel zu erlangen für ihre therapeutische Arbeit. Zudem ist Intervision schulübergreifend und damit von einem Einfluss der Schulrichtungen eher ausgenommen.

Zudem wurde angenommen, dass die Schulrichtung einen Einfluss hat auf die Beziehung zwischen Therapeuten-Stil und HI bzw. SI. Diese beiden Hypothesen konnten bestätigt werden. So ergab sich, dass Tiefenpsychologen, die ihren Therapeutenstil als beteiligt und feinsinnig einschätzen mehr HI während der Therapie zeigten. Dagegen hatten bei Psychoanalytikern die Therapeutenstile engagiert, systematisch und warmherzig den größten Effekt auf HI. Die Verhaltenstherapeuten zeigten die meisten Therapeutenstile in Zusammenhang mit HI. Zu den 5 Therapeutenstilen, die schon bei Tiefenpsychologen und Psychoanalytikern signifikant waren, kamen noch akzeptierend, intuitiv und tolerant hinzu. Dabei zeigten alle drei Schulrichtungen verschiedene Therapeutenstile, die positive Eigenschaften sind, um die Patienten-Therapeuten Beziehung zu stärken. Dass bei den Verhaltenstherapeuten mehr Therapeutenstile zum HI Modell beitragen, als bei den anderen beiden Schulrichtungen, könnte vor allem mit der Verteilung der Stichprobe zu tun haben. So gab es für die Auswertung relativ kleine Gruppen von Tiefenpsychologen (N=27) und Psychoanalytikern (N=29) gegenüber Verhaltenstherapeuten (N=76), was zu weniger unabhängigen Variablen im Modell führte.

Des Weiteren zeigten Verhaltenstherapeuten, die ihren eigenen Therapeutenstil als weniger effizient und weniger freundlich einschätzten, mehr stressful involvement. Auch bei Psychoanalytikern führt weniger Effizienz zu höherem SI, jedoch hat bei ihnen auch weniger Beteiligung eine steigernde Wirkung. Interessanterweise zeigten Tiefenpsychologen, die ihren Therapeutenstil als freundlicher einschätzten, mehr stressful involvement. Wobei Verhaltenstherapeuten und Psychoanalytikern höhere positive Eigenschaften zu weniger SI führen, hat bei Tiefenpsychologen eine eigentlich positive Eigenschaft eine negative Auswirkung auf die Patienten-Therapeuten Beziehung. Wenn der Therapeut jedoch das Gefühl hat immer freundlich sein zu müssen, könnte dies dazu führen, dass er/sie als eine Art Abwehrmechanismus überfreundlich werden könnte. Dadurch könnte er/sie vermeiden sich mit der wirklichen Proble-

matik innerhalb der Therapeuten-Klienten Beziehung auseinandersetzen zu müssen, was jedoch im Endeffekt zu mehr SI führen könnte. Insgesamt litten aber auch diese Ergebnisse unter den eng verteilten HI und SI Werten.

Deshalb wäre es für weitere Studien zum einen sinnvoll die Gruppen gleichmäßiger zu verteilen und zum anderen eine Stichprobe zu finden, die eine bessere Verteilung von HI und SI Werten zeigt. Dafür müsste vor allem die Rücklaufquote verbessert werden und das Vertrauensverhältnis gestärkt werden, so dass auch Psychotherapeuten an diesen Umfragen teilnehmen, die Schwierigkeiten in ihrer therapeutischen Arbeit empfinden. Zudem wäre es für weiterführende Forschung auch interessant noch andere Schulrichtungen, wie die systemische Therapie, inkludieren zu können. Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass diese Studie gezeigt hat, dass die therapeutische Schulrichtung nur teilweise einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Supervision und Selbsterfahrung in Zusammenhang mit HI hat. Für SI konnte dieser Effekt nicht gezeigt werden, was aber eher mit der Tatsache zu tun hatte, dass es kaum Teilnehmer gab, die Schwierigkeiten während der Therapiearbeit empfanden. Zudem konnten keine Effekte für die Intervision gefunden werden. Dagegen haben bestimmte Therapeutenstile über alle Schulrichtungen hinweg einen Einfluss auf HI und SI.

15 Referenzen

- Agnew, T., Vaught, C. C., Getz, H. G., & Fortune, J. (2000). Peer group clinical supervision program fosters confidence and professionalism. *Professional School Counseling*, 4(1), 6.
- Ahlers, C. (1996). Selbsterfahrung in der systemischen Ausbildung. *Psychotherapie-Forum*, 4, 217-222.
- Akhurst, J., & Kelly, K. (2006). Peer Group Supervision as an Adjunct to Individual Supervision: Optimising Learning Processes during Psychologists' Training. *Psychology Teaching Review*, 12(1), 3-15.
- Allen, G. J., Szollos, S. J. & Williams, B. E. (1986). Doctoral students' comparative evaluations of best and worst psychotherapy supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 91-99.
- Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. New York: WW Norton & Co.
- Argelander, H. (1980). Die Struktur der Beratung unter Supervision. *Psyche*, 34(1), 54-77.
- Balint, M. (1947). *Über das psychoanalytische Ausbildungssystem*. In: M. Balint (Hrsg), *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*. Wien: Huber-Klett.
- Bauriedel, T. (1986). *Supervision und Psychoanalyse: Plädoyer für eine emanzipatorische Reflexion in den helfenden Berufen*. München: Kösel-Verlag.
- Belardi, N. (2002). *Supervision: Grundlagen, Techniken, Perspektiven*. München: C.H. Beck.
- Beutler, L.E., Machado, P.P., & Allstedter-Neufeld, S. (1994). *Therapist Variables*. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Hrsg.). *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (S. 229-269). New York: John Willey and Sons.

- Beutler, L. E., & Howard, M. (2003). Training in psychotherapy: why supervision does not work. *Clinical Psychology*, 56, 12-16.
- Bowen, M. (1993). *Family therapy in clinical practice*. Lanham: Jason Aronson.
- Bruch, M. H. (1996). *Was bringt die Zukunft?* In M. Bruch & N. Hoffmann (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* (S. 247-270). Heidelberg: Springer.
- Butschek, C. & Werdigier, R. (1994). *Therapeuten unterliegen den Lernprinzipien ebenso wie Patienten - Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie*. In A. R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 171-180). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Carroll, M., & Holloway, E. (1998). *Counselling supervision in context*. Los Angeles: Sage.
- Caspar, F. (1998). *Selbsterfahrung und Psychotherapie als kreatives Handeln*. In H. Lieb (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten* (S. 69-90). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- C.G. Jung Institut Stuttgart (2015). *Aus- und Weiterbildung*. Abgerufen von <http://www.cgjung-stuttgart.de/Ausbildung-Analytische-Psychotherapie>.
- Counselman, E. F. & Weber, R. L. (2004). Organizing and maintaining peer supervision groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 54, 125–143.
- Dick, M., & Wasian, F. (2011). Kollegiale Visitationen als Methode reflexiver professioneller Entwicklung. *Organisationsberatung Supervision Coach*, 18, 49-65.
- Diesinger, I., & Mehring, G. (1996). *Aus- und Weiterbildung in Verhaltenstherapie an anerkannten Instituten*. na.

- Dobernig, E., & Laireiter, A. R. (2000). *Where do behavior therapists take their troubles?* III. Befunde zu Häufigkeit, Art und Nutzen von Selbsterfahrung und Eigentherapie von Teilnehmern und Absolventen verhaltenstherapeutischer Ausbildung. Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie–Empirische Befunde. Tübingen: DGVT-Verlag, 417-456.
- Donnellan, P. (1981). *Supervision in Groupwork*. In S. Martel (ed.), *Supervision and Team Support*. London: Bedfords Square Press NCVO.
- Doppler, K., & Lauterburg, C. (1994). *Change Management: den Unternehmenswandel gestalten*. Frankfurt: Campus Verlag.
- DPG (2015). *Unsere Ausbildungsangebote im Überblick*. Abgerufen von <http://dpg-frankfurt.de/ausbildung/psychologen.html>.
- Fallner, U., & Grässlin, M. (1990). *Kollegiale Beratung. Einführung in die Systematik partnerschaftlicher Reflexionsverfahren*. Minden: Ursel Busch Verlag.
- Fatzer, G. (2008). *Supervision und Beratung*. Köln: EHP Edition Humanistische Psychologie.
- Fengler, J., Sauer, S., & Stawicki, C. (1994). *Peer-Group-Supervision*. Handbuch der Supervision, Bd. 2, 188-198.
- Freitas, G. J. (2002). The impact of psychotherapy supervision on client outcome: A critical examination of 2 decades of research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(4), 354.
- Freud, A. (1970). Probleme der Lehranalyse. *Psyche*, 24(8), 565-576.
- Freud, S. (1996). *Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung*. In *Gesammelte Werke: VIII: Chronologisch Geordnet*. (pp. 376-387).

- Fürstenau, P. (1977). *Praxeologische Grundlagen der Psychoanalyse*. Handbuch der Psychologie, Bd. 8(1), 847-888.
- Grawe, K. (1992). *Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung*. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 215-244). München: Röttger.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hawkins, P. ,& Shohet, R. (1992). *Supervision in the Helping Professions*. Philadelphia: Open University Press.
- Hippler, B. (1994). *Personorientierte Selbsterfahrung in der Ausbildung zur VerhaltenstherapeutIn: Theoretische Grundlagen*. In A. R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 32-44). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Hopffgarten v. Laer, A. ,& Mempel, S. (1998). Evaluation der verhaltenstherapeutischen Ausbildung am Institut für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie (IFKV), Bad Dürkheim. *Verhaltenstherapie*, 8, 259-262.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. ,& Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kernberg, O. (1984). *Veränderungen in der Natur der psychoanalytischen Ausbildung, ihrer Struktur und ihrer Standards*. In R. S. Waflerstein (Hg.). *Schriftenreihe der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung*, Bd. 4, 59-65.
- Klicpera, Ch. (1997). *Ausbildung in systemischer Familientherapie: Qualität und wirksame Faktoren im Urteil der Absolventen*. In M. Scholze, B. Rauscher-Gföhler & Ch. Klipcera (Hrsg.), *Unterwegs in der systemischen Familientherapie: Reflexionen und Beispiele* (S. 182-210). Wien: Facultas.

- Krüll, M. (1992). *Die epistemologische Herausforderung des feministischen und des systemischen Denkens*. In I. Rücker-Embsen-Jonasch & A. Ebbecke-Nohlen (Hrsg.), *Balanceakte* (S. 16-33). Heidelberg: Carl Auer.
- Kühl, S. (2008). Die Professionalisierung der Professionalisierer?. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 15(3), 260-294.
- Kutter, P. (1983). Psychoanalytische Supervisions-Gruppen an der Hochschule. *Psyche*, 37(3), 237-253.
- Laireiter, A. R. (1994). *Zum gegenwärtigen Stand der Implementierung von Selbsterfahrung in deutschsprachige Ausbildungscurricula in Verhaltenstherapie*. In A. R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 201-226). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (1997). *The effectiveness of psychotherapy supervision*. *Handbook of Psychotherapy Supervision*, 421-446.
- Lange, A. (1994). Nicht-schulenspezifische Faktoren und die Pflicht zur Lehrtherapie: Eine kritische Auseinandersetzung. *Psychologische Rundschau*, 45, 148-156.
- Lieb, H. (1998). Veränderungen und Wirkvariablen in der Selbsterfahrung aus Sicht der Teilnehmer: Resultate einer Evaluationsstudie. *Verhaltenstherapie*, 8, 270-278.
- Lieb, H. (2000). *Evaluationsstudie IFKV Bad Dürkheim: Veränderung durch Selbsterfahrung – Wirkvariablen der Selbsterfahrung*. In A. R. Laireiter (Hrsg.): *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Empirische Befunde*. Forum 42. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Linden, M., & Langhoff, C. (2010). Verhaltenstherapie - Kompetenz-Checkliste: Kompetenzerfassung, Qualitätssicherung und Supervision. *Psychotherapeut*, 55, 477-484.

- Lutz, R. (1981). Verhaltenstherapeutisch fundierte Selbsterfahrung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 13, 608-618.
- Manteufel, A. ,& Schiepek, G. (1994). *Kontextbezogene Selbsterfahrung und Systemkompetenz. Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie*. Tübingen: DGVT-Verlag, 57-79.
- Mehr, K. E., Ladany, N. ,& Caskie, G. I. (2010). Trainee nondisclosure in supervision: What are they not telling you?. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(2), 103-113.
- Minuchin, P. (1985). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 289-302.
- Nübling, R. (2012). Noch einmal (und immer wieder): Die Psychotherapie braucht (eine gute, kontinuierliche, überregionale, substanzielle, ...) Versorgungsforschung. *Psychotherapeutenjournal*, 11, 235-240.
- Oberhoff, B. (2000). *Übertragung und Gegenübertragung in der Supervision: Theorie und Praxis*. Münster: Daedalus-Verlag.
- Ochs, M., Bleichhardt, G., Klasen, J., Mößner, K., Möller, H. ,& Rief, W. (2012). Praktiken und Erleben von Supervision/Intervision von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Ergebnisse einer Mitgliederbefragung der Psychotherapeutenkammer Hessen. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 216-222.
- Orlinsky, D. E. ,& Howard, K. I. (1978). *The relation of process to outcome in psychotherapy. Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Orlinsky, D., Ambühl, H., Rønnestad, M., Davis, J., Gerin, P., Davis, M. ,& SPR Collaborative Research Network. (1999). Development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research*, 9(2), 127-153.

- Orlinsky, D., Rønnestad, M. H., Ambühl, H., Willutzki, U., Botersman, J. F., Cierpka, M., & Davis, M. (1999). Psychotherapists' assessments of their development at different career levels. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(3), 203.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop. A study of therapeutic work and professional growth*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Petzold, H. (1998). *Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung: Modelle und Methoden reflexiver Praxis; ein Handbuch*. Paderborn: Junfermann-Verlag.
- Petzold, H. G., Hass, W., & Märtens, M. M. (1998). *Qualitätssicherung durch Evaluation in der Psychotherapie-Ausbildung: Ein Beitrag aus dem Bereich der Integrativen Therapie*. In A. R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Ein Werkstattbuch* (S. 683-711). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Pühl, H. (1988). *Team-Supervision - Von der Subversion zur Institutionsanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pühl, H. (1990). *Handbuch der Supervision: Beratung und Reflexion in Ausbildung, Beruf und Organisation*. Berlin: Ed. Marhold im Wiss.-Verlag Spiess.
- Rimmasch, T. (2003). *Kollegiale Fallberatung—was ist das eigentlich? Grundlagen, Herkunft, Einsatzmöglichkeiten des Verfahrens*. In H. W. Franz & R. Kopp (Hrsg.), *Kollegiale Fallberatung. State of the Art und organisationale Praxis* (S. 17-51). Köln: EHP.
- Ringler, M. (1996). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Was sagt die Psychoanalyse?* In M. Bruch & N. Hoffmann (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* (S. 23-35). Heidelberg: Springer.

- Rønnestad, M. ,& Orlinsky, D. (2006). Therapeutische Arbeit und berufliche Entwicklung. Hauptergebnisse und praktische Implikationen einer internationalen Langzeitstudie. *Psychotherapeut*, 51, 271 – 275.
- Rotering-Steinberg, S. (1983). *Anleitungen zum Selbsttraining für Lehrergruppen: Entwicklung und Evaluation eines Programms zur Kommunikation, Praxisberatung und Selbstkontrolle*. Landsberg: Beltz.
- Rotering-Steinberg, S. (1990). *Ein Modell kollegialer Supervision. Handbuch der Supervision*. Berlin: Wissenschaftsverlag V. Spiess.
- Rücker-Embden-Jonasch, I. (1993). Selbsterfahrung in der familientherapeutischen Weiterbildung. *Kontext*, 23, 36-45.
- Rzepka-Meyer, U. (1997). *Supervision von Verhaltenstherapien. Eine Längsschnittstudie zur Entwicklung von Therapeuten*. Wiesbaden: Deutsche Universitäten Verlag.
- Sachse, R. (2006). *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*. Lengerich: Pabst Science Publisher.
- Schindler, R. (1994). *Die Lehranalyse im Lichte der schulischen Entwicklung der Psychotherapie*. In R. Frühmann & H. Petzold (Hrsg). *Lehrjahre der Seele: Lehranalyse, Selbsterfahrung, Eigentherapie in den psychotherapeutischen Schulen*. Paderborn: Junfermann-Verlag.
- Schmelzer, D. (1996). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie - Grundforderndnis, Luxus oder notwendiges Übel?* In M. Bruch & N. Hoffmann (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* (S. 125-194). Berlin: Springer.
- Schmelzer, D. (1997). *Verhaltenstherapeutische Supervision: Theorie und Praxis*. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Schmidbauer, W. ,& Pühl, H. (1991). *Supervision und Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: Fischer-Verlag.

- Schön, K. (2001). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung: Prozess-und Ergebnisqualität aus Sicht der Teilnehmer/innen*. Unpublished Doctoral Dissertation, Justus-Liebig-Universität, Gießen.
- Schön, K., Frank, R. ,& Vaitl, D. (1998). Wenn Ausbildungsteilnehmerinnen und –teilnehmer mit ihrer Selbsterfahrung zufrieden sind: Zum prognostischen Aussagewert der Zufriedenheitsbeurteilung. *Verhaltenstherapie*, 8, 279-285.
- Seipel, K. H. ,& Döring-Seipel, E. (1998). *Wem oder was nützt Selbsterfahrung. Von den Schwierigkeiten mit der Lernzielkontrolle*. In H. Lieb (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten: Konzepte, Praxis, Forschung*. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Sipos, V. (2001). *Effekte von Supervision auf Therapieprozess und Therapieergebnis bei der Behandlung von Patientinnen mit Anorexia nervosa. Ein Beitrag zur Supervisionsforschung*. Dissertation in der Fakultät für Pädagogik, Philosophie und Psychologie der Otto-Friedrich-Universität Bamberg.
- Streeck, U. ,& Werthmann, H. V. (1992). *Lehranalyse und psychoanalytische Ausbildung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Thiel, H. U. (1994). *Professionelle und kollegiale Supervision–Begründung und Praxis ihrer Kombination*. Handbuch der Supervision Bd. 2, 199-211.
- Thiel, H. U. (2000). *Zur Verknüpfung von kollegialer und professioneller Supervision*. Handbuch der Supervision. Bd. 2(2), 184-200.
- Tiepmar, K. (1994). *Entwicklung, Erprobung und Evaluation einer Aus- bzw. Fortbildungskonzeption für Sonderschullehrer aus den Gebieten der kooperativen Beratung und kollegialen Unterstützung*. Unveröffentlichte Dissertation: Universität Rostock.

- Tietze, K. O. (2010). *Wirkprozesse und personenbezogene Wirkungen von kollegialer Beratung theoretische Entwürfe und empirische Forschung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tietze, O. (2003). *Kollegiale Beratung. Problemlösungen gemeinsam entwickeln*. Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Willke, H. (1991). Supervision als Revisionsinstanz des therapeutischen Prozesses. *Gestalt und Integration*, 1, 38-48.
- Wydra, G. (2014). *FAHW. Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden. Testmanual* (5. überarbeitete Fassung). Saarbrücken: SWI.
- Zimmer, D. & Zimmer, F. (1998). Wie hilfreich sind die Bausteine einer Verhaltenstherapie-Weiterbildung? *Verhaltenstherapie*, 8, 254-257.
- Zimmer, F. T., Zimmer, D., & Wagner, W. (1994). *Selbsterfahrung in der verhaltenstherapeutischen Weiterbildung*. In A. R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 17-31). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Žorga, S. (1996). Intersession – a way of promoting professional development. *Horizons of Psychology*, 5(2), 87–96.
- Žorga, S. (1997). *Professionals as partners in their own professional development*. In: *Developing Human Relations and Ethnic Understanding*. Haridwar: Gurukul Kangri University, 134-143.
- Žorga, S., Dekleva, B., & Kobolt, A. (2001). The process of internal evaluation as a tool for improving peer supervision. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 23(2), 151-162.

Fragebogen zu Supervision, Intervision und Selbsterfahrung

1. Angaben zur Person

1.1 Alter _____ 1.2 Geschlecht männlich weiblich

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

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

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

_____Jahre _____Monate

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

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

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

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

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

		Fälle insgesamt	Fälle aktuell
4.1	Einzeltherapie (Anzahl der Patienten)	ca.: _____ Fälle	_____ Fälle
4.2	Paartherapie (Anzahl der Paare)	ca.: _____ Fälle	_____ Fälle
4.3	Familientherapie (Anzahl der Familien)	ca.: _____ Fälle	_____ Fälle
4.4	Gruppentherapie (Anzahl der Gruppen)	ca.: _____ Fälle	_____ Fälle
4.5	Andere (bitte spezifizieren Sie)	ca.: _____ Fälle	_____ Fälle

5. Wie viele andere Therapeuten und Therapeutinnen sind **bei Ihnen** in persönlicher Therapie gewesen? (bitte schätzen Sie) ca. _____
6. Wie viele andere Therapeuten und Therapeutinnen haben **Sie persönlich** supervidiert? (bitte schätzen Sie) ca. _____

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

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

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

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

	Supervision	Selbsterfahrung	Intervision
8.1	_____	_____	_____
8.2	_____	_____	_____
8.3	_____	_____	_____
8.4	_____	_____	_____
8.5	_____	_____	_____
8.6	_____	_____	_____
8.7	_____	_____	_____
8.8	_____	_____	_____
8.9	_____	_____	_____
8.10	_____	_____	_____
8.11	_____	_____	_____
8.12	_____	_____	_____
8.13	_____	_____	_____
8.14	_____	_____	_____
8.15	_____	_____	_____
8.16	_____	_____	_____
8.17	_____	_____	_____

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

	sehr niedrig sehr hoch						
	0	1	2	3	4	5	6
9.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Gegenwärtig insgesamt...

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

19. Wenn Sie Schwierigkeiten haben, wie oft...

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

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

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

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

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

22. Fragen zu den behandelten Patienten/innen

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

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

22.2 Bei welchen Patienten mit welchen Störungsbildern erleben Sie Kompetenzdefizite?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. _____

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

2. _____

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

3. _____

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

4. _____

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

17 Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____

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

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____