

**MSH Medical School Hamburg**  
University of Applied Sciences and Medical University

**Fakultät Humanwissenschaften**  
Masterstudiengang Klinische Psychologie und Psychotherapie

In Kooperation mit der Landespsychotherapeutenkammer  
Baden-Württemberg

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

*Gründe für die Inanspruchnahme von  
Supervision, Intervision und Selbsterfahrung  
bei praktizierenden Psychotherapeuten*

vorgelegt von:	Julia Engelke Schröderstiftstr.9 20146 Hamburg
Matrikelnummer:	142101012
vorgelegt am:	12.08.2016
Semester:	Sommersemester 2016/4. Fachsemester
Erstgutachter:	Prof. Dr. habil. Olaf Morgenroth
Zweitgutachter:	Prof. Dr. rer. med. Dr. rer. nat. Thomas Schnell
Externer Betreuer:	Dr. Rüdiger Nübling

## Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit ist Teil eines Forschungsprojektes zwischen der Medical School Hamburg (MSH) und der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK) und soll Aufschluss über Prädiktoren für die Inanspruchnahme von qualitätssichernden Maßnahmen wie Supervision, Intervision und Selbsterfahrung bei praktizierenden Psychotherapeuten<sup>1</sup> geben. Von Interesse ist neben der Häufigkeit der Inanspruchnahme und der Bewertung der Maßnahmen durch die Therapeuten, auch ihr Empfinden bzgl. ihrer professionellen Entwicklung. 2.500 approbierte Psychotherapeuten wurden angeschrieben und gebeten zu diesem Zweck den von Aldag (2014) entwickelten SUISE Fragebogen auszufüllen. Dieser ist angelehnt an den von David Orlinsky und dem *Collaborating Research Network der Society for Psychotherapy Research (SPR)* entworfenen *Development of Psychotherapy Common Core Questionnaire (DPCCQ)*, welcher berufliche und subjektive Erfahrungen der Therapeuten aus ihrer eigenen Sicht abbilden soll. Erfasst wurde in diesem Zuge auch die Relevanz von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung bei praktizierenden Psychotherapeuten. Die Ergebnisse der Untersuchung weisen darauf hin, dass sich die Gründe für die Inanspruchnahme zum Teil nach der Dauer der therapeutischen Tätigkeit sowie des praktizierten Richtlinienverfahrens unterscheiden. Auch nutzen Therapeuten, welche die Maßnahmen als Wirkfaktor für ihre fachliche Kompetenz und ihren Einfluss auf die eigene Entwicklung als Therapeut stark einschätzen, sie häufiger. Des Weiteren konnten Zusammenhänge zwischen der Inanspruchnahme und der derzeitigen Entwicklung als Therapeut sowie einem defensiven Coping Stil gefunden werden. Vor allem die Bewertung des Einflusses der Maßnahmen auf die Entwicklung als Therapeut und die Bewertung der Maßnahmen als Wirkfaktor auf die fachliche Kompetenz können als Prädiktoren für die Inanspruchnahme der jeweiligen Maßnahme betrachtet werden.

---

<sup>1</sup> Aufgrund der besseren Lesbarkeit werden in der vorliegenden Arbeit Substantive in maskuliner Form verwendet. Selbstverständlich sind bei Personengruppe immer beide Geschlechter gemeint. Die Begriffe Therapeut, Psychotherapeut und psychologischer Psychotherapeut werden synonym verwendet.

Zusammenfassung.....	I
Inhaltsverzeichnis.....	II
Abbildungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis .....	V
1 Einleitung.....	1
2 Qualitätssichernde Maßnahmen.....	4
2.1 Supervision .....	5
2.2 Intervision.....	8
2.3 Selbsterfahrung.....	12
2.4 Zusammenfassung .....	16
2.5 Bewertung der Maßnahmen.....	17
2.6 Effekte klinischer Supervision, Intervision und Selbsterfahrung.....	24
3 Gegenwärtige Studie.....	30
3.1 Fragestellungen .....	31
4 Methode .....	32
4.1 Messinstrument .....	32
4.2 Datenerhebung .....	33
4.3 Stichprobe.....	34
4.4 Statistische Methoden.....	40
5 Ergebnisse .....	37
5.1 Hypothese 1.....	37
5.2 Hypothese 2.....	40
5.3 Hypothese 3.....	43
5.4 Hypothese 4.....	46
5.5 Hypothese 5.....	48
5.6 Hypothese 6.....	51
5.7 Regressionsanalyse .....	52
6 Diskussion.....	58
6.1 Ergebnisse der Hypothesen.....	58
6.2 Limitationen .....	62
7 Literaturverzeichnis .....	65
8 Anhang.....	77
9 Eigenständigkeitserklärung .....	80

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Gründe für die Inanspruchnahme der qualitätssichernden Maßnahmen .	38
Abb. 2: Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme in Prozent .....	44
Abb. 3: Durchschnittliche Anzahl der Stunden Supervision, Intervention und Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten .....	45
Abb. 4: Einflüsse auf die Entwicklung als Therapeut .....	47
Abb. 5: Derzeitige Entwicklung in der therapeutischen Arbeit .....	49

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Demografische Daten der Stichprobe (N=156) .....	35
Tab. 2: Signifikante Korrelationen nach Spearman für die Gründe der Inanspruchnahme und der Dauer der therapeutischen Tätigkeit .....	40
Tab. 3: ANOVA für die Gründe der Inanspruchnahme nach unterschiedlichen Richtlinienverfahren .....	42
Tab. 4: Mann-Whitney-U-Test .....	43
Tab. 5: Korrelationskoeffizienten nach Spearman für Wirkfaktor und Inanspruchnahme .....	45
Tab. 6: Korrelationskoeffizienten nach Spearman für Einfluss auf die Entwicklung und Inanspruchnahme .....	48
Tab. 7: Korrelationskoeffizienten nach Spearman für Entwicklung als Therapeut und Inanspruchnahme .....	49
Tab. 8: Korrelationskoeffizienten nach Spearman für Entwicklung als Therapeut und Inanspruchnahme .....	50
Tab. 9: Korrelationskoeffizienten nach Spearman für Coping Stil und Inanspruchnahme .....	52
Tab. 10: Modellübersicht <sup>d</sup> für die aktuelle Inanspruchnahme von Supervision .....	53
Tab. 11: Koeffizienten <sup>a</sup> für die aktuelle Inanspruchnahme der Supervision .....	54
Tab. 12: Modellübersicht <sup>b</sup> für die Anzahl der Stunden Supervision in den letzten 12 Monaten .....	54
Tab. 13: Koeffizienten <sup>a</sup> für die Anzahl der Stunden Supervision in den letzten 12 Monaten .....	55
Tab. 14: Modellübersicht <sup>b</sup> für die aktuelle Inanspruchnahme der Intervision .....	55
Tab. 15: Koeffizienten <sup>a</sup> für die aktuelle Inanspruchnahme von Intervision .....	55
Tab. 16: Modellübersicht <sup>b</sup> für die Anzahl der Stunden Intervision in den letzten 12 Monaten .....	56
Tab. 17: Koeffizienten <sup>a</sup> für die Anzahl der Stunden Intervision in den letzten 12 Monaten .....	56
Tab. 18: Modellübersicht <sup>c</sup> für die aktuelle Inanspruchnahme von Selbst- erfahrung .....	56
Tab. 19: Koeffizienten <sup>a</sup> der Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme von Selbsterfahrung .....	57
Tab. 20: Modellübersicht <sup>b</sup> für die Anzahl der Stunden Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten .....	57
Tab. 21: Koeffizienten <sup>a</sup> für die Anzahl der Stunden Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten .....	57

## Abkürzungsverzeichnis

AC	Avoidant Coping, vermeidendes Coping
BW	Baden-Württemberg
CC	Constructive/konstruktives Coping
d	Effektstärke
DPCCQ	Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire
FAHW	Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden
FVS	Fragebogen zur Veränderung durch Selbsterfahrung
LPK	Landespsychotherapeutenkammer
M	Mittelwert
N, n	Anzahl
p	Irrtumswahrscheinlichkeit
QSM	Qualitätssichernde Maßnahmen (hier: Supervision, Intervision und Selbsterfahrung)
r	Korrelationskoeffizient nach Spearman
SD	Standardabweichung
SPR	Collaborating Research Network der Society for Psychotherapy Research
SUISE	Fragebogen zur Supervision, Intervision und Selbsterfahrung
VT	Verhaltenstherapie

# 1 Einleitung

A therapist who is not in supervision should be regarded either with suspicion or awe. He or she is making a statement that they have learned all that is needed for one of the most complex problems in existence – helping others to be as fully human as possible (...). (LeShan, 1996, p.91)

Neben ihrer kritischen Qualitätsfunktion haben qualitätssichernde Maßnahmen wie die Supervision in der Psychotherapie zum Ziel, Reflexions- und Wahrnehmungsprozesse sowie Perspektivwechsel zu fördern. Sie bietet, neben Feedback über die Performanz des Therapeuten und alternativen Sichtweisen, auch identitätsformende Prozesse (Watkins, 1997). Selbsterfahrung hat sich ebenfalls zum Ziel gesetzt, neben der Selbstanwendung und Einübung therapeutischer Methoden und Fertigkeiten, Selbstreflexion, sowie das Erkennen eigener Probleme und Schwächen zu fördern und Feedback zur Selbst- und Ressourcenmodifikation und ebenso zur Entwicklung eines positiven therapeutischen Selbstkonzeptes zu bieten (Laireiter, 2011). Intervision wiederum als „professionelle Selbsthilfeberatung“ dient der Lösungserarbeitung in der kollegialen Gruppe. Durch Ausprobieren und Probehandeln in einem „Schonraum“ kann sie zu einer Erweiterung des Handlungsrepertoires und der beruflichen sowie kommunikativen Kompetenzen verhelfen (Lippmann, 2013; Tietze, 2003, 2010).

Therapiefördernde persönliche und interpersonale Eigenschaften und Fähigkeiten (z. B. Empathiefähigkeit) sollen in allen drei genannten Maßnahmen angestoßen und verbessert werden (Laireiter, 2011). Befragt man Therapeuten, scheinen diese „Versprechen“ auch erfüllt zu werden. Ihr Feedback bezüglich der Wichtigkeit von qualitätssichernden Maßnahmen für die Entwicklung als Psychotherapeut ist eindeutig. In zahlreichen Studien wird Selbsterfahrung durchweg als zweit- oder dritt wichtigster Faktor benannt, noch vor der theoretischen Ausbildung und hinter Supervision (Dobernig & Laireiter, 2000; Lieb, 1998; Schön, 2002). Therapeuten, welche Selbsterfahrung genossen haben, bewerten ihre bisherige und aktuelle professionelle Entwicklung positiver als solche ohne Selbsterfahrung (Laireiter, 2005). Auch Supervision wird in Studien von Therapeuten als zweit oder dritt wichtigster Einflussfaktor für ihre Weiterentwicklung eingestuft. Von Anfängern wird sie sogar als noch wichtiger bewertet als die praktische Erfahrung mit den Patienten selbst. Als mittelmäßig wichtiger Faktor wird „Informelle Falldiskussionen mit Kollegen“

(Intervision) genannt (Orlinsky, Botermans & Rønnestad, 2001; Rønnestad & Orlinsky, 2006, 2009; Rønnestad & Skovholdt, 2003). Objektive Studien können die Effektivität nur z. T. belegen. Supervision fördert die klinische Kompetenz der Therapeuten (Fleming & Steen, 2004; Lambert & Hawkins, 2001; Rosenbaum & Ronen, 1998). Bei Lambert & Ogles (1997) konnte sogar ein Zusammenhang zwischen ihr und dem Therapie-Outcome gefunden werden. Selbsterfahrung soll wiederum Effekte auf die Erweiterung des Methoden- und Technikrepertoires, sowie der diagnostischen Fähigkeiten haben (Macran & Shapiro, 1998; Orlinsky, Norcross, Rønnestad & Wiseman, 2005). Greve (2007) belegte, dass sie zur Steigerung des Selbstwertes und der Selbsterkenntnis, ebenso wie zur Senkung des Angst- und Stressempfindens führt.

Trotz ihrer teilweise belegten Effektivität und der großen subjektiven Wichtigkeit bei Therapeuten, gibt es Unterschiede in der Höhe der Inanspruchnahme. Therapeuten, die in Institutionen arbeiten, nehmen, wie angenommen, signifikant mehr Supervision in Anspruch als Therapeuten, die in Einzelsettings arbeiten (Prehn, 2015). Wohingegen erstaunlicherweise keine Unterschiede bei der Inanspruchnahme abhängig vom subjektiv empfundenen Kompetenzdefizit der Therapeuten gefunden werden konnten (Klose, 2015). Auch zeigen vereinzelte Studien, dass erfahrenere Psychotherapeuten weniger Supervision nutzen (Orlinsky et al., 2009) und Psychodynamiker Supervision, Intervision und Selbsterfahrung als wichtiger einschätzen, als Therapeuten anderer Verfahren. Weibliche Therapeutinnen nutzen doppelt so wahrscheinlich vier und mehr Stunden Supervision im Monat als männliche (0-3,5 Stunden) (Orlinsky et al. 2011; Schofield & Grant 2007).

Allerdings gibt es relativ wenige Studien, welche die expliziten Gründe für die Inanspruchnahme von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung bei praktizierenden Psychotherapeuten untersuchen (außer z. B. Schofield & Grant, 2007; Ochs et al., 2012). Die meisten der wenigen Arbeiten beschäftigten sich mit noch in der Ausbildung befindlichen Therapeuten, welche natürlich zur Teilnahme an Supervision und Selbsterfahrung verpflichtet sind. Aber welche Gründe führen bereits länger praktizierende Therapeuten an, qualitätssichernde Maßnahmen zu nutzen und können diese Gründe die unterschiedlich hohe Inanspruchnahme erklären? Die vorliegende Arbeit soll daher untersuchen, welche Gründe es geben kann und betrach-

tet dafür objektive Daten wie praktische Erfahrung und Richtlinienverfahren einerseits und andererseits persönliche Angaben bezüglich der Einschätzung qualitätssichernder Maßnahmen sowie der Bewertung der professionellen Entwicklung anhand von 156 befragten Therapeuten. Die Daten wurden in Kooperation mit der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg bereits 2014 erhoben. Besonders interessant ist hierbei auch, dass die Nutzung der Intervision miterfasst wurde und somit Einblicke in dieses bisher noch kaum erforschte Teilgebiet bringen kann. Da die Stichprobe aus erfahreneren Therapeuten besteht, als die meisten bereits existierenden Studien, wird die Entwicklungsthematik aus einer langfristigeren und sinnvollerem Perspektive beleuchtet. Supervision, Intervision und Selbsterfahrung sollen letztendlich dem Therapeuten und seiner Entwicklung dienen, welche wiederum zweifellos die Behandlung der Patienten mitbeeinflusst (Freitas, 2002). Die Gründe zur Inanspruchnahme der Maßnahmen zu kennen, kann zu einer Verbesserung dieser verhelfen und somit die Inanspruchnahme fördern. Übergeordnetes Ziel dabei ist es eine qualitativ bessere Therapieversorgung für Patienten zu erzielen. Dies begründet die Wichtigkeit der weiteren Erforschung dieses Themengebietes.

## 2 Qualitätssichernde Maßnahmen

Bereits seit 1988 sind Anbieter therapeutischer Leistungen gesetzlich verpflichtet Qualitätssicherung zu betreiben. Qualitätssichernde Maßnahmen sollen der Fehler-Prävention dienen, die Verletzung von Grenzen in der Psychotherapie verhindern und die korrekte Anwendung von Interventionen sicherstellen (Schleu, 2015). Von den Krankenkassen finanzierte psychotherapeutische Leistungen müssen daher ein angemessenes Kosten-Nutzen bzw. Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis und die Behandler selbst vorgeschriebene Qualifikationsanforderungen unter Beweis stellen. Instrumente zur Qualitätssicherung von Psychotherapie lassen sich nach Donabedian (1966) in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterteilen. Unter der Dimension Strukturqualität wird die Aus- und Weiterbildungsstruktur der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, sowie die Dichte der psychotherapeutischen Versorgungsangebote verstanden. Die Dimension Prozessqualität bezieht sich auf die Beschaffenheit der therapeutischen Prozesse und die Dimension Ergebnisqualität auf die Behandlungsergebnisse (Seipel, 1998). Die Erweiterung der Sozialgesetzgebung (Sozialgesetzbuch V) von 2000 sieht darüber hinaus vor, dass Leistungserbringer des Gesundheitswesens sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen zur Sicherung der Qualität beteiligen sollen (§ 135a, SGBV, zitiert nach Härter, Linster & Stieglitz, 2003).

Voraussetzung für die Durchführung von Leistungen wie die Approbation, der Fachkundenachweis des Behandlers, die Verpflichtung zur Ausübung von Richtlinienverfahren, das Einholen eines ärztlichen Konsiliarberichts zur Abklärung somatischer Aspekte und die Genehmigungspflicht durch das Gutachterverfahren, beziehen sich größtenteils auf das Vorfeld der Therapie. Als freiwillig wird die Ermittlung der Ergebnisqualität durch standardisierte Vor- und Nachuntersuchungen, Katamnesen etc. erachtet. Um Prozessqualität zu sichern, wird Dokumentationspflicht vorgeschrieben (Laireiter & Baumann, 2000). Weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen liegen jedoch in der Eigenverantwortung und Freiwilligkeit der Therapeuten. Supervision, Intervision, regelmäßige Weiterbildung, Balintgruppen oder Ausbildungs- und Kontrolltherapien sind bereits lange etabliert und genuin qualitätssichernde Maßnahmen, die speziell auf die Schwierigkeiten der Qualitätssicherung in der Psychotherapie ausgerichtet sind (Jacobi, Poldrack & Hoyer, 2001). Sie gelten als wirksame Methoden und gehören für die Therapeuten selbstverständlich zu ihrer Arbeit

(Piechotta, 2008). Fortbildungspunkte, zu deren Erbringung Psychotherapeuten in Deutschland nach ihrer Approbation nach § 95d des Sozialgesetzbuches V verpflichtet sind, können u. a. durch die Teilnahme an qualitätssichernden Maßnahmen wie Supervision und Selbsterfahrung erlangt werden. In fünf Jahren müssen 250 Fortbildungspunkte erreicht und bei der Kammer nachgewiesen werden. Wenn diese Auflage nicht erfüllt wird, können Sanktionen wie Honorarkürzung oder die Entziehung der Zulassung drohen. Abgesehen von der Funktion der Qualitätskontrolle können Supervision und Selbsterfahrung gleichzeitig aber auch als Hauptfaktoren für professionelles Wachstum und der Entwicklung von Kompetenzen von Psychotherapeuten beitragen (Rønnestad & Orlinsky, 2006).

## 2.1 Supervision

Wörtlich aus dem Angloamerikanischen übersetzt, heißt Supervision *oben, darüber* und *sehen*. Es handelt sich also um eine Meta-Perspektive, die eingenommen werden soll. Der Begriff kann auch als *Aufsicht, Leitung, Kontrolle* oder *Überwachung* übersetzt werden. Deutlich wird dann, dass es in der Supervisionsbeziehung im Gegensatz zur Intervision eine Asymmetrie und somit einen Vorgesetzten, den Supervisor, gibt (Scobel, 1997, S. 12). Die Ursprünge der Supervision liegen, wie auch bei der Intervision, in der amerikanischen Sozialarbeit zu Beginn des 20. Jahrhunderts (Belardi, 2015). Dort war sie anfangs vor allem eine Kontroll- und Überwachungsinstanz (Frank, 1998).

Supervision ist eine wissenschaftlich fundierte und praxisorientierte Beratungsform für Personen, Gruppen, Teams und Organisationen in der Arbeitswelt. Es sollen Fragen, Probleme, Fälle und Entscheidungen aus dem beruflichen Alltag besprochen werden. Individuelle und soziale Selbstreflexion wird angestrebt, die bei der Überprüfung und Optimierung des beruflichen/methodischen Handelns helfen soll (Deutsche Gesellschaft für Supervision e. V., 2012; Rappe-Giesecke, 2009).

Supervision wird in Deutschland in fast allen Berufsfeldern, in denen Reflexion beruflichen Handelns möglich ist, eingesetzt (im psychosozialen und klinischen

Bereich, im Erziehungswesen, aber auch zunehmend im Profitbereich). Zumeist leiten institutionsexterne Supervisoren, welche eine Supervisionsausbildung genossen haben und meist keinen Bezug zur jeweiligen Institution haben, die Gruppen. Der Fokus der Supervision ist meist problemzentriert und situationsspezifisch (Petzold et al., 2003, zitiert nach Eichert, 2008 S. 11). Einsicht soll gewonnen werden, um sensibler für die eigene Wahrnehmung, das eigene Denken und Handeln zu werden. Meist wird Supervision nur punktuell genutzt, sollte aber in der Haltung des Therapeuten verinnerlicht sein (Inskipp & Procot, 2010, zitiert nach Strauß & Freyberger, 2010).

Rappe-Giesecke (2009) grenzt verschiedene Formen der Supervision voneinander ab: die *administrative Supervision*, *Ausbildungssupervision* zum Erlernen einer bestimmten Methode/Profession und als Teil eines Ausbildungssystems, *Supervision in Prozessen der Organisationsentwicklung* zur Begleitung von strukturellen Veränderungen und *berufsbegleitende Supervision*. Letztere kann dann entweder *klienten-*, *kooperations-* oder *rollenbezogen* sein. Die klientenbezogene Supervision zielt dabei auf die Erhöhung der Fachkompetenz und Entwicklung einer professionellen Identität ab. Kooperationsbezogene Supervision will die Zusammenarbeit effizienter machen, Arbeitszufriedenheit in Teams und Projekten schaffen, wohingegen rollenbezogene Supervision die Karriereplanung, Rollengestaltung und Aufgabenklärung im Einzelkontakt bearbeitet.

Als allgemeine Beispiele für Supervisionsinhalte werden von der Deutschen Gesellschaft für Supervision e. V. (2012, S. 5) folgende genannt:

- Bedenken und Planen des Handelns von Führungskräften
- Reflektion der Arbeit mit Kunden oder Klienten in Teams
- Reflektion von Kommunikation und Arbeitsbeziehungen zur Verbesserung der Aufgabenerfüllung in Teams
- Erörterung von anspruchsvollen Aufgaben bzgl. der Kommunikation in interdisziplinären Gruppen
- Reflektion und Planung von Berufseinstieg oder –wegen, Neuorientierung bei Fach- und Führungskräften

- Begleitung von Entwicklungsprozessen in Organisationen und Unternehmen

Die Inhalte in der therapeutisch-klinischen Supervision können sich auf alle Punkte einer psychotherapeutischen Behandlung beziehen, also auf Diagnostik, Abklärung der Indikation und Therapie-Vorraussetzung, Therapieplanung, Änderungsmotivation, Widerstand, Analyse, Gestaltung der therapeutischen Arbeitsbeziehung, Antragstellung, Verlaufsdocumentation und auch auf den Abschlussbericht. In institutionellen therapeutischen Einrichtungen kann sie sich auch auf die Zusammenarbeit mit anderen Professionen/Einrichtungen konzentrieren (Zimmer, 2011).

In der Literatur werden vielfältige Ziele der Supervision angegeben. Supervision soll dazu dienen Arbeitssituation, -organisation und –atmosphäre, Konzepte, Strukturen und Prozesse kritisch zu betrachten und zu verbessern. Bei Teamkonflikten soll Klärung angeboten werden (Eichert, 2008; Strauß & Freyberger, 2010). Sie soll die Professionalisierung des beruflichen Handelns und die Verbesserung der optimalen Rollengestaltung herbeiführen. Bei Belastungen im Zusammenhang mit dem beruflichen Alltag soll sie durch die Förderung der Wahrnehmung eigener Ressourcen und Grenzen, Entlastungseffekte im Sinne der Psychohygiene und Burn-out-Prophylaxe bieten (Eichert, 2008; Mayer-Bruns, 2003; Oeltze et al., 2002).

In der Supervision setzen sich die Teilnehmer mit eigenen Wahrnehmungen, Schwächen und Stärken auseinander und bauen so blinde Flecken ab (Lippmann, 2013, S. 10). In der Aus- und Weiterbildung werden therapeutische Kompetenzen, Wissen, Empathie und Kreativität erworben und verbessert. Supervision bietet hier einen Raum um Theorie und Fähigkeiten aus der Ausbildung zu verbinden und in realen Situationen anzuwenden. In der Praxis hingegen kann sie die Konsolidierung klinischer Erfahrung, Wissen und Expertise fördern (Eichert, 2008). Handlungs- und Interventionsmöglichkeiten werden in der Supervision entwickelt (Oeltze et al., 2002). Supervisanden holen sich hier Feedback und Unterstützung, aber lassen auch Teammitgliedern Hilfe zukommen (Mayer-Bruns, 2003). Automatisch wird so auch eine "Psychotherapiekultur" übermittelt und Identität als Therapeut gestiftet. Die Teilnehmer verbessern ihre Beziehungsgestaltung und die Wahrnehmung für das Beziehungsverhalten des Patienten (Zimmer & Zimmer, 1998). Natürlich soll

Supervision in erster Linie als Qualitätskontrolle fungieren (v. a. in der Ausbildung). Sie kontrolliert (besonders in der VT) die Manualtreue, will zur Fehlerprävention und Optimierung von Behandlungsprozessen beitragen (Eichert, 2008).

Allgemein betrachtet fördert Supervision die Reflexionsfähigkeit, die Analyse eigener Motive und der eigenen Wirkung auf den Patienten und damit die professionelle und persönliche Entwicklung, welche wiederum zu einem gestärkten professionellen Selbstbewusstsein führt (Loganbill, Hardy & Delworth, 1982; Rønnestad & Orlinsky, 2006; Watkins, 1997).

Seipel (1998) beschreibt Supervision als eine Art Qualitätsscreening und begleitendes Monitoring. Nach Auckentaler (2003) sei sie aber von ihrem eigenen Anspruch her keine ergebnisorientierte Qualitätssicherung. Vor allem aufgrund des Prozesses des Nachdenkens, den sie ermöglicht, sei sie eher eine Methode des prozessorientierten Qualitätsmanagements. Nach Piechotta (2008) stellt Supervision jedoch Prozess- sowie auch Ergebnisqualität her, überprüft und verbessert beide. Für Freitas (2002, S. 363) ist es "axiomatic that clinical supervision is conducted for the benefit of counseling trainees and that the ultimate beneficiaries of such supervision are the clients with whom these trainees work".

Aber es gibt auch Kritikpunkte an der Supervision. Vor allem die finanzielle Belastung der Teilnehmer (gerade in der Ausbildung) ist hier ein Hauptpunkt (Fydreich, 2004; Ruggaber & Fliegel, 2006). Teilweise wird von fehlender Entlastung, dem Gefühl des Versagens (Gray, Ladany, Walker & Ancis, 2001) sowie der mangelnden Mitteilungsbereitschaft (non-disclosure) der Supervisanden aufgrund von Schamgefühlen und Angst vor Bewertung genannt (Hess et al., 2008). Rønnestad und Orlinsky (2005) betonen, dass Supervisoren sich deshalb des „Potenzials für Verletzungen und der negativen Effekte“ sehr bewusst sein sollten.

## **2.2 Intervision**

Die Intervision hat sich zunächst in der Sozialarbeit entwickelt, wird aber seit den achtziger Jahren auch in vielen anderen Berufsfeldern angewendet (Stangl, 2012). Der Begriff selbst geht auf Fengler (1986) zurück. *Inter* bedeutet *inmitten* oder *zwischen*, *videre* heißt *sehen*. Es wird damit bereits der Unterschied zur Super-

Vision im Sinne von Überblick deutlich (Kap. 2.1). Nach Lippmann (2013, S.17-19) sind die sechs wichtigsten Kennzeichen, dass es sich bei Intervision 1) um eine Gruppe von Gleichrangigen handelt, 2) in der ein gemeinsamer beruflicher Fokus und somit gemeinsame berufliche Interessen vorliegen, 3) der Prozess zielgerichtet zur Lösungsfindung bzw. zum Informationsaustausch dient, 4) die Struktur gemeinsam festgelegt wird, 5) Freiwillig- aber auch Verbindlichkeit für den abgemachten Zeitraum besteht, 6) „Lernen im Lehren und Lehren im Lernen“ stattfindet und 7) kein Honorar gezahlt werden muss, da kein externer Experte die Gruppe leitet. Schmid (1997, S. 5) beschreibt die Intervision daher auch als „Beratung ohne Anspruch auf Beratungsprofessionalität“, da hier eben nur Kollegen zusammenkommen und sich besprechen - mit ihrem jeweiligen Erfahrungshorizont. Von Stangl (2012) wird sie daher auch als eine „professionelle und lösungsorientierte Selbsthilfeberatung“ bezeichnet. Die Teilnehmer sind eher bereit sich zu öffnen, da sie nicht durch Vorgesetzte abgeschreckt sind (Genz, 2016). Eine gute Gruppengröße liegt bei vier bis acht Teilnehmern, bei denen es sich entweder um Personen derselben Berufsgruppe oder desselben Fachgebietes handelt. Die Gruppenzusammensetzung kann dadurch sehr homogen, aber auch sehr heterogen sein. Je nach Zusammensetzung entsteht so entweder Tiefe oder Vielfalt in der Beratung. Der gemeinsame berufliche Fokus führt zwangsläufig zu einem konformen beruflichen Wissenshintergrund, einheitlichen Interessen und Erfahrungen. Auch wenn die Teilnehmer z. T. unterschiedliche Qualifikationen mitbringen, besteht immer Gleichberechtigung. Jeder kann Fragen und Probleme einbringen und den Prozess jederzeit steuern. In der Intervision sollen Fachprobleme ebenso wie das Verständnis der eigenen Rolle am Arbeitsplatz thematisiert werden (Stangl, 2012). Als zu besprechende Fälle können nach Tietze (2003) „Situationen, Probleme und Geschehnisse, die für den Fragesteller ungewöhnlich, bedeutsam, belastend oder abweichend vom beruflichen Alltag“ sind und als nicht lösbar scheinen, dienen. Hierbei kann es sich z. B. um kritische Führungs- und Kommunikationssituationen, (betriebspolitisch) schwierige Entscheidungen, komplexe oder konflikthafte Projekte, Spannungsfelder im Arbeitsumfeld oder akute Konflikte/Krisen im beruflichen Kontext handeln (Rimmasch, 2003, S. 21). Themen im Zusammenhang mit psychischen Defiziten oder massive Konflikte sollten nicht besprochen werden. Ebenso für Differenzen in der

Gruppe selbst, z. B. bezüglich der Metakommunikation oder des Beratungsverhaltens, würde sich eher eine professionelle Supervision anbieten (Bergel, 2004; Genz, 2016).

Zum Ablauf der Intervision gibt es unterschiedliche Modelle. Beim einfachen Reflecting, das Brüderlin (2011) auch als „Expertenrat“ bezeichnet, wird zunächst ein Moderator zur Leitung der Gruppe gewählt, welcher die Aufgabe hat, den Beratungsdurchgang zu eröffnen, zu strukturieren und abzuschließen. Er ist verantwortlich für die Einhaltung der Rollen und der Zeitvorgabe. Anliegen werden gesammelt und ein Fall ausgewählt. Der Fallgeber stellt dann sein Problem vor. Die restlichen Teilnehmer fungieren als kollegiale Berater. Während der freien Erzählung machen sie sich Notizen. Der Bericht wird mit der konkreten Fragestellung oder dem Klärungswunsch vom Fallgeber abgeschlossen. Die Berater können anschließend Verständnisfragen stellen. Fragen wie „Was hat die Erzählung in mir als Berater ausgelöst?“ oder „Wie fühle ich mich nun?“ und andere Assoziationen werden gesammelt und besprochen. In der Folge werden Schlüsselfragen formuliert, welche die Zusammenhänge und Ursachen des Problems thematisieren und in einer Gruppendiskussion dann Ursache und Vorgehen der Situation besprochen. Der Falldarsteller sitzt evtl. dabei hinter dem Flipchart oder der Tafel, also außerhalb der Gruppe, und macht sich schweigend Notizen. Erst danach kommentiert er ggf. den Prozess und die Vorschläge. Ob und welche Lösungsansätze der Fallgeber verwenden möchte, entscheidet dieser selbst. Am Ende der Sitzung sehen nicht alle Intervisionsmodelle vor, dass der Fallgeber mitteilt, welche Strategie er hilfreich fand und anwenden möchte. In Modellen, in denen der Fallgeber die ihm zusagende Lösung preisgibt, würde die Gruppe zuletzt zusammen einen Handlungsplan mit Teilzielen und einem Zeitplan erstellen, welcher bei Bedarf z. B. als Rollenspiel ausprobiert und modifiziert werden kann. Abschließend reflektiert der Fallgeber über die Fragen: Wo stehe ich? Was verstehe ich jetzt anders? Was werden meine nächsten Schritte sein?“ Zur Evaluation der gesamten Sitzung wird abschließend eine Feedbackrunde durchgeführt, in der erfasst wird, welcher Lerngewinn für alle Teilnehmer erzielt werden konnte. Beim nächsten Treffen würde der Fallgeber evtl. vom aktuellen Stand berichten, so dass der Erfolg der Intervisionsgruppe kontinuierlich überprüft werden kann (Asbeck & Weisgerber, 2015; Genz, 2016).

Für das anspruchsvolle Reflecting wird mehr Zeit benötigt. Die Fälle werden zunächst gesammelt und anschließend ein Fall selektiert, dann die Rollen verteilt. Bei diesem Modell gibt es einen Fallbringer und zwei Teams, evtl. auch einen Schreiber und einen Prozessbeobachter. Letzterer beobachtet die Beteiligten über den ganzen Prozess und gibt Feedback und Verbesserungsvorschläge. Der Fall wird zuerst dargestellt, beide Teams machen sich dazu schweigend Notizen. Danach ziehen sich die Teams zurück und besprechen ihre Assoziationen und sammeln Fragen, welche anschließend der Großgruppe präsentiert werden. Daraufhin stellt ein Mitglied von Team B Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Gruppenergebnisse zu den Ergebnissen von Team A dar. Der Fallbringer kann nun mitteilen, was ihm hilfreich und interessant erscheint, woraufhin beide Teams Lösungsstrategien erarbeiten, die auch visuell oder szenisch präsentiert werden können. Dazu gibt der Fallbringer erneut Feedback. Am Ende der Sitzung reflektieren die Teilnehmer über ihr Erleben der Sitzung (Brüderlin, 2011).

Nach Bergel (2004) muss der Fallgeber in der Intervision bereit sein sich selbst und seine Handlungen zu hinterfragen. Diese Offenheit wird dann mit Wertschätzung durch die Berater beantwortet, denn sie nehmen das Problem ernst, egal wie wichtig es erscheint. Zwingend in beiden dargestellten Modellen ist natürlich die absolute Diskretion über den Inhalt der Intervision bei allen Teilnehmern (Bergel, 2004; Brüderlin, 2011). Zu betonen ist, dass das Ziel in der Intervision nicht das Treffen einer Entscheidung, sondern die Lösungserarbeitung selbst ist. Da nach der Sitzung in den meisten Fällen ein Handlungsplan vorliegt, kann dies die Motivation des Fallgebers enorm stärken, das Problem zu lösen. Während des Prozesses entsteht ein kollegiales Gefühl in der Gruppe. Die Beratenden, deren Meinungen aufgenommen werden, erleben, dass ihre Kompetenz von den Kollegen geschätzt wird und jeder profitiert von den Erfahrungen und dem Wissen der anderen Teilnehmer (Bergel, 2004). Außerdem erhalten die Teilnehmer Einblicke in die Arbeitsweisen ihrer Kollegen (Asbeck & Weisgerber, 2015). Durch Reflexions- und Wahrnehmungserweiterungsprozesse bzgl. eigener Denkmuster wird die Professionalität in Intervision nach Lippmann (2013) erhöht. Perspektivwechsel durch Ausprobieren und Probehandeln im Schonraum werden gefördert. Die Rückmeldung zum eigenen Verhalten, z. B. zu wiederkehrenden problematischen Verhaltensmustern, führt zu einer

Erweiterung des Handlungsrepertoires. Und vor allem findet durch die Auseinandersetzung mit dem eigenen beruflichen Handeln im Austausch mit der Gruppe Qualitätssicherung statt. Natürlich wird in der Intervision auch Psychohygiene betrieben. Das sich Mitteilen und Teilen in der Gruppe wirkt psychisch entlastend und unterstützt das Wohlbefinden sowie das Selbstwirksamkeitserleben. Kommunikations- und Moderationskompetenzen werden erworben, (Asbeck & Weisgerber, 2015) Ressourcen entdeckt. Wobei die Gestaltung von Kontakten und Beziehungen zu anderen Teilnehmern letztendlich selbst auch eine Ressource darstellen kann. Intervision schafft demnach Rückhalt und Anerkennung.

Ein primärer Vorteil der Intervision ist sicher, dass sie eine relativ kostengünstige Weiterbildungs- und Qualitätssicherungsmaßnahme ist, da kein Honorar an einen Berater gezahlt werden muss. Sie ist niederschwellig und benötigt wenig Aufwand, somit sind Probleme schnell bearbeitbar (Lippmann, 2013). Ferner ist sie flexibel an die Bedürfnisse der Beteiligten anpassbar. Faktoren, die die Arbeit limitieren, sind die eventuelle Bewertung der Intervision durch andere Kollegen, Vorgesetzte z. B. als „Lagerkreis“ oder die Abwertung einzelner Kollegen in der Intervision selbst. Versuche, Gruppenkonflikte im Intervisionsformat auszutragen, sind als nicht hilfreich zu betrachten. Es herrscht meist keine Regelmäßigkeit und Machtspiele innerhalb der Intervisionsgruppe sowie mögliche Beratungsresistenz von Mitgliedern können die Arbeit zudem erschweren (Brinkmann, 2002).

### **2.3 Selbsterfahrung**

Die Selbsterfahrung hat ihren Ursprung in dem von Freud entwickelten Konzept der Übertragung und Gegenübertragung und der Bedeutung beider für die psychotherapeutische Beziehung (Freyberger, 2009). Um mit dieser professionell umzugehen, sollen Therapeuten für eigene Konflikte sensibilisiert sein und mit ihnen einen guten Umgang führen. Aus dieser Notwendigkeit hat sich die Selbsterfahrung auch in der Verhaltenstherapie, basierend auf der psychoanalytischen Lehrtherapie, entwickelt. Als ein Bestandteil der Psychotherapieausbildung ist sie seit Mitte der Achtziger Jahre, mit der Anerkennung der Verhaltenstherapie als Richtlinienverfahren (1987) und dem Psychotherapeuten-Gesetz (1999) neben Theorie und Metho-

denwissen, praktischer Ausbildung und Supervision, in allen Therapierichtungen eine Säule der Ausbildung und gesetzlich verpflichtend im Rahmen der Kassenzulassung mit min. 100 Stunden (Laireiter, 2011; Leitner & Gahleitner, 2014).

Laireiter (2005, S. 270) differenziert zwischen drei unterschiedlichen Konzepten der verhaltenstherapeutischen Selbsterfahrung mit ihren Unterformen:

- 1) *Konzepte zur Förderung personaler und sozialer psychotherapeutischer Kompetenzen.* Darunter zählen *personenorientierte Selbsterfahrung und Eigentherapie* in denen persönliche Themen bearbeitet werden, unabhängig von der Tätigkeit als Therapeut und *praxisbezogene Selbsterfahrung und Selbstreflexion* bei denen persönliche und interaktionelle Aspekte, welche sich im Zusammenhang mit der Arbeit als Therapeut ergeben, reflektiert werden. Als drittes zählen zu dieser Gruppe *Selbstmodifikationsprogramme oder Selbstmanagementkonzepte*, in denen persönliche Probleme und Ziele eher verändert werden sollen.
- 2) *Konzepte zur Förderung der Entwicklung von Methodenkompetenz:* Zu ihnen zählen *ausbildungsintegrierte Selbsterfahrung* zur Anwendung von therapeutischen Methoden in Ausbildungsgruppen und *methodenbezogene Selbsterfahrung* in denen therapeutische Methoden selbst angewandt, erfahren und geübt werden sollen. Als Drittes wird *Selbstmodifikation als Selbsterfahrung* hier subsummiert.
- 3) *Mehrdimensionale Konzepte* integrieren verschiedene Einzelkonzepte (personen-, praxis- oder methodenorientiert) in kombinierten Modellen.

Gahleitner et al. (2015) beschreiben Selbsterfahrung als: „*angeleitete emotionale und kognitive Erfassung des Subjekts in seiner Entwicklung, in seiner Lebenswelt sowie die unmittelbare Erfahrung von Mustern eigenen Denkens, Fühlens und Verhaltens in bestimmten Situationen und deren Reflexion und Integration*“ (zitiert nach Forschungsgruppe Selbsterfahrung, 2013, S. 7).

Selbsterfahrung setzt daher vor allem Selbst-Bewusstsein, kritische Selbstbeobachtung und Selbstreflexion sowie eine „Ko-responzenz“ mit anderen voraus

(Petzold, 2009, S. 89). Da die Konzepte so unterschiedlich sind, gehen ebenso Methoden, Inhalte wie auch Ziele weit auseinander (Laireiter & Fiedler, 1996). Von Laireiter (2000) werden sechs grundlegende Gruppen von Funktionen der Selbsterfahrung genannt.

- 1) *Therapeutische Funktion.* Die Auszubildenden sollen auf ihre eigenen persönlichen Belastungen, Schwächen, Ängste und blinde Flecken aufmerksam werden. Eventuelle psychische oder interpersonale Störungen sollen reduziert und psychische/emotionale Funktionen, wie z. B. Empathie, verbessert werden.
- 2) *Sensibilisierung für das eigene Verhalten und Erleben.* Hierzu zählt die Entwicklung *einer* differenzierten Fremd- und Selbstwahrnehmung. Die eigene Lebensgeschichte, das Selbstbild, sowie die Positionen in Gruppen und Beziehungen werden betrachtet. Therapiefördernde Eigenschaften/Kompetenzen und Ressourcen sollen besser wahrgenommen und gestärkt werden. Die Persönlichkeit der Teilnehmer soll reifen und das interaktionelle Repertoire erweitert werden.
- 3) *Präventive Funktion bzw. Belastungsreduktion.* Die Risiko- und Belastungsprävention stellt ebenfalls ein Ziel der Selbsterfahrung dar. Themen wie Ressourcenorientierung, Aufbau emotionaler Stabilität und Coping-Strategien zum Umgang mit Frustration in schwierigen therapeutischen Situationen sollen dabei unterstützen, beruflich bedingten Stress zu lindern und Burn-out vorzubeugen.
- 4) *Sozialisation und Identitätsstiftung.* Selbsterfahrung wirkt auch identitätsstiftend in Bezug auf den Beruf des Therapeuten. Der Auszubildende soll sich mit der Methode stärker identifizieren, seine persönliche Rolle als Therapeut finden und eine entsprechende Identität erwerben. Die Teilnehmer sollen ein humanistisches Menschenbild mit Werten wie Achtsamkeit, Mitgefühl und Fehlerfreundlichkeit entwickeln (Kämmerer et al., 2011).

- 5) *Empathieförderung.* Die Teilnehmer werden für die Rolle der Patienten, in die sie schlüpfen, und somit auch für deren Erfahrungen, Bedürfnisse und Reaktionen in der Therapie sensibilisiert. Empathie und Verständnis für menschliche Probleme werden erworben (Seipel & Döring-Seipel, 1998).
  
- 6) *Methodisch-didaktische Funktion bzw. Ausbildungsfunktion.* Zuletzt hat Selbsterfahrung (v. a. in der Verhaltenstherapie) natürlich das Ziel Methoden, Techniken und Strategien der jeweiligen Therapierichtung über das Lernen am Modell anzuwenden und einzuüben. Therapeutische Kompetenzen sollen entwickelt und verbessert werden (Freyberger, 2009; Laireiter, 2011).

Selbsterfahrung stellt für alle oben genannten Ziele einen geschützten Rahmen zur Verfügung, in dem das eigene emotionale Erleben und der Umgang mit Gefühlen reflektiert werden können. Es werden hier die zwei wichtigsten Positionen deutlich: die Notwendigkeit berufs- und praxisbezogener Selbsterfahrung sowie die Wichtigkeit von personenbezogener Selbsterfahrung (Laireiter & Fiedler, 1998). Die genannten Ziele sollen aber letztendlich auch die therapeutische Wirksamkeit erhöhen (Macran & Shapiro, 1998).

Nach Laireiter (2005, S. 267-268) sollte Selbsterfahrung stets wichtigen Prinzipien unterliegen. Sie sollte nicht der Selbstverwirklichung dienen oder gar Selbstzweck sein, sondern stets auf Ausbildungszielen und Entwicklung von Kompetenzen aufbauen (Ziel und Kompetenzorientierung). Selbsterfahrung muss dem Entwicklungsprozess der Therapeuten dienen (Entwicklungsorientierung) und den Grundsätzen der Ausbildung entsprechen (Systemimmanenz). Die Konzepte und Methoden müssen empirisch nachweisbar sein und eine konstante Evaluation und Kosten-Nutzen-Berechnung durchgeführt werden (Evaluation und Effizienz).

Abschließend sollen aber auch kurz negative Auswirkungen der Selbsterfahrung auf die Teilnehmer angesprochen werden, die sich v. a. im Kontext der Ausbildung abzeichnen. Am häufigsten werden hier von Kandidaten Probleme wie Finanzierung der Stunden (v. a. bei der hochfrequenten Lehranalyse), Machtausnutzung von Gruppenleitern, Grenzverletzungen, sexuelle Annäherungen, Inkompetenz, sadistisches oder emotional missbräuchliches Verhalten, fehlendes Verständnis sowie

Bewertungsangst, die damit verbundene geringe Öffnung der Kandidaten und somit ein geringer Lerneffekt genannt (Pope & Tabachnik, 1994). Die geringe Bereitschaft sich zu öffnen, kann auch darin begründet sein, dass teilweise Selbsterfahrungsleiter gleichzeitig die Position von Supervisor und Prüfungsleiter innehaben und so Abhängigkeitsverhältnisse entstehen (Groeger, 2003). Auch aus diesem Grund wird die Bedeutung und Notwendigkeit der Selbsterfahrung immer noch kritisch diskutiert. Begründet wird die Anwendung v. a. durch die empirisch belegbare hohe Akzeptanz bei Teilnehmern (siehe Kap. 2.5) und der Abklärungsnotwendigkeit von Motiven zur Ergreifung des Berufes (Lieb, 1998). Hauptsächlich wird Selbsterfahrung in der Ausbildung angewandt. Nur einzeln wird gefordert sie auch berufsbegleitend zu integrieren (Laireiter & Willutzki, 2003).

## **2.4 Zusammenfassung**

Ersichtlich ist, dass alle drei qualitätssichernden Maßnahmen prinzipiell nur unterschiedliche Variablen der Selbstreflexion darstellen. Lediglich in ihrer Durchführung unterscheiden sie sich punktuell. Wird mit Gleichgestellten über die Arbeit reflektiert, spricht man von Intervision, geschieht dies angeleitet durch professionelle Personen, handelt es sich um eine asymmetrische Beziehung und entweder um Supervision oder Selbsterfahrung. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion ist Voraussetzung zur Teilnahme aller drei Maßnahmen und gleichzeitig das zentrale Element, welches durch sie noch gefördert werden soll.

Supervision, Intervision und Selbsterfahrung sollen Probleme, Schwierigkeiten und Belastungen im therapeutischen Arbeitsfeld vorbeugen und bewältigen sowie die berufliche Zufriedenheit und Motivation erhalten und bestenfalls noch erhöhen (Tietze, 2003). Dabei sollen Kompetenzen und Stärken weiterentwickelt, Schwächen erkannt und Perspektiven erweitert werden.

Während bei der Intervision meist ein konkreter Grund zur Teilnahme führt, kann in der Supervision die Fragestellung auch erst entwickelt und dann bearbeitet werden. Die Selbsterfahrung hingegen kommt einer Prophylaxe nahe, bei der mögliche Schwierigkeiten bearbeitet werden können, bevor sie in der Arbeit aufkommen.

Zur Bearbeitung inter- und intrapersoneller Probleme dient sicherlich die Intervision weniger gut. Hier sollte eine Supervision oder Selbsterfahrung angedacht werden. Sicherlich sind noch andere Unterschiede und Ähnlichkeiten zu nennen, wie beispielsweise die festgelegte Struktur der Supervision und Intervision im Gegensatz zur Selbsterfahrung und der Vorteil der Intervision schnell, aktuell und kostengünstig Hilfestellung bieten zu können, verglichen mit den anderen Maßnahmen, welche mit Kosten für den Therapeuten verbunden sind.

Letztendlich fördern Supervision, Selbsterfahrung und Intervision aber durch den Anstoß der reflexiven Fähigkeiten und Problemlösekompetenzen alle gleichermaßen auch die Weiterentwicklung der professionellen und persönlichen Fähigkeiten der Therapeuten, welche letztendlich dessen Arbeit und somit den Patienten zu Gute kommen. Eine konstante Reflexion und Weiterentwicklung des Therapeuten dient dabei nicht nur der Sicherung der Qualität, sondern kann auch zur stetigen Verbesserung der Therapieergebnisse führen, welches das übergeordnete Ziel der Psychotherapieforschung ist. Grund genug also den Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Therapeuten und Supervision, Intervision und Selbsterfahrung genauer zu betrachten. Nur wenn bekannt ist, welche Gründe zur Inanspruchnahme der Maßnahmen führen, kann diese auch erhöht werden und über die damit gesteigerte Effektivität und dem einhergehenden höheren Wohlbefinden der Therapeuten eine noch bessere therapeutische Versorgung gewährleistet werden.

## **2.5 Bewertung der Maßnahmen**

Um die Effekte der qualitätssichernden Maßnahmen zu erfassen, lassen sich zum einen objektive Methoden, also Beobachtungen und Behandlungsergebnisse nutzen. Die Selbsterfahrung beispielsweise betreffend konnten solche Untersuchungen aber noch keine eindeutigen Zusammenhänge zur Effektivität zeigen. Zum Teil wurden sogar negative Einflüsse zu Erfolgsvariablen verzeichnet (Kap. 2.6). Als Zweites dienen auch Befragungen von Ausbildungskandidaten und Therapeuten dazu den Einfluss von Supervision, Selbsterfahrung und Intervision zu erfassen.

Orlinksy et al. (2001) erfassten in ihrer Arbeit fünf sehr wichtige Einflüsse auf die Entwicklung der Karriere bei Therapeuten. Darunter zählen: persönliche Erfah-

rungen außerhalb der therapeutischen Arbeit, Kurse und Seminare, das Lesen von Fachliteratur, Diskussionen mit Kollegen (Intervision) und Supervision. Psychotherapeuten gaben auch im hohen Alter noch an, dass ihre Supervisoren rückblickend, als eine Art Mentor, noch einen großen Einfluss auf ihre aktuelle Arbeit und retrospektiv auch auf ihre frühere Entwicklung gehabt haben (Rønnestad & Skovholt, 2001). Allerdings zeichnet sich diese qualitative Studie durch eine sehr kleine Stichprobe aus. Schon Guest und Beutler (1988) konnten zeigen, dass die ersten Supervisionserfahrungen auch Jahre nach der Ausbildung noch Einfluss auf die theoretische Orientierung und die Werte des Therapeuten haben. Supervision wird von Praktikern jeder Karrierestufe konstant als zweit- oder dritt wichtigster positiver Einflussfaktor auf die Entwicklung, nach der Arbeit mit dem Patienten, eingestuft. Für Anfänger ist sie sogar der wichtigste Einflussfaktor (Rønnestad & Orlinsky, 2006). Bis zu 56 % der Therapeuten (7– 25 Jahren Praxiserfahrung) waren wegen eines Falles in Supervision. Viele nutzen also Supervision auch noch lange nach der Ausbildung. Eine sehr hohe Zufriedenheit mit Supervision wurde auch bei Schofield und Grant (2007) von 65 % der Therapeuten angegeben. 25 % waren durchschnittlich zufrieden. Hingegen waren 8 % sogar sehr unzufrieden. Therapeuten in Neuseeland stufen Supervision, Training und Eigentherapie ebenfalls als wichtigste Elemente für ihre professionelle Entwicklung ein. Supervision wurde dabei noch vor die Patientenbehandlung, Eigentherapie/Selbsterfahrung an die vierte Stelle gesetzt. Die wahrgenommene Wichtigkeit der Supervision unterschied sich dabei nicht nach dem Erfahrungsstand der Therapeuten (Kazantzis et al. 2009). In einer Studie von Orlinsky und Rønnestad (2009) bewerteten Psychotherapeuten auf allen Karrierestufen Supervision ebenfalls als sehr wichtigen Einflussfaktor für ihre derzeitige Entwicklung. Hier gaben nur 2 % einen negativen Einfluss an. 95 % der Therapeuten, die derzeit in Supervision waren, bewerteten sie als effektiv, davon 79 % als hoch effektiv für ihre Entwicklung. Durchschnittlich wurde von einer Inanspruchnahme von fünf Jahren Supervision berichtet, dies auch über die Ausbildung hinaus. Die direkte Erfahrung mit Patienten wurde als wichtigster positiver Einfluss auf die derzeitige Entwicklung, danach die Eigentherapie/Selbsterfahrung (80 %) und als Drittes Supervision (79 %) genannt. Interessanterweise bewerteten Anfänger die Supervision sogar als wichtiger als die direkte Arbeit mit den Klienten, welche in an-

deren Kohorten stets als wichtigster Einfluss angegeben wurde. Auch Intervision wurde von Anfängern als wichtiger bewertet als von erfahreneren Therapeuten. Kurse und Seminare hingegen waren weniger wichtig für Anfänger. Die Autoren bezeichnen daher die Supervision und Eigetherapie/ Selbsterfahrung in Zusammenhang mit der direkten klinischen Arbeit als die wichtigste „Triade“ von positiven Einflüssen auf die Entwicklung des Therapeuten.

Eine Mitgliederbefragung der Landespsychotherapeutenkammer Hessen zeigte, dass die 1067 befragten Psychotherapeuten als Nutzen von Supervision und Intervision v. a. die berufliche Weiterbildung angeben und einen hohen Stellenwert der Sicherung der Qualität beimessen. 22 % nutzen Teamsupervisionen, 46 % Fallbesprechungen, 52 % Einzelsupervisionen und 76 % Intervisionen. Als Gründe für die Inanspruchnahme wurden berufliche Wissenserweiterung, Weiterentwicklung, therapiebezogene Problemlösung, kollegialer Austausch, individuelle emotionale Entlastung und formale Gründe angegeben (Felder & Mattajat, 2010; Ochs et al., 2012). Die qualitativen Ergebnisse der Studie von Protz und Ochs (2011), mit 842 Teilnehmern, zeigen, dass ebenfalls vor allem die berufliche Weiterbildung und Qualitätssicherung als größter Nutzen, namentlich das eigene Handlungs-, Denk- und Wissensspektrum zu erweitern (362 Nennungen), seine Perspektiven zu erweitern (133x) und neue Anregungen und Ideen (93x) mitnehmen zu können, genannt wurde. Des Weiteren wurde häufig die Möglichkeit des Austauschs und Kontakt mit Kollegen (171x) als Grund für die Inanspruchnahme und als Nutzen angegeben, sowie die Sicherung und Überprüfung der Qualität (114x). Ebenso genannt wurde die therapiebezogene Unterstützung, Reflexion und Problembewältigung, therapiebezogene Klärung und Problembewältigung (213x), Erkenntnisgewinn und Klärung im Hinblick auf die therapeutische Beziehung, den therapeutischen Prozess bzw. die Psychodynamik des Patienten (108x) und die Reflexion des therapeutischen Handelns (107x).

Supervision hilft auch das Selbstvertrauen bzgl. der Arbeit mit Patienten zu steigern. Supervisanden schätzen den sicheren Raum, um persönliche und professionelle Probleme zu besprechen und sehen dies als Ausgangspunkt der Entwicklung eines „internalen“ Supervisors (Rhodes, Nge, Wallis & Hunt, 2011; Worthen & McNeill, 1996).

Einzel-supervision wird als wirksam für die Beziehungsgestaltung, der Förderung von Sicherheit im Umgang mit Patienten, den methodisch-technischen Kompetenzen und dem Vertrauen in die eigene Fähigkeit bewertet (Zimmer & Zimmer, 1998). Therapeuten geben an, durch Supervision die Patientenperspektive besser zu verstehen, sensibler für die Probleme und selbstsicherer im Umgang mit unterschiedlichen Patienten zu sein. Die offenen Diskussionen in der Supervision führten ihrer Meinung nach auch zu einem besseren Ergebnis der Therapie (Ancis & Marshall, 2010 zitiert nach Wilson, Davis & Weatherhead, 2015). Denhag und Ybrandt (2013) haben die Entwicklung von Therapeuten in der Ausbildung und den Einfluss der Supervision vor dem Hintergrund der Dimensionen therapeutischer Erfahrung nach Rønnestad und Orlinsky (2006) untersucht. Auszubildende berichteten, dass die Supervision zu einer Steigerung des *Healing Involvements* und ihrer therapeutischen Fertigkeiten, sowie zu einer Abnahme des *Stressful Involvements* führe (s. Kap. 4.1). Sie fühlten sich selbstsicherer und effizienter im Umgang mit Patienten nach der Supervisionseinheit.

Für die Intervision gibt es keine Studien, die ihre Wichtigkeit oder ihre Effekte auf Therapeuten untersucht haben.

Auch bezüglich der Selbsterfahrung wird ein großer wahrgenommener Nutzen für die Auszubildenden und ihre berufliche Tätigkeit in Befragungen deutlich. Die Wirkung, welche von Teilnehmern am wichtigsten eingestuft wird, ist die auf die Verbesserung der Empathie, des Selbstwertes, der Selbstreflexion und der therapeutischen Effektivität. Die generelle Inanspruchnahme der Selbsterfahrung ist durch Psychotherapeuten sehr hoch. Bike, Norcross und Schatz (2009) berichten von 84 %, Orlinsky, Schofield, Schroeder und Kazantzis (2011) von 87 % der befragten Therapeuten, die mindestens einmal Selbsterfahrung genutzt haben. Jedoch unterscheidet sich die Inanspruchnahme nach Fachrichtung, Ausbildungsstand und beruflicher Erfahrung. Die Ergebnisse zeigen aber, dass von so gut wie allen Teilnehmern die Selbsterfahrung als positiv und relevant bewertet wird. In einer Studie von Lieb (1998) wurde Selbsterfahrung von zukünftigen sowie ehemaligen Teilnehmern am Institut für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie (IFKV) in Bad Dürkheim evaluiert. Ihre Häufigkeit wurde dabei zwischen zu gering und genau richtig eingeschätzt. Die Teilnehmer bewerteten in dieser Querschnittsuntersuchung die

Selbsterfahrung auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit  $M= 4,89$  ( $SD = 0,31$ ) als äußerst wichtig und als einen der drei wichtigsten Ausbildungsbestandteile. Als am Wichtigsten wurde die Durchführung von Therapien genannt, danach Supervision und als dritter Bestandteil, neben der Selbsterfahrung, die Praxisvermittlung in Kursen. Als weniger wichtig hingegen wurden das Literaturstudium, die Erstellung von Falldokumentationen, das Gruppenerleben sowie die Vermittlung der Theorie bewertet (Lieb 1998, S. 274). Auch bei Orlinsky, Botermans und Rønnestad (2001) wurde von 4000 Therapeuten Selbsterfahrung als eine der drei wichtigsten (von 14) Ausbildungselementen benannt. Bei Verhaltenstherapeuten hingegen wurde die Selbsterfahrung nur an die siebte Stelle gesetzt (zitiert nach Lieb, 1998). In einer Studie von Leitner und Gahleitner (2014) bestätigten 93,3 % der Teilnehmer mit sehr großer Zustimmung, dass Selbsterfahrung ganz allgemein als Bestandteil der Psychotherapieausbildung unbedingt notwendig sei. 5,2 % gaben große Zustimmung an. Orlinsky (2013) befragte mehr als 1000 Therapeuten, fast alle gaben an mindestens einmal Selbsterfahrung genutzt zu haben - die Mehrheit davon mehr als einmal. Die Gründe weshalb Selbsterfahrung in Anspruch genommen wurde, waren allerdings sehr unterschiedlich. Auch hier gab die Mehrheit an, dass die Selbsterfahrung einen positiven bis sehr positiven Effekt auf die persönliche Entwicklung hat. Die Therapeuten, die mehr als einen Grund für die Teilnahme angaben, empfanden hier den größten persönlichen Nutzen.

In einer Studie von Frank et al. (2015) wurde als allgemeiner Nutzen der Einzelselbsterfahrung von 326 Teilnehmern mit 92,2 % eine generelle Wichtigkeit benannt, von 91 % das Nutzen für die therapeutische Beziehung und von 78,9 % Effekte auf die therapeutische Technik. Die therapeutische Beziehung war dabei signifikant wichtiger als die Techniken ( $p \leq .001$ ). Es wurden keine Wechselwirkungen der Angaben zu der therapeutischen Orientierung ( $p = .086$ ) gefunden. Auch ein deutlicher Lernzuwachs bzgl. ihrer Methodenkompetenz, ein gestiegenes Selbstvertrauen sowie die eigenen Kommunikationsprobleme und „blinden Flecken“ besser zu kennen, sich mit der eigenen Lebensgeschichte befasst zu haben, aufgrund der Selbsterfahrung gaben Teilnehmer an (Döring-Seipel, Schüler & Seipel., 1995; Hippler 1994). Allgemein ist zu verzeichnen, dass von Teilnehmern ein hohes Maß an Veränderung durch Selbsterfahrung berichtet wird, v. a. für die Dimensionen

*Selbstvertrauen und Ressourcenentdeckung, Verhaltenstherapeutische Methoden in Eigenerfahrung und Neuverstehen von sich selbst.* Das Ausmaß dieser Veränderungen nimmt während der Ausbildung zu, allerdings nicht linear (Lieb, 1998). Bei der Analyse von Macran und Shapiro (1998) zum damaligen Forschungsstand, gaben die meisten Therapeuten an, von Selbsterfahrung persönlich und auch professionell zu profitieren. Allerdings wurden keine objektiven Belege für direkte Effekte auf den Patienten-Outcome gefunden (Kap. 2.5). Dennoch wird von den Autoren ein positiver Einfluss auf Therapeuteneigenschaften wie Empathie und Authentizität angenommen. Diese Eigenschaften können wiederum die Therapiewirksamkeit beeinflussen. Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommen Orlinsky et al. (2011). Indem Selbsterfahrung Empathie und Sensitivität des Therapeuten fördere, trage sie zu dessen professioneller Entwicklung und damit auch zum Therapieergebnis mit bei. 83 % der Therapeuten geben positive Effekte auf Selbsteinsicht und Selbstreflexion, 71,5 % auf die Reduktion von Belastungs- und Stresserleben an. Vor allem die positive Bewertung der Auswirkungen auf die professionelle Kompetenz wird deutlich. 98,5 % gaben Effekte auf das Verständnis für den therapeutischen Prozess und das Erkennen und Verstehen der Dynamik der therapeutischen Beziehung an. 97 % benannten positive Effekte auf das Erlernen therapeutischer Methoden und der Verbesserung der eigenen therapeutischen Wirksamkeit (Laireiter, 2000). Willutzki und Ambühl (2000, zitiert nach Laireiter, 2005) führten eine Survey-Studie bzgl. der Effekte der Selbsterfahrung anhand von 140 Verhaltenstherapeuten durch und fanden keinen Einfluss auf die selbst wahrgenommene therapeutische Effektivität, Empathie oder wahrgenommene methodisch-technische oder Beziehungskompetenzen. Es wurde allerdings ein Effekt auf die subjektiv beurteilte professionelle Entwicklung aktuell und seit Beginn der therapeutischen Arbeit gefunden. Therapeuten, die Selbsterfahrung nutzten, beurteilten ihre professionelle Entwicklung retrospektiv und aktuell signifikant positiver als Therapeuten ohne Selbsterfahrung.

Der bewertete Einfluss der Selbsterfahrung unterscheidet sich jedoch in Studien z.T. auch nach dem praktizierten Therapieverfahren. Verhaltenstherapie-Auszubildende betrachten den Effekt niedriger als Psychodynamiker (Lucock, Hall & Noble, 2006) und schätzten den professionellen und praktischen Nutzen höher ein als den persönlichen. Bei Psychodynamikern ist dieser Effekt umgekehrt (Dobernig

& Laireiter, 2000, 2005). In einer Studie von Leitner und Gahleitner (2014) stimmten die Teilnehmer im Mittel mit 93,3 % zu, dass sie von der Einzelselbsterfahrung im Bereich therapeutischer Techniken profitiert hätten. Dass sie durch die Einzelselbsterfahrung in ihrer persönlichen Entwicklung profitiert hätte, stimmten sie signifikant niedriger zu mit 80,5 % ( $p < .001$ ). Hier zeigten sich Interaktionseffekte mit der therapeutischen Orientierung. Systemische Therapeuten hatten deutlich mehr Input für ihre Persönlichkeitsentwicklung erlebt als Zuwachs an technischem Handwerkzeug. Was den wahrgenommenen Effekt für die Persönlichkeitsentwicklung betrifft, konnte in dieser Studie kein signifikanter Unterschied zwischen den therapeutischen Orientierungen gefunden werden. Verhaltenstherapeuten schätzten allerdings ihren subjektiven Profit niedriger ein als Systemiker, Humanisten oder Tiefenpsychologen. Jedoch ist dieses Ergebnis nicht signifikant. Erfahrenere Therapeuten bewerteten den Effekt der Einzelselbsterfahrung auf die Persönlichkeitsentwicklung ( $MW = 86,7$  %;  $SD = 19,3$ ) deutlich geringer als Therapeuten in Ausbildung ( $MW = 95,3$  %;  $SD = 9,3$ ) ( $p = .14$ ).

Besonders zufriedene Teilnehmer scheinen stärker zu profitieren von der Selbsterfahrung (Zufriedenheit mit der Arbeitsatmosphäre und dem Nutzen) in Bezug auf ihre persönliche Entwicklung (Schön & Vaitl, 1998). Zum Teil zeigten sich nur dann positive Einflüsse auf die aktuelle Lebenszufriedenheit, wenn die Therapeuten eine nützliche oder positive, einflussreiche Erfahrung mit der Selbsterfahrung gemacht hatten (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Vor allem das Einbringen persönlicher Themen und die Beschäftigung mit den Themen über die Sitzungen hinaus wird von den Teilnehmern als Wirkfaktor betrachtet (Lieb, 1998). Selbsterfahrung wird vermutlich besonders anregend und gewinnbringend erlebt, wenn die Teilnehmer sich auf die jeweiligen Inhalte einlassen können und wollen.

Es lässt sich also feststellen, dass ein Großteil der Auszubildenden und Psychotherapeuten jedes Verfahrens und unterschiedlicher Herkunft Selbsterfahrung und Supervision anerkennen, sie als ausgesprochen nützlich und ihre Effekte im Hinblick auf den späteren therapeutischen Kompetenzgewinn und die persönliche Entwicklung ausgesprochen positiv sehen (Freyberger & Sartory, 2009; Orlinsky, Norcross, Rønnestad & Wiseman, 2005). Selbsterfahrung wird von den Ausbildungselementen der Verhaltenstherapie in der Regel als zweit- oder dritt wichtigstes

Element benannt, vor theoretischer und methodischer Ausbildung und hinter der therapeutischen Arbeit. Supervision zum Teil sogar als Wichtigster. Viele Studien aus den 90er Jahren haben dies schon früh belegt (Dobernig & Laireiter, 2000; Lieb, 1998; Schön, 2001). Allerdings lässt sich vermuten, dass die positiven Bewertungen der Teilnehmer zum Teil durch die Identifizierung mit der Ausbildung, ihren Inhalten, Zielen und Methoden herrührt. Eine kognitive Dissonanzreduktion, als Selbstschutz, kann dabei zu den Zufriedenheitswerten führen. Schließlich entfallen hohe Ausbildungskosten auf Supervision und Selbsterfahrung. Es darf dann nicht „schlecht sein [...]“, wofür man mehrere Jahre lang innere Kraft, Zeit und Geld investiert [...]“ hat (Zimmer & Zimmer, 1998, S. 25). Schließlich existieren auch Befunde zu negativen Effekten und Bewertungen obligatorischer Selbsterfahrung (u. a. Rønnestad & Ladany, 2006). Daher ist es nicht verwunderlich, dass auch einige Autoren sich inzwischen gegen sie aussprechen (Rief et al., 2009, zitiert nach Frank et al. 2015) oder klare Belege fordern, was ihre Effektivität für das Therapieergebnis betrifft.

## **2.6 Effekte klinischer Supervision, Intervision und Selbsterfahrung**

Nach der Darstellung der subjektiven Wichtigkeit der qualitätssichernden Maßnahmen für Psychotherapeuten (Kap. 2.5) soll nun auf Belege für ihre Effekte eingegangen werden.

Obwohl Supervision und Intervision eine hohe Bedeutung für die psychotherapeutische Ausbildung und die Versorgungspraxis haben, liegen nur wenige und lückenhafte Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit vor, welche teilweise durch methodische Mängel nur eingeschränkt gültig sind. Dies betrifft auch Studien, die schon vor Jahren durchgeführt wurden, signifikante Ergebnisse für ihre Effektivität fanden und nun in Reviews erneut beleuchtet wurden (Strauß, Wheeler & Nodop, 2010). Unrealistische Kriterien, kleine Stichproben und unscharfe Operationalisierung von Supervision (z. B. nur kurze Kontakte mit nicht ausgebildeten Supervisoren), machen es schwierig die Effekte genau zu erfassen (Lambert & Arnold, 1987). Die unklare Datenlage, welcher spezifische Einfluss nun der Supervision zugesprochen werden kann, bleibt also zunächst bestehen (Wheeler & Richards,

2007 zitiert nach Strauß et al., 2010).

Am stärksten empirisch gesichert, scheint die Wirkung der Supervision auf die Beziehungsgestaltung und die interpersonellen Fähigkeiten des Psychotherapeuten (Auckenthaler, 1999; Lambert & Ogles, 1997). Bambling, King, Raue, Schweitzer und Lambert (2006) haben depressive Patienten randomisiert supervidierten und nicht supervidierten Therapeuten zugewiesen. Ein vorgegebenes Manual sicherte die Standardisierung der Supervision. Therapeuten, welche Supervision erhielten, hatten eine bessere Beziehung zum Patienten, zufriedeneren Patienten, mit größerer Symptomreduktion und geringerer Abbruchquote. Knox (2013) allerdings fand, dass sich Supervisanden nicht in ihrer Allianz oder im Therapie-Outcome von Therapeuten ohne Supervision unterscheiden. Inman et al. (2014) widerlegten, dass Supervision die Beziehungsarbeit zwischen Therapeut und Patient stärke. In einer frühen Studie von Beck (1986) mit erfahrenen Verhaltenstherapeuten zeigte sich sogar, dass laufende Supervision davor schützte, dass die in einem dreimonatigen Kurs erlernten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Skills sich verschlechterten. Die Skills der Therapeuten ohne Supervision waren neun Monate auf ihr Ausgangsniveau zurückgesunken.

Harkness (1995) fand eine Korrelation zwischen der Bewertung des Supervisors vom Therapeuten, der Qualität seiner Problemlösestrategien, seiner Empathie einerseits und Ergebnismaßen, wie die Zufriedenheit des Patienten ( $r = .31$ ), andererseits. Dies kann auf zwei Weisen interpretiert werden. Therapeuten, die ihre Supervisoren als hilfreich empfinden, lernen evtl. Therapie-Skills, welche wiederum zu weniger Symptomen der Patienten führen. Dies würde für einen *Carry-over-effect* von der Supervision in die Praxis sprechen. Möglich wäre aber auch, dass Therapeuten in der Anfangsphase noch Verbesserungen ihrer Patienten, statt sich selbst, eher der Supervision zusprechen und daher ihre Supervisoren besser bewerten als Therapeuten, dessen Patienten sich nicht verändern.

Holloway und Neufeldt (1995) untersuchten die Effekte von Supervision auf das Therapieergebnis und gehen davon aus, dass verschiedene Faktoren, die möglicherweise zur Behandlungseffizienz beitragen, von Supervision beeinflusst werden. Diese beinhalten u. a. die Fähigkeit des Therapeuten seine Fälle zu konzeptualisieren, Interventionen auszuwählen und sie nach spezifischen Modellen anzu-

wenden. Trotz einer nur sehr kleinen Stichprobe kommt Tiantafillous (1997) in seiner Studie zu dem Schluss, dass lösungsbasierte Supervision zu größerer Arbeitszufriedenheit und besserem Patienten-Outcome führt als administrative Supervision (zitiert nach Freitas, 2002). Die Arbeitszufriedenheit geht mit höherer wahrgenommener Qualität der Supervision einher, nicht aber mit der Quantität (Schröfel, 1999, zit. nach Spence, Willson, Kavanagh, Strong & Worrall, 2001). So konnte auch keine Besserung von psychiatrischen Patienten in Zusammenhang mit der Höhe an Supervisionsstunden gefunden werden (Steinhelber, Patterson, Cliffe & Legoullon, 1984). In einer Übersichtsarbeit konnte Freitas (2002) noch zu keinem abschließenden Ergebnis auf die Frage, ob Supervision das Therapie-Outcome verbessern kann, kommen. Callahan, Almstrom, Swift, Borja und Heath (2009) ziehen zwischenzeitlich allerdings den Schluss, dass Supervision ca. 16 % der Ergebnisvarianz in der Therapie ausmacht. Eine neue Studie von Wrape, Callahan, Ruggero und Watkins (2015) mit Ausbildungskandidaten will auch moderate Effekte auf das Therapieergebnis durch Supervision gefunden haben.

Selbsterfahrung, Wissensvermittlung und Austausch kann in der Supervision ein Einflussfaktor für die Steigerung der Selbsterkenntnis sein. Es gibt inzwischen einige Hinweise, dass Supervision die Selbsteffizienz wirklich steigert und die Selbstwahrnehmung stärkt (Inman et al., 2014). Ladany, Ellis und Friedlander (1999) untersuchten Supervisanden während eines Semesters wöchentlicher Supervision. Nach dem Semester war die Selbstwirksamkeit der Auszubildenden gestiegen. Ähnliche Ergebnisse fanden auch Cashwell und Dooley (2001), welche supervidierte mit nicht supervidierten Therapeuten in einem Posttest verglichen. Therapeuten mit Supervision zeigten im Mittel höhere Level von Selbstwirksamkeit ( $M = 185,6$ ) als Therapeuten ohne Supervision ( $M = 167,36$ ). Woher diese erhöhten Level genau rühren, bleibt von den Autoren unbeantwortet. Kritisch anzumerken ist, dass diese Studie aus einer kleinen Stichprobe besteht. In einer Metaanalyse von Whittaker (2007), in Kombination mit Interviews, wurde der Zusammenhang von Supervision, Ängstlichkeit und Selbsteffizienz untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass Supervision deutlich die Selbsteffizienz steigert, es dabei aber auf die Art der Supervision ankommt und sie ebenso zu einer Zunahme der Angst führen kann ( $d: .896$  und  $.592$ ). Insgesamt hat Supervision einen mittleren Effekt auf die Ängstlich-

keit und einen ausgeprägten Effekt auf die Selbsteffizienz.

Bisher existieren kaum Studien, die die Wirksamkeit der Intervention überprüft haben. Daher konnte bisher auch keine Beziehung zur therapeutischen Kompetenz gefunden werden (Rimmasch, 2003). Aldag (2014) hat in ihrer Arbeit allerdings einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von Intervention und dem *Healing Involvement* nach Orlinsky (2009) nachweisen können.

Bezüglich der Selbsterfahrung ist der Erkenntnisstand äußerst defizitär. Allgemein wird ihr „ein großes Gewicht in der psychotherapeutischen Ausbildung beigegeben“ (Frank et al., 2015). Es gibt aber wenige empirische Ergebnisse zum Einfluss auf den Therapieverlauf und die Ergebnisqualität. In keiner Untersuchung konnte bisher ein Zusammenhang zwischen Selbsterfahrung und Behandlungserfolg nachgewiesen werden (Lieb, 1998). Die unzureichenden Ergebnisse sind vor allem auf methodische Schwierigkeiten und mangelnde Qualität der existierenden Studien zurückzuführen (Macran & Shapiro, 1998; Orlinsky et al., 2005; Rønnestad & Ladany, 2006). Die meisten Untersuchungen sind Post-Hoc-Befragungen von Verhaltenstherapeuten in der Ausbildung (Laireiter, 2009; Orlinsky, 2013), welche oft von den Selbsterfahrungsleitern persönlich direkt nach der Teilnahme durchgeführt wurden (Problem des Testleitereffekts). Auch sind die Ausbildungsanbieter sehr heterogen und die Operationalisierung verschiedener Outcome-Aspekte schwierig (Macran & Shapiro, 1998; Strauß & Kohl, 2009).

Greve (2007) hat allerdings Selbsterfahrung und ihren Einfluss auf wichtige Persönlichkeitsaspekte für die therapeutische Arbeit untersucht. Der Selbstwert sowie die selbstbezogene Sensitivität der Teilnehmer verbesserte sich, Unsicherheit, Ängstlichkeit und Angestrengtheit nahmen ab und kognitive Kompetenzen sowie positive Emotionalität stiegen an. Außerdem hatten sich die Selbstkonzepte und die Selbsterkenntnis der Therapeuten verbessert. Es konnte ebenfalls ein Zusammenhang der Selbsterfahrung mit der Verbesserung der Fähigkeit zur Allianzbildung von Therapeuten empirisch gesichert werden (Willutzki & Botermans, 1997).

Es bestehen allerdings auch negative Effekte der obligatorischen Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung und einige Autoren stellen sich daher sogar gegen sie. Als Pflichtbestandteil der Ausbildung ist sie mit hohem zeitlichen und finanziellen Aufwand und emotionaler Belastung verbunden. Daher müssen empiri-

sche Belege erst noch zeigen, ob sie ein tatsächliches Nutzen beinhaltet (Frank et al., 2015).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Wichtigkeit der Supervision im Zusammenhang mit dem Erwerb therapeutischer Fertigkeiten stets betont wird, dabei aber Arbeiten, die sich mit den Beziehungen von Supervision und Therapieergebnis oder ihrem Effekt auf den Supervisanden beschäftigen, nur sehr gering vorhanden sind (Spence et al., 2001). Auch ist zu bemängeln, dass es noch keine Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Supervision und dem Wohlbefinden des Therapeuten gibt. Untersuchungen zur „Realität der Supervisionspraxis“ sind noch stark unterrepräsentiert (Strauß et al., 2010). Beutler (2003) findet es hingegen nicht verwunderlich, dass keine eindeutige Evidenz für die Wirkung von Supervision existiert. Der Einfluss der Supervision sei nur indirekt, zudem teuer und zeitaufwendig. Sie komme grundsätzlich zu spät, da zurückliegende Probleme oder Sitzungen behandelt werden, teilweise also Krisen oder Problemen, die schon Tage oder Wochen zurückliegen. Eine Supervision daher direkt für die Verbesserung einer Behandlung zu nutzen, sei nur eingeschränkt möglich. Auch sei sie selten fokussiert oder auf bestimmte Methoden begrenzt, mit denen Verbesserungen messbar seien. Neben der Intervention ist besonders Selbsterfahrung ein sehr vernachlässigter Ausbildungsbestandteil. Ihr Einfluss auf die psychotherapeutische Kompetenz ist bisher nicht empirisch bestätigt worden (Berns, 2005). Da sie ein kosten- und zeitintensiver Teil der Ausbildung ist, sollte sie auch evidenzbasiert sein. Noch gibt es keine wissenschaftlichen Belege, dass sie Kompetenzen fördern kann, welche nicht auch durch andere Methoden erworben werden könnten oder dass sie die Behandlungseffektivität erhöht und somit bessere Therapeuten macht als Auszubildende, die andere Formen des Kompetenzerwerbs nutzen (Rollenspiele in der Supervision, interaktives Lernen o. a.) (Freyberger & Sartory, 2009). Da vor allem auch die Dauer der beruflichen Tätigkeit einen signifikanten Einfluss auf die subjektiven Kompetenz- und Ergebnisvariablen hat, kann sie die Effekte der qualitätssichernden Maßnahmen überformen. Ebenso ist es schwer zu bestimmen, welche Effekte einzelne Ausbildungsbestandteile haben und nicht welchen kumulativen Effekt die Ausbildung insgesamt hat (Wilson et al., 2015). Immer noch sind also viele ungeklärt und es bestehen weiterhin große Widersprüchlichkeiten und Lücken in den For-

schungsergebnissen (v. a. bzgl. der Intervision). Aber ebenso besteht weiterhin großes internationales Interesse (Leitner & Gahleitner, 2014) bezüglich der Effekte der verschiedenen qualitätssichernden Maßnahmen und welche Bedeutung sie für die Entwicklung psychotherapeutischer Expertise überhaupt besitzen (Laireiter, 2009). Daher ist es notwendig und wünschenswert die qualitätssichernden Maßnahmen, aufgrund ihrer hohen Bedeutung in der Ausbildung und Versorgung, noch genauer zu untersuchen. Denn es bleibt immer noch zu prüfen, ob die positiven Selbstaussagen auch mit objektiven Daten korrelieren.

Lambert und Arnold (1987, p. 222) fassen die Situation folgendermaßen zusammen:

*“research on the effects of supervision is linked to research on psychotherapy outcome and will not progress faster than knowledge about the effective ingredients of psychotherapy”.*

### 3 Gegenwärtige Studie

Das oberste Ziel von Psychotherapieforschung ist es die Versorgungsqualität von Patienten zu verbessern (Nübling, 2012). Spätestens seit Grawe und seinen Wirkfaktoren der Psychotherapie (2005), die auch die Person des Therapeuten miteinschließen, steht fest, dass dieser ebenfalls für die Ergebnisqualität eine Rolle spielt und mit im Fokus stehen sollte.

Qualitätssichernde Maßnahmen, wie Supervision, Intervision und Selbsterfahrung, beziehen ihren Stellenwert für die Therapie daraus, dass sie sich auszeichnen die Reflektionsfähigkeit der Therapeuten zu erhöhen, die als wichtigste Variable für die therapeutische Allianz bezeichnet wird (Nodop & Strauß, 2013) und die Allianz wiederum als guter Prädiktor für den Therapieerfolg dient (Orlinksy et al., 1994). Auch die Förderung der interpersonellen Fähigkeiten in der Supervision, Intervision und Selbsterfahrung fördert letztendlich die therapeutische Allianz (Lambert & Ogles, 1997). Die qualitätssichernden Maßnahmen können also mehr erreichen als nur Qualität zu sichern. Sie können den Therapieverlauf und das -ergebnis über die Weiterentwicklung des Therapeuten beeinflussen.

In Kapitel 2.5 und 2.6 wurde deutlich, dass obwohl alle drei Maßnahmen diese hohe Bedeutung haben und für Therapeuten selbst mit einem großen subjektiven Nutzen einhergehen, immer noch ein Mangel an empirischen Beweisen bezüglich ihrer Inanspruchnahme und Wirkung im Versorgungskontext, v. a. bei niedergelassenen Therapeuten herrscht (Mattejat, 2010, Strauß et al., 2010).

Vor diesem Hintergrund soll die vorliegende Arbeit als Forschungsprojekt der MSH, in Kooperation mit der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, den weniger beforschten Fragen nachgehen, wie erfahrenere, niedergelassene Psychotherapeuten ihre Arbeit und derzeitige Entwicklung erleben und welche Bedeutung Supervision, Intervision und Selbsterfahrung in diesem Zusammenhang für sie haben. Das primäre Erkenntnisinteresse dieser Studie ist es dabei Prädiktoren für die Inanspruchnahme der Maßnahmen aufzudecken.

Ein besseres Verständnis der Entwicklung von Psychotherapeuten hat das Potenzial die Therapeutenausbildung sowie Supervision, Intervision und Selbsterfahrung verbessern zu können und damit am Ende zu einer besseren Versorgung für Patienten zu führen (Orlinksy et al., 2009 S. 36).

### 3.1 Fragestellungen

Aus dem zuvor dargestellten Forschungsstand ergeben sich folgende Hypothesen:

1. Die angegebenen Gründe Supervision, Intervision und Selbsterfahrung zu nutzen, unterscheiden sich nach der Dauer der beruflichen Tätigkeit des Therapeuten.
2. Die angegebenen Gründe Supervision, Intervision und Selbsterfahrung zu nutzen, unterscheiden sich nach dem Therapieverfahren, das der Approbation des Therapeuten zugrunde liegt.
3. Zwischen der subjektiv eingeschätzten Wirkung von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung auf die fachliche Kompetenz und der Höhe ihrer Inanspruchnahme besteht ein positiver Zusammenhang.
4. Zwischen dem subjektiv empfundenen Einfluss von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung auf die Entwicklung als Therapeut und ihrer tatsächlichen Inanspruchnahme besteht ein positiver Zusammenhang.
5. Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Höhe der Inanspruchnahme von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung und der subjektiv erlebten Entwicklung.
6. Zwischen der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung und der Art der Coping-Strategien (vermeidend oder konstruktiv) besteht ein Zusammenhang.

## 4 Methode

Die Erhebung der Daten für die Querschnittstudie erfolgte bereits 2014 im Rahmen einer Forschungs Kooperation zwischen der Medical School Hamburg (MSH) und der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK BW). Es nahmen Kammermitglieder der LPK BW teil. Die angeschriebenen approbierten Psychotherapeuten sind als Niedergelassene (mit und ohne Kassenzulassung) oder im institutionellen Bereich tätig. Es handelt sich um im verhaltenstherapeutischen, tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Verfahren Approbierte. Ausgeschlossen von der Teilnahme waren Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Den Teilnehmern wurde per E-Mail ein Anschreiben und der Fragebogen zur Supervision, Intervision und Selbsterfahrung (SUISE s. Anhang; Aldag, 2014) zugesandt. Es handelt sich bei der Erhebung um ein korrelatives Design.

### 4.1 Messinstrument

Der SUISE orientiert sich am *Development of Psychotherapy Common Core Questionnaire* (DPCCQ). Der DPCCQ ist ein von der Arbeitsgruppe um David Orlinsky und dem *Collaborating Research Network der Society for Psychotherapy Research* (SPR) entworfener Fragebogen, um berufliche und persönliche Erfahrungen in der Arbeit sowie professionelle Entwicklung aus der Perspektive der Therapeuten selbst zu untersuchen. Bis heute konnten mit dem DPCCQ Informationen über mehrere Tausend Therapeuten verschiedener Berufe, theoretischer Orientierung und beruflicher Erfahrung aus 24 Ländern gesammelt werden. Der auf dem DPCCQ basierende SUISE wurde im Rahmen einer Masterarbeit der MSH (Aldag, 2014) in Kooperation mit der LPK BW entwickelt. Er nutzt noch andere vorhandene, validierte Erhebungsinstrumente wie den FVS (Fragebogen zur Veränderung von Selbsterfahrung) nach Lieb und Weber (2000) und den FAHW (Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden) nach Wydra (2005). Der SUISE besteht aus 24 Frageblöcken mit insgesamt 261 Items. Jeder Itemblock enthält vier bis 28 Einzelitems. Unterschiedliche Antwortformate wie gebunden oder halb offen werden verwendet. Die meisten Items nutzen Likert-Skalen. Der SUISE soll die beruflichen und subjektiven Erfahrungen der Therapeuten, die therapeutische Tätigkeit sowie den der therapeutischen Entwicklung zugrunde liegenden Prozess bezüglich Supervision, In-

tervision und Selbsterfahrung aus Therapeutensicht erforschen. Hierzu wurde auch die *Psychotherapeuten Arbeitsengagement Skala* dem DPCCQ entnommen. Sie beinhaltet 52 Items, die die subjektive Wahrnehmung und Bewertung der eigenen derzeitigen therapeutischen Arbeit abbilden soll. Dabei werden hier zwischen zwei unterschiedlichen Stilen als die zwei Oberskalen *Healing Involvement* und *Stressful Involvement* unterschieden. Die Unterskalen des *Healing Involvement* (oder heilendem Engagement) messen folgende Merkmale des Therapeuten bzw. seines Arbeitsstils: derzeitige Kompetenz, das Gefühl von therapeutischer Effizienz, echtes Engagement in affirmativen Beziehungen zu den Patienten, Flow-Erleben während der Sitzung und konstruktive Coping-Strategien. Die Unterskalen des *Stressful Involvement* hingegen sollen vielfache Schwierigkeiten in der Arbeit, Gefühle von Langeweile und Angst sowie vermeidendes Coping auf Seiten des Therapeuten messen (Orlinsky & Rønnestad, 2009). Die Subskalen verfügen über Items mit vier- bzw. sechststufigen Likert-Skalen (0 = überhaupt nicht bis 5 = sehr).

Besonders von Bedeutung für die vorliegende Arbeit sind weiterhin Item 8 *Gründe für die Inanspruchnahme von Supervision, Selbsterfahrung und Intervision*, Item 9 *Subjektive Einschätzung des Zusammenhangs zwischen Supervision, Selbsterfahrung und Intervision einerseits und Ihrer persönlichen Weiterentwicklung und Ihrer fachlichen Kompetenz* und Item 21 *Welchen Einfluss (positiven und/oder negativen) haben Ihrer Ansicht nach die folgenden Faktoren* (u. a. 21.4 Formelle Supervision, 21.5 Informelle Fallbesprechungen mit Kollegen, 21.10 Selbsterfahrung) *auf Ihre Entwicklung als Psychotherapeut insgesamt*.

Auch demografische Daten zur Person, fachlichen Orientierung, zum Arbeitssetting sowie zu Patientengruppen werden genauso wie Fragen zum Selbsterleben, Wohlbefinden, Ziele und Erwartungen an die Arbeit als Therapeut erfasst.

## 4.2 Datenerhebung

Die Studie wurde ab Ende August 2014 vier Wochen durchgeführt. Insgesamt wurden 2.500 Fragebögen an alle Kammermitglieder, die als psychologische Psychotherapeuten in der psychotherapeutischen Versorgung tätig sind, also alle Nie-

dergelassenen und alle, im institutionellen Kontext psychotherapeutisch Arbeitenden, welche in der Datenbank mit Email-Adresse verzeichnet waren, verschickt. Die Fragebögen konnten postalisch, als Fax oder elektronisch ausgefüllt und als E-Mail zurückgesandt werden. Die Daten wurden anonymisiert.

### **4.3 Stichprobe**

Die Gesamtstichprobe besteht aus  $N=156$  Psychotherapeuten, welche den Fragebogen ausgefüllt zurückgesandt haben. Die Rücklaufquote beträgt somit nur 6,16 %. Die demografischen Daten sind Tabelle 1 zu entnehmen. Das Alter der Teilnehmer liegt zwischen 30 und 78 Jahren und ist mit durchschnittlich 52 Jahren relativ hoch. Der Anteil der weiblichen Teilnehmerinnen ist 70,5 % zu 28,8 % männlichen Teilnehmern. Durchschnittlich sind die Therapeuten seit  $M= 19,75$  ( $SD= 10,24$ ) Jahren therapeutisch tätig, mindestens zwei Jahre und am längsten 53 Jahre. Die Ausbildungszeit wurde mit eingeschlossen. Es handelt sich um 57,7 % Verhaltenstherapeuten, 39,7 % tiefenpsychologisch ausgebildete Therapeuten, 21,2 % Psychoanalytiker und 10,3 % in anderen Verfahren ausgebildete Therapeuten. Mehrfachantworten waren hier möglich. Von den teilnehmenden Therapeuten arbeiten 51,3 % ausschließlich in einer privaten Einzelpraxis, 59,1 % sind in einer privaten Gemeinschafts- oder Einzelpraxis tätig, 35,7 % ausschließlich oder u.a. in einer Gemeinschaftspraxis oder Institution. 27,9 % arbeiten ausschließlich in einer Institution.

Tab. 1: Demografische Daten der Stichprobe (N=156)

		Anteil in %	Min	Max	M	SD
Geschlecht	Weiblich	70,5				
	Männlich	28,8				
Alter			30	78	52,75	10,76
Dauer der therapeutischen Tätigkeit in Jahren			2	53	19,75	10,24
Verhaltenstherapeuten			57,7			
Tiefenpsychologisch-fundierte Therapeuten			39,7			
Analytische Therapeuten			21,2			
Andere Verfahren			10,3			

Diese Stichprobe wird mit der Teilstichprobe einer Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Nübling et al. (2014) mit insgesamt über 2.300 teilnehmenden approbierten Therapeuten der Landespsychotherapeutenkammern aus Baden-Württemberg, Hamburg, Rheinland-Pfalz, Berlin und Hessen verglichen. Es wird deutlich, dass sich beide baden-württembergische Stichproben gering voneinander unterscheiden. Das Durchschnittsalter der N= 1.263 baden-württembergischen Therapeuten beträgt hier 53,7 Jahre ( $SD= 9,4$ ) und der weibliche Anteil liegt bei 67,4%. Die Verteilung der praktizierten Verfahren über alle fünf Bundesländer im Vergleich zur Stichprobe dieser Arbeit zeigt Abweichungen. 50,6 % praktizieren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, 49 % Verhaltenstherapie und die Analytische Psychotherapie wird von 25,6 % der Therapeuten ausgeführt.

#### 4.4 Statistische Methoden

Die Mehrheit der Items des SUISE bilden auf einer Likert-Skala die gestufte Zustimmung der Therapeuten ab und wurden in der Folge als ordinalskaliert behandelt.

Zur Beantwortung der Fragestellungen werden bivariate Korrelationen gerechnet. Diese sollen lineare statistische Zusammenhänge zwischen mindestens zwei Merkmalen untersuchen und Aussagen über die Richtung und die Stärke des Zusammenhangs treffen. Hier wird auf den Rangkorrelationskoeffizienten nach Spear-

man zurückgegriffen, welcher Werte zu Rängen transformiert und als Maßzahl für die Korrelation von ordinalskalierten, nicht quantifizierbaren, Variablen geeignet ist (Fields, 2013). Der Wert des Rangkorrelationskoeffizienten liefert allerdings keine Aussagen zu Kausalitäten oder der Abhängigkeit und Bedingung der Variablen.

Unter Hypothese 2 wird eine einfaktorielle Varianzanalyse angewandt. Diese testet, ob sich die Mittelwerte mehrerer unabhängiger Gruppen oder Stichproben unterscheiden, die durch eine kategoriale, unabhängige Variable definiert werden. Ebenfalls wird hier mittels des Mann-Whitney U-Tests für unabhängige Stichproben gearbeitet, welcher zu den nicht-parametrischen Tests gehört, Ordinalskalenniveau voraussetzt, keine Voraussetzungen bezüglich der Verteilung der Daten hat und genutzt wird, wenn kein t-Test angewandt werden kann. Er soll testen, ob die zentralen Tendenzen zweier unabhängiger Stichproben verschieden sind (Fields, 2013).

Zum Teil werden Scores, also Gesamtwerte für einige Skalen, wie für die positive und negative Entwicklung der Therapeuten derzeit und ihr vermeidendes bzw. konstruktives Coping berechnet, um anschließend weitere Berechnungen durchführen zu können.

Abschließend wird eine multiple Regressionsanalyse gerechnet, um Prädiktoren für die Inanspruchnahme der Supervision, Intervention und Selbsterfahrung aufzudecken. Sie soll Auskunft über Art und Grad des Zusammenhangs zwischen der Inanspruchnahme und den verschiedenen Prädiktoren liefern.

Die statistische Auswertung erfolgt mittels der Analysesoftware IBM Software Package for the Social Sciences (SPSS), Statistics 22 System, mit einem Alpha Level von .05. Grafiken, Tabellen und Abbildungen werden ebenfalls mit SPSS Version 22, mit Microsoft Excel 2016 oder mit Microsoft Word 2016 erstellt.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Hypothese 1

Unter der ersten Hypothese wird postuliert, dass die Gründe der Therapeuten Supervision, Intervision und Selbsterfahrung zu nutzen, sich nach der Dauer ihrer beruflichen Tätigkeit unterscheiden. Hierfür werden Item 8 für die Gründe und Item 1.4 für die Dauer der therapeutischen Tätigkeit bisher, miteingeschlossen die Ausbildung, untersucht. Durchschnittlich sind die Therapeuten seit  $M= 19,75$  ( $SD= 10,24$ ) Jahren therapeutisch tätig, mindestens zwei Jahre und am längsten 53 Jahre (siehe Tab. 1). Es handelt sich also um eine sehr erfahrene Stichprobe im Gegensatz zu den meisten anderen Stichproben auf diesem Forschungsgebiet. Abbildung 1 zeigt die durchschnittlichen Angaben der Therapeuten für die Gründe der Inanspruchnahme der qualitätssichernden Maßnahmen, zunächst ohne die Dauer ihrer Erfahrung, zu berücksichtigen. Die Gründe weichen unterschiedlich stark voneinander ab, je nach welcher Maßnahme gefragt wird. Beispielsweise wird Intervision mit einem Mittelwert von 1,72 kaum zur *Optimierung der Arbeitsorganisation* genutzt, die Supervision weist dagegen hier einen Mittelwert von 2,44 auf. Zur *Bewältigung von persönlichen Krisen und Konflikten* wird Supervision mit einem Mittelwert von 1,8 im Gegensatz zur Selbsterfahrung ( $M= 3,6$ ) weitaus seltener genutzt.

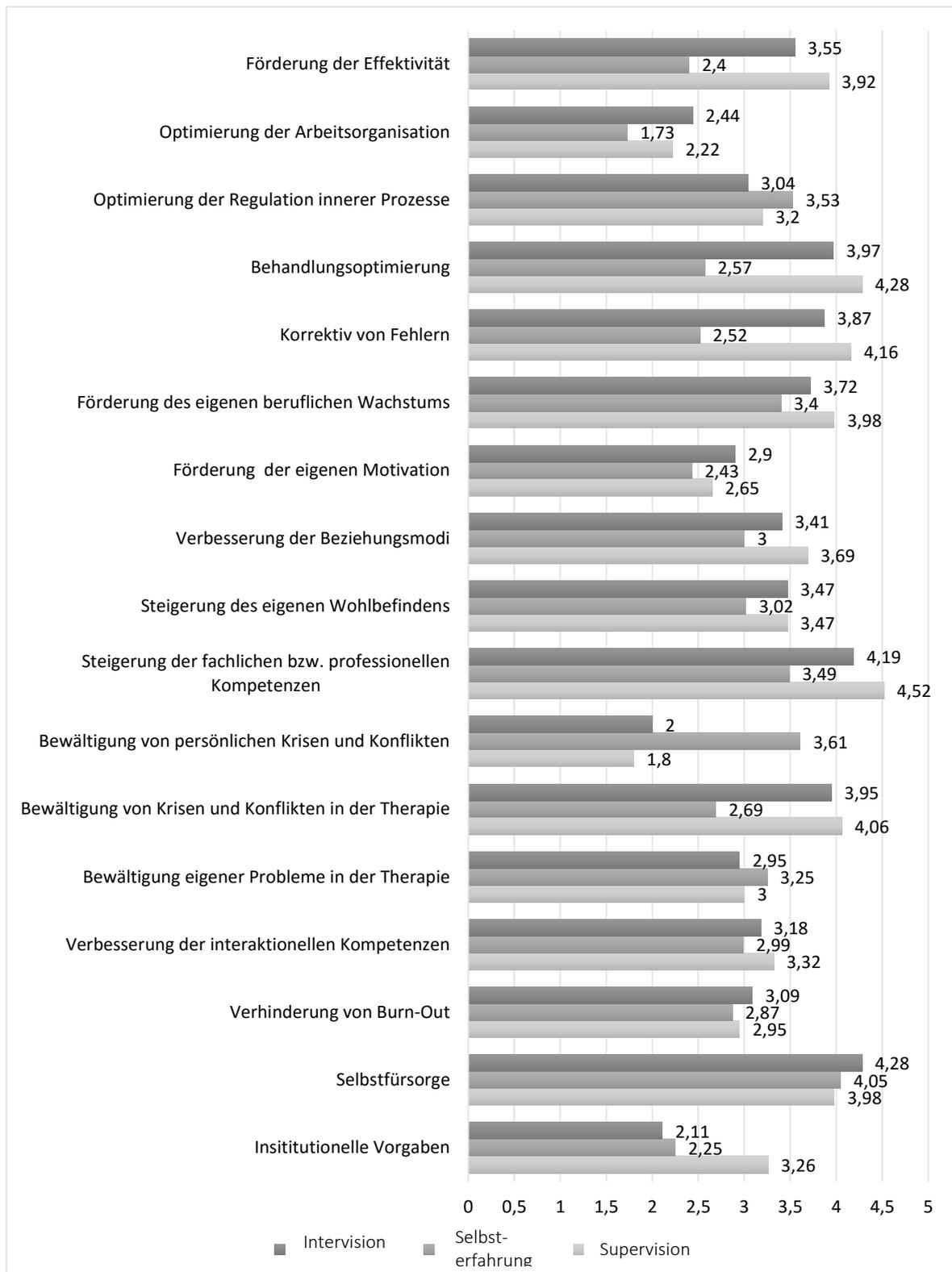


Abb. 1: Gründe für die Inanspruchnahme der qualitätssichernden Maßnahmen

Um Beziehungen der Variablen untereinander aufzudecken, werden bivariate Korrelationen, in diesem Fall der Korrelationskoeffizient nach Spearman, berechnet, da es sich bei Item 8 um eine Ordinalskala handelt, welche nicht die Bedingungen eine Korrelation nach Pearson durchzuführen, erfüllt. Tabelle 2 zeigt die Korrelationen nach Spearman zwischen den Gründen der Inanspruchnahme und der Dauer der beruflichen Tätigkeit. Die Ergebnisse zeigen, dass erfahrenere Therapeuten Supervision signifikant eher nutzen, um *Selbstfürsorge* zu betreiben ( $r = ,171, p < .05$ ) und signifikant weniger aus Gründen der *Bewältigung von Krisen und Konflikten in der Therapie* ( $r = -,203, p < .05$ ) oder zur *Behandlungsoptimierung* ( $r = -,174, p < .05$ ) als Therapeuten, welche weniger lange praktizieren. Auch Intervention wird von erfahreneren Therapeuten signifikant weniger genutzt, um *Krisen und Konflikte in der Therapie* zu bewältigen ( $r = -,224, p < .01$ ). Zudem nutzen erfahrenere Therapeuten Selbsterfahrung signifikant weniger aus *institutionellen Gründen* als kürzer praktizierende Therapeuten ( $r = -,242, p < .01$ ). Für die 13 anderen Gründe können keine signifikanten Zusammenhänge nachgewiesen werden. Somit kann Hypothese 1 bestätigt werden, da z. T. unterschiedliche Gründe, durch geringe, aber signifikante Korrelationen, deutlich werden.

Tab. 2: Signifikante Korrelationen nach Spearman für die Gründe der Inanspruchnahme und der Dauer der therapeutischen Tätigkeit

	Dauer der therapeutischen Tätigkeit		
	Supervision	Intervision	Selbsterfahrung
Institutionelle Vorgabe	-,151	,083	-,242**
Selbstfürsorge	,171*	,076	,113
Verhinderung von Burn-out	,066	-,088	-,042
Verbesserung der interaktionellen Kompetenzen	,088	,088	,057
Bewältigung eigener Probleme in der Therapie	-,030	-,119	-,001
Bewältigung von Krisen und Konflikten in der Therapie	-,203*	-,224**	,054
Bewältigung von persönlichen Krisen und Konflikten	,133	,024	-,065
Steigerung der fachlichen bzw. professionellen Kompetenzen	-,089	,041	,132
Steigerung des eigenen Wohlbefindens	,002	-,011	-,015
Verbesserung der Beziehungsmodi	,042	,072	,109
Förderung der eigenen Motivation	,009	-,080	,005
Förderung des eigenen beruflichen Wachstums	-,046	-,042	-,048
Korrektiv von Fehlern	-,046	-,096	,030
Behandlungsoptimierung	-,174*	-,153	-,035
Optimierung der Regulation innerer Prozesse	,097	-,035	-,101
Optimierung der Arbeitsorganisation	-,012	,015	-,050
Förderung der Effektivität	,093	-,051	,099

\*p < . 05, \*\*p < . 01

## 5.2 Hypothese 2

Hier soll untersucht werden, ob die angegebenen Gründe Supervision, Intervision und Selbsterfahrung zu nutzen (Item 8), sich nach dem Therapieverfahren, das der Approbation des Therapeuten zugrunde liegt, unterscheiden (Item 1.3). Die prozentuale Verteilung der Richtlinienverfahren wird in Kapitel 4.3 beschrieben. Zusätzlich ist, dass zwei Therapeuten ihr Richtlinienverfahren nicht angegeben haben und nur jeweils zwei ausschließlich Psychoanalyse oder ein anderes (Systemische Therapie), als der im SUISE genannten Verfahren ausüben. Bei 37,5 % (N=6) der Zweitverfahren handelt es sich um Systemische Therapie, bei 25 % (N=4) um Gesprächspsychotherapie, bei 18,75 % (N=3) um Gestalttherapie. Jeweils ein Therapeut wendet außerdem Paar-, Körper- bzw. Hypnotherapie an. Unter Item 8 konnten die Teilnehmer im SUISE die Ausprägung ihrer Gründe für die Inanspruchnahme

auf einer 5-Punkte-Likert Skala von 1 bis 5 Punkte = trifft völlig zu angeben. Die unterschiedlichen Therapieverfahren werden unter einer einzelnen neuen Variable *VerfahrenNeu* zusammengefasst. Um zu untersuchen, ob die unterschiedlichen Gruppen sich in den Durchschnittswerten ihrer Gründe signifikant voneinander unterscheiden, wird eine einfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt. Tabelle 3 zeigt, dass sich die dort aufgeführten Gründe für die Inanspruchnahme der Supervision, Intervention und Selbsterfahrung signifikant zwischen den Richtlinienverfahren der Therapeuten unterscheiden. Bezüglich der Inanspruchnahme von Supervision unterscheiden sich die Gruppen bei den Gründen *Optimierung der Arbeitsorganisation*  $F(6,133) = 2,790$ ,  $p = ,01$ , *Verbesserung der Beziehungsmodi*  $F(6,133) = 2,354$ ,  $p = ,034$  und *Optimierung der Regulation innerer Prozesse*  $F(6,132) = 2,357$ ,  $p = ,034$ . ebenso signifikant voneinander wie bei den Gründen *Verbesserung der Interaktionellen Kompetenz*,  $F(6,125) = 2,517$ ,  $p = ,025$ , *Bewältigung von persönlichen Krisen und Konflikten*,  $F(6,128) = 3,358$ ,  $p = ,004$ , *Steigerung des eigenen Wohlbefindens*  $F(7,125) = 2,288$ ,  $p = ,032$  und der *Verbesserung der Beziehungsmodi*  $F(6,126) = 2,622$ ,  $p = ,020$  bzgl. der Inanspruchnahme von Selbsterfahrung. Die Intervention betreffend unterscheiden sich die Therapeuten nur signifikant voneinander bzgl. des Grundes *Verbesserung der interaktionellen Kompetenz*  $F(6,135) = 2,318$ ,  $p = ,037$  für die Inanspruchnahme. Die Werte für die aufgeführten Gründe sind damit alle kleiner als ein Signifikanzniveau von  $\alpha < 0,05$ , und somit kann die Nullhypothese abgelehnt werden. Der Unterschied zwischen den Gruppen für diese Gründe ist also signifikant. Zu beachten ist, dass die einfaktorielle Varianzanalyse den Unterschied zwischen den Gruppen simultan testet. Das signifikante Ergebnis erlaubt daher nur die allgemeine Aussage, dass zwischen den Gruppen ein irgendwie gearteter Unterschied vorliegt. Die Hypothese, dass die Therapeuten je nach therapeutischem Verfahren unterschiedliche Gründe für die Inanspruchnahme der Maßnahmen anführen, kann also bestätigt werden. Spezifischere Aussagen über die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen erfordern eine Post-Hoc Analyse. Diese kann allerdings nicht durchgeführt werden, da einige Therapeutengruppen weniger als zwei Fälle beinhalten. Somit sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu betrachten, da kleine Stichproben schnell ein signifikantes Ergebnis erreichen können.

Tab. 3: ANOVA für die Gründe der Inanspruchnahme nach unterschiedlichen Richtlinienverfahren

		Quadrat- summe	Df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Verbesserung der Beziehungsmodi als Grund für Supervision	Zwischen den Gruppen	21,867	6	3,645	2,354	,034
	Innerhalb der Gruppen	205,925	133	1,548		
	Gesamtgruppe	227,793	139			
Optimierung der Regulation innerer Prozesse als Grund für Supervision	Zwischen den Gruppen	24,230	6	4,038	2,357	,034
	Innerhalb der Gruppen	226,129	132	1,713		
	Gesamtgruppe	250,360	138			
Optimierung der Arbeitsorganisation als Grund für Supervision	Zwischen den Gruppen	24,833	6	4,139	2,790	,014
	Innerhalb der Gruppen	197,302	133	1,483		
	Gesamtgruppe	222,136	139			
Verbesserung der interaktionellen Kompetenzen als Grund für Selbsterfahrung	Zwischen den Gruppen	33,095	6	5,516	2,517	,025
	Innerhalb der Gruppen	273,897	125	2,191		
	Gesamtgruppe	306,992	131			
Bewältigung von persönlichen Krisen und Konflikten als Grund für Selbsterfahrung	Zwischen den Gruppen	43,789	6	7,298	3,358	,004
	Innerhalb der Gruppen	278,182	128	2,173		
	Gesamtgruppe	321,970	134			
Steigerung des eigenen Wohlbefindens als Grund für Selbsterfahrung	Zwischen den Gruppen	31,910	7	4,559	2,288	,032
	Innerhalb der Gruppen	249,022	125	1,992		
	Gesamtgruppe	280,932	136			
Verbesserung der Beziehungsmodi als Grund für Selbsterfahrung	Zwischen den Gruppen	30,861	6	5,143	2,622	,020
	Innerhalb der Gruppen	247,139	126	1,961		
	Gesamtgruppe	278,000	132			
Verbesserung der interaktionellen Kompetenzen als Grund für Intervision	Zwischen den Gruppen	25,144	6	4,191	2,318	,037
	Innerhalb der Gruppen	244,096	135	1,808		
	Gesamtgruppe	269,231	141			

Daher wird anschließend ein U-Test nach Mann und Whitney durchgeführt, welcher unabhängige Stichproben nichtparametrisch vergleicht, basierend auf einer

gemeinsamen Rangreihe der Werte beider Stichproben. Er soll nur Unterschiede zwischen den beiden größten Gruppen der Verhaltenstherapeuten ( $N=80$ ) und denen der tiefenpsychologisch-fundierte Therapeuten ( $N=30$ ) darstellen. Die Supervision und Intervision betreffend, zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Bei den Gründen für die Selbsterfahrung besteht nur ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen bzgl. der *Bewältigung von persönlichen Krisen und Konflikten* als Grund der Inanspruchnahme von Selbsterfahrung (s. Tabelle 4:  $p$ -Wert von 0,000). Bezüglich der beiden großen Verfahren Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie allein könnte Hypothese 2 also nicht bestätigt werden.

Tab. 4: Mann-Whitney-U-Test

	Bewältigung von persönlichen Krisen und Konflikten als Grund für die Inanspruchnahme von Selbsterfahrung
Mann-Whitney-U-Test	561,00
Wilcoxon-W	3564,000
U	-3,488
Asymp. Sig (2-seitig)	,000

a. Gruppierungsvariable: Verfahren Neu

### 5.3 Hypothese 3

Unter Hypothese 3 soll beforscht werden, ob Therapeuten, welche die Wirkung der hier untersuchten qualitätssichernden Maßnahmen auf ihre fachliche Kompetenz allgemein als größer betrachten, diese auch häufiger in Anspruch nehmen als Therapeuten, welche den Wirkfaktor als kleiner empfinden. Dazu werden die Items 9.4; 9.5 und 9.6 des SUISE betrachtet. Hier war es möglich den Wirkfaktor auf einer Likert-Skala von 0 = sehr niedrig bis 6 = sehr hoch zu bewerten. Die Therapeuten bewerten die Supervision im Durchschnitt mit  $M= 4,95$  ( $SD= 1,19$ ) als relativ hohen bis hohen, Selbsterfahrung ( $M= 4,12$ ;  $SD=1,68$ ) und Intervision ( $M= 4,39$ ;  $SD= 1,34$ ) als relativ hohen Wirkfaktor ein. Der Supervision wird durchschnittlich also die größte Wirkung auf die fachliche Kompetenz zugesprochen, der Selbsterfahrung die geringste. Die aktuelle Häufigkeit der Inanspruchnahme (Item 7.1; 7.8; 7.13) konnte mit wöchentlich, 1-2-mal im Monat, 1-2-mal im Quartal, weniger als 1 mal im Quartal

oder nie angegeben werden. Ebenfalls wurde die Anzahl der genutzten Stunden in den letzten 12 Monaten abgefragt (Item 7.5; 7.11; 7.16). Die Ergebnisse für die aktuelle Häufigkeit der Inanspruchnahme sind Abbildung 2 zu entnehmen. Sie zeigt, dass die Supervision fast zu gleichen Teilen zwischen 1-2 Mal im Monat, 1-2 Mal im Quartal (beide 31,76 %) und weniger als einmal im Quartal (33,11 %) von den Therapeuten genutzt wird. Intervision wird mit 53 % am häufigsten 1-2 Mal im Monat genutzt wird, 29,6 % nutzen sie 1-2 Mal im Quartal. Die Selbsterfahrung weist eine geringe Inanspruchnahme auf. 72,79 % nutzen sie weniger als einmal im Quartal.

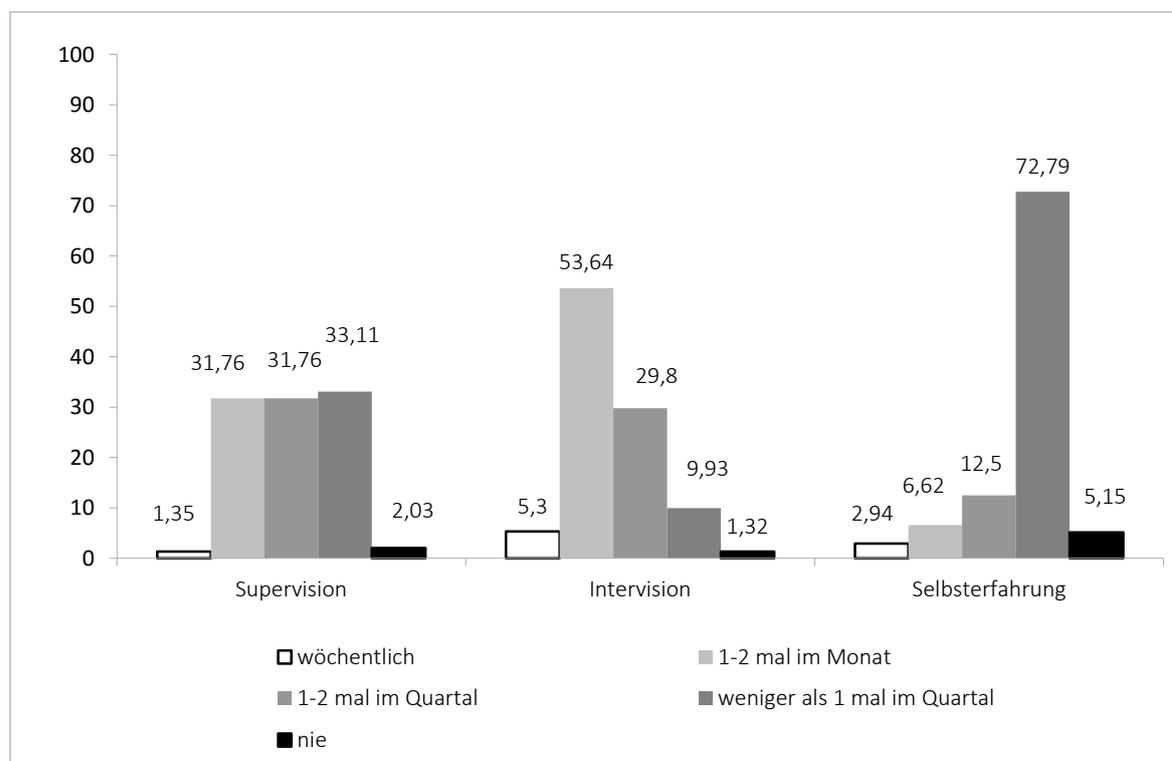


Abb. 2: Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme in Prozent

Außerdem wird unter Item 7.4, 7.11 und 7.16 die Stundenanzahl der drei Maßnahmen in den letzten 12 Monaten erfasst und in Abbildung 3 dargestellt.

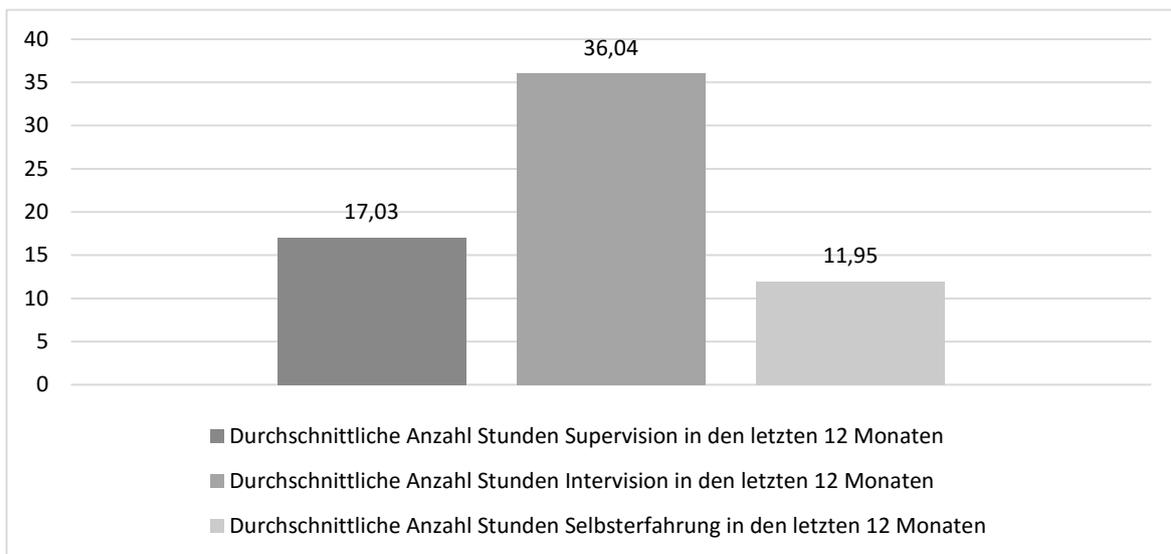


Abb. 3: Durchschnittliche Anzahl der Stunden Supervision, Intervention und Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten

Selbsterfahrung liegt hier mit durchschnittlich 11,95 Stunden ( $SD= 24,45$ ) im letzten Jahr im Gegensatz zu Supervision ( $M = 17,03$ ;  $SD= 22,70$ ) und v. a. Intervention ( $M = 36,04$ ;  $SD= 68,24$ ) weiter zurück. Zu beachten ist die hohe Standardabweichung der Intervention. Die Anzahl der Supervisionsstunden im letzten Jahr liegen zwischen 0 und 160 Stunden, die der Intervention zwischen 0 und 550 sowie die der Selbsterfahrung zwischen 0 und 200 Stunden. Da es sich um ordinale Skalenniveaus bei beiden Items handelt, wird die Rangkorrelation nach Spearman durchgeführt, um Zusammenhänge zum eingeschätzten Wirkfaktor aufzudecken. Der Rangkorrelationskoeffizient kann allerdings keine Aussage zu Kausalitäten der Variablen treffen.

Tab. 5: Korrelationskoeffizienten nach Spearman für Wirkfaktor und Inanspruchnahme

	Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme	Anzahl der Stunden in letzten 12 Monaten
Höhe des eingeschätzten Wirkfaktors von Supervision auf die fachliche Kompetenz	-,281**	,307**
Höhe des eingeschätzten Wirkfaktors von Intervention auf die fachliche Kompetenz	-,233**	,200*
Höhe des eingeschätzten Wirkfaktors von Selbsterfahrung auf die fachliche Kompetenz	-,222*	,281*

\*p < . 05, \*\*p < . 01

Tabelle 5 zeigt, dass alle Korrelationen signifikant und sehr gering ausgeprägt sind. Es ergeben sich zwischen der bewerteten Höhe des Wirkfaktors und der Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme der jeweiligen qualitätssichernden Maßnahme negative Zusammenhänge (Supervision:  $r = -,281$ ;  $p < .01$ ; Intervision:  $r = -,233$ ;  $p < .01$ ; Selbsterfahrung:  $r = -,222$ ;  $p < .05$ ), welche sich durch die negative Polung der Skala der aktuellen Inanspruchnahme erklären lassen. Für die Anzahl der Stunden in den letzten 12 Monaten finden sich ebenfalls signifikante Beziehungen zu den Wirkfaktoren von Supervision ( $r = ,307$ ;  $p < .01$ ), Intervision ( $r = ,200$ ;  $p < .05$ ) und Selbsterfahrung ( $r = ,281$ ;  $p < .05$ ). Somit kann Hypothese 3 bestätigt werden. Je höher der Wirkfaktor für Supervision, Intervision und Selbsterfahrung eingeschätzt wird, desto höher ist die aktuelle Inanspruchnahme der Maßnahme und die Anzahl der Stunden in den letzten 12 Monaten.

#### 5.4 Hypothese 4

Hypothese 4 geht davon aus, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der drei untersuchten qualitätssichernden Maßnahmen sowie der Höhe ihres bewerteten Einflusses auf die Entwicklung als Therapeut gibt. Die Höhe des Einflusses konnte (Item 21.4; 21.5 und 21.10) auf einer 7-Punkte Likert-Skala von -3 = sehr negativ bis 3 = sehr positiv bewertet werden. Für die statistische Analyse wird diese Skala von 0 bis 7 umcodiert. Hier zeigt sich in Abbildung 4, dass die Therapeuten Supervision ( $M = 5,90$ ,  $SD = 1,07$ ), Intervision ( $M = 5,91$ ,  $SD = 1,24$ ) und Selbsterfahrung ( $M = 5,91$ ,  $SD = ,927$ ) gleich einflussreich für ihre Entwicklung als Therapeut betrachten und diesen Einfluss als positiv bewerten. Parallel zu bereits genannten Studien (Kap. 2.5) zählen die drei Maßnahmen auch hier zu den fünf wichtigsten Einflüssen. Nur *Eigene Lebenserfahrung* ( $M = 6,02$ ) und *Therapieerfahrung mit Patienten* ( $M = 6,37$ ) haben einen größeren Einfluss auf die Entwicklung. Unter dem Punkt *Anderes* wurden von sechs Therapeuten Anmerkungen zu weiteren Einflüssen gemacht: Musizieren, die eigene Familie, Durcharbeiten (allein) und Präsentation eigenen Fallmaterials, Spiritualität, Kennenlernen der Neurobiologie und die Mitwirkung in sozialen Institutionen beeinflussen sie in ihrer Entwicklung.

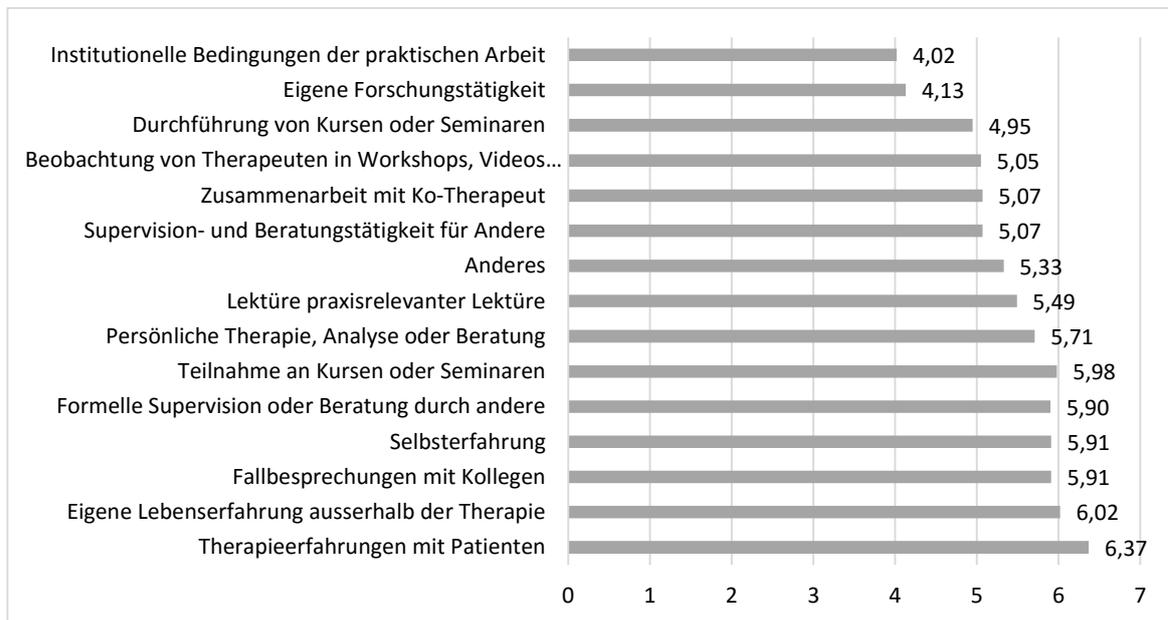


Abb. 4: Einflüsse auf die Entwicklung als Therapeut

Tabelle 6 zeigt, dass erneut signifikante, aber relativ schwache Zusammenhänge anhand des Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman zwischen dem bewerteten Einfluss der Maßnahmen und der Häufigkeit ihrer aktuellen Inanspruchnahme für Supervision ( $r = -,345$ ;  $p < .01$ ), Intervision ( $r = -,265$ ;  $p < .01$ ) sowie Selbsterfahrung ( $r = -,318$ ;  $p < .01$ ) bestehen. Der negative Zusammenhang ergibt sich erneut durch die negative Polung der Skala der aktuellen Inanspruchnahme. Ebenso besteht ein signifikanter, negativer Zusammenhang zwischen dem Einfluss auf die Entwicklung durch Intervision und der Anzahl ihrer genutzten Stunden in den letzten 12 Monaten ( $r = -,265$ ,  $p < .01$ ). Signifikante, sehr geringe Zusammenhänge finden auch sich für die Beziehung des bewerteten Einflusses der Supervision ( $r = ,206$ ;  $p < .05$ ) und der Selbsterfahrung ( $r = ,408$ ;  $p < .01$ ) und der Anzahl der Stunden dieser in den letzten 12 Monaten.

Tab. 6: Korrelationskoeffizienten nach Spearman für Einfluss auf die Entwicklung und Inanspruchnahme

	Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme	Anzahl der Stunden in letzten 12 Monaten
Einfluss auf die Entwicklung als Therapeut durch formelle Supervision oder Beratung	-,345**	,206*
Einfluss auf die Entwicklung als Therapeut durch Fallbesprechungen mit Kollegen	-,265**	-,265**
Einfluss auf die Entwicklung als Therapeut durch Selbsterfahrung	-,318**	,408**

\*p < .05, \*\*p < .01

Somit kann Hypothese 4 bestätigt werden. Zwischen dem bewerteten Einfluss der Supervision, Intervision und Selbsterfahrung auf die Entwicklung als Therapeut und der aktuellen Häufigkeit ihrer Inanspruchnahme bestehen schwache Zusammenhänge. Die Zusammenhänge zwischen der Bewertung des Einflusses auf die Entwicklung und der Anzahl der Stunden an Supervision bzw. Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten sind ebenfalls signifikant. Nur für die Intervision ergibt sich ein negativer Zusammenhang.

## 5.5 Hypothese 5

Unter Hypothese 5 soll untersucht werden, ob Therapeuten welche mehr und häufiger Supervision, Intervision und Selbsterfahrung in Anspruch nehmen, ihre derzeitige Entwicklung als Therapeut eher positiv, als Fortschritt und Verbesserung bezeichnen als Therapeuten, welche weniger und seltener die hier genannten qualitätssichernden Maßnahmen nutzen. Dazu werden erneut Item 7 zur Häufigkeit und außerdem Item 13 zur Bewertung der derzeitigen therapeutischen Tätigkeit herangezogen. Auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 0= gar nicht bis 5= sehr konnten die Therapeuten jeweils angeben, wie sehr sie den Aussagen zu ihrer derzeitigen Arbeit zustimmen. Abbildung 5 zeigt, dass die Therapeuten grundsätzlich ihre Entwicklung als positive Veränderung und Fortschritt betrachten. Allerdings ist auch zu verzeichnen, dass für das Item *Eigene Veränderung als Rückschritt oder Verschlechterung* ein Mittelwert von 2,6 vorliegt.

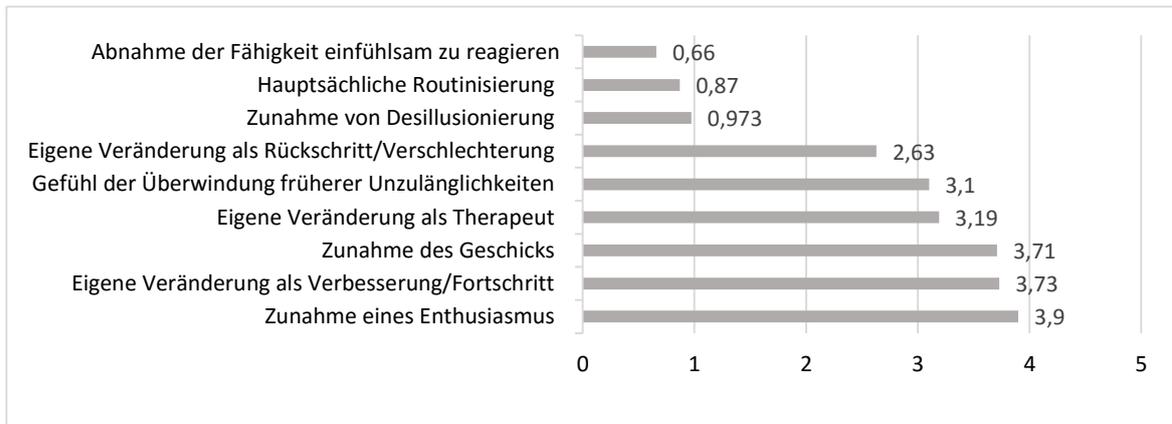


Abb. 5: Derzeitige Entwicklung in der therapeutischen Arbeit

Abschließend werden anhand von Item 7 und Item 13 bivariate Korrelation nach Spearman berechnet, um erste Zusammenhänge zu erschließen. Tabelle 7 zeigt, dass nur drei signifikante Korrelationen vorliegen. Negative Korrelationen bestehen zwischen der *Veränderung als Therapeut* ( $r = -,202$ ;  $p < .05$ ), sowie der *Zunahme des Enthusiasmus in der Arbeit* ( $r = -,199$ ;  $p < .05$ ) und der aktuellen Inanspruchnahme von Selbsterfahrung. Dies lässt sich erneut durch die negative Polung der Skala für die aktuelle Häufigkeit erklären. Ein positiver Zusammenhang kann zwischen der *Veränderung als Therapeut* und der Anzahl der Stunden Supervision in den letzten 12 Monaten nachgewiesen werden ( $r = ,214$ ;  $p < .05$ ). Therapeuten, welche sich in ihrer derzeitigen Entwicklung als Therapeut verändern, nutzen aktuell häufiger Selbsterfahrung und weisen mehr Stunden Supervision in den letzten 12 Monaten auf. Therapeuten, welche aktuell eine *Zunahme des Enthusiasmus für die therapeutische Arbeit* spüren, nehmen ebenfalls häufiger Selbsterfahrung in Anspruch.

Tab. 7: Korrelationskoeffizienten nach Spearman für Entwicklung als Therapeut und Inanspruchnahme

	Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme von Selbsterfahrung	Anzahl der Stunden Supervision in letzten 12 Monaten
Veränderung als Therapeut	-,202*	,214*
Zunahme eines Enthusiasmus für die therapeutische Arbeit	-,199*	

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Zuletzt wird ein Gesamtwert für jeden Therapeuten ermittelt, der jeweils die Werte für die positive sowie negative Entwicklung abbildet und diese in Korrelation zur Häufigkeit mit der aktuellen Inanspruchnahme und der Anzahl der Stunden Supervision, Intervention und Selbsterfahrung gesetzt. Entgegen der Erwartungen zeigt Tabelle 8, dass nur eine signifikante Korrelation nachgewiesen werden kann, zwischen der Höhe der positiven Entwicklung des Therapeuten und der Anzahl der Stunden Supervision in den letzten Monaten ( $r = .200$ ;  $p < .05$ ) sowie ebenso eine signifikante, negative Korrelation zur Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme von Selbsterfahrung ( $r = -.188$ ;  $p < .05$ ), welche sich durch die negative Polung der Skala der aktuellen Inanspruchnahme erklären lässt. Hypothese 5 kann also nur teilweise bestätigt werden. Therapeuten, welche derzeit positive Entwicklung als Therapeut angeben, nehmen aktuell signifikant häufiger Selbsterfahrung in Anspruch und haben in den letzten 12 Monaten mehr Stunden Supervision genutzt als Therapeuten, welche ihre Entwicklung weniger positiv angeben.

Tab. 8: Korrelationskoeffizienten nach Spearman für Entwicklung als Therapeut und Inanspruchnahme

	Häufigkeit aktuelle Inanspruch- nahme Supervision	Häufigkeit aktuelle Inanspruch- nahme Intervention	Häufigkeit aktuelle Inanspruch- nahme Selbst- erfahrung	Anzahl Stunden Supervision in letzten 12 Monaten	Anzahl Stunden Intervention in letzten 12 Monaten	Anzahl Stunden Selbster- fahrung in letzten 12 Mona- ten
Positive Entwick- lung der therapeu- tischen Tätigkeit	-,121	-,012	-,188*	,200*	,010	,040
Negative Entwick- lung der therapeu- tischen Tätigkeit	-,113	,018	-,092	,112	-,037	-,058

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

## 5.6 Hypothese 6

Unter Hypothese 6 wird postuliert, dass ein Zusammenhang zwischen dem Coping Stil der Therapeuten und ihrer Inanspruchnahme der drei qualitätssichernden Maßnahmen besteht. Dazu wird erneut Item 7.1 und 7.4. zur Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision sowie Item 7.8 und 7.11 bzgl. Intervention und Item 7.13 und 7.16 bzgl. der Selbsterfahrung genutzt und in Zusammenhang mit Item Gruppe 19 zu den Coping-Strategien gesetzt. Die beiden Skalen *Constructive Coping (CC)* und *Avoidant Coping (AC)* stammen aus dem DPCCQ von Orlinsky und Ronnestad und entspringen dort der *Psychotherapeuten Arbeitsengagement Skala*. Sie wurden für den SUISE in Form der Items 19 übernommen und sollen aufzeigen, welche Strategien Therapeuten im Umgang mit Problemen in der therapeutischen Arbeit für gewöhnlich anwenden. Konstruktive Coping-Strategien wären beispielweise das Problem aus einer anderen Perspektive zu betrachten oder es mit einem erfahreneren Kollegen zu besprechen. Unter vermeidendem Coping würde gelten, dem Patienten die Frustration zu zeigen oder das Problem komplett zu vermeiden. Konstruktives Coping kann therapeutische Allianz und Therapie-Outcome positiv beeinflussen, vermeidendes Coping hingegen hat einen negativen Einfluss auf beide Variablen. Dem konstruktiven Coping entsprechen im SUISE Items 1,3,5,6 und 7, dem vermeidenden Coping Items 2,4,8,9,10 und 11 im Itemblock 19. Klose (2015) konnte in ihrer Arbeit mit derselben hier vorliegenden Stichprobe durch eine Reliabilitätsanalyse dieser Skalen für das konstruktive Coping einen Cronbachs  $\alpha$  Wert von .26 und für vermeidendes Coping einen Wert von .45 aufzeigen. Damit liegt die Reliabilität erstaunlicherweise unter der der Testautoren Rønnestad und Orlinsky (2006) und der von Nissen-Lie, Ronnestad, Hoglend et al. (2015). Beide weisen auf bessere, allerdings auch nicht perfekte, Reliabilitäten hin (Cronbachs  $\alpha$ : .76/.72 und .64/.60). Aufgrund der geringen Reliabilität sind die Ergebnisse dieser Hypothese also nur eingeschränkt interpretierbar.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Therapeuten wenig defensives Coping zeigen ( $M= 1,26$ ;  $SD=1,07$ ) und in Richtung konstruktives Coping tendieren ( $M= 3,65$ ;  $SD= 1,03$ ). Zur Untersuchung der Hypothese werden Scores für jeden Therapeuten für das konstruktive und defensive Coping gebildet, um diese Scores in Relation zu der Inanspruchnahme der qualitätssichernden Maßnahmen zu setzen. Anschließend wird der Korrelationskoeffizient nach Spearman berechnet. Abzulesen von Tabelle

9 ist, dass allein ein signifikanter, sehr geringer Zusammenhang zwischen defensivem Coping und der aktuellen Inanspruchnahme von Selbsterfahrung besteht, welcher negativ ist ( $r = -.189, p < .05$ ) und sich erneut durch die negative Polung der Skala der Häufigkeit der Inanspruchnahme erklären lässt. Somit kann Hypothese 6, auch vor dem Hintergrund der leider geringen Reliabilität der Coping-Skalen, nur für den Zusammenhang zwischen defensivem Coping und der aktuellen Häufigkeit der Inanspruchnahme von Selbsterfahrung bestätigt werden. Therapeuten, welche höhere Werte auf der defensiven Coping Skala aufweisen, nehmen aktuell häufiger Selbsterfahrung in Anspruch als Therapeuten mit niedrigeren defensiven Coping Werten.

Tab. 9: Korrelationskoeffizient nach Spearman für Coping Stil und Inanspruchnahme

	Häufigkeit aktuelle Inanspruch- nahme Supervision	Häufigkeit aktuelle Inanspruch- nahme Intervision	Häufigkeit aktuelle Inanspruch- nahme Selbster- fahrung	Anzahl Stunden Supervision in letzten 12 Monaten	Anzahl Stunden Intervision in letzten 12 Monaten	Anzahl Stunden Selbster- fahrung in letzten 12 Monaten
Konstruktives Coping	-,082	-,109	,026	,047	,134	-,164
Defensives Coping	-,152	-,145	-,189*	,135	,124	-,051

\*p < .05, \*\*p < .01

## 5.7 Regressionsanalyse

Um zu ermitteln, welche Variablen als Prädiktoren die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung bzw. ihre Anzahl der Stunden in den letzten 12 Monaten vorhersagen können, wird ein multiples, lineares Regressionsmodell genutzt. Dafür werden folgende Variablen untersucht: das Alter der Therapeuten, die Dauer der therapeutischen Tätigkeit in Jahren, das Therapieverfahren, die *Bewertung des Einflusses der Maßnahmen auf die Entwicklung als Therapeut* (Item 21), die *Bewertung der Maßnahmen als Wirkfaktor auf die fachliche Kompetenz* (Items 9.4, 9.5, 9.6), die Scores für die *derzeitige* (negative sowie positive) *Entwicklung in der therapeutischen Tätigkeit* (Item 13) und die Scores für die

*therapeutischen* (konstruktiven und defensiven) *Coping-Stile* (Item 19). Es wird eine schrittweise Anwendung gewählt.

Für die aktuelle Inanspruchnahme der Supervision werden in das Regressionsmodell die Variablen *Einfluss auf die Entwicklung als Therapeut bzgl. der formellen Supervision oder Beratung* durch andere, der Score der *positiven Entwicklung* und der Score des *defensiven Copings* aufgenommen. Die übrigen Variablen wurden ausgeschlossen von der Analyse. Tabelle 10 und 11 zeigen für jeden der drei Schritte den multiplen Korrelationskoeffizienten, das Bestimmtheitsmaß, das korrigierte Bestimmtheitsmaß und den Standardfehler. Die Variable *Einfluss auf die Entwicklung als Therapeut bzgl. der Formellen Supervision oder Beratung durch andere* erklärt 11 % der Variation der aktuellen Inanspruchnahme der Supervision. Modell 2 mit zusätzlich der Variablen *Score der positiven Entwicklung* erklärt 16 % und Modell 3, plus zusätzlich den *Score des defensiven Coping*, erklärt sogar 20% der Variation. Für die aktuelle Inanspruchnahme der Supervision können also die Höhe des bewerteten Einflusses der Supervision auf die Entwicklung als Therapeut, die Scores für die derzeitige positive Entwicklung der Therapeuten und ihre Scores für das defensive Coping dienen und gemeinsam sogar bis zu 20 % der Variation der Werte aufklären. Der Durbin-Watson Test auf Autokorrelation wurde vorgenommen. Dieser liefert generell eine Korrelation zwischen 0 und 4. In diesem Fall zeigt er mit dem Wert von 1,936, dass keine Autokorrelation vorliegt.

Tab 10: Modellübersicht<sup>d</sup> für die aktuelle Inanspruchnahme von Supervision

Modell	R	R-Quadrat	Angepasstes R-Quadrat	Standardfehler der Schätzung	Durbin-Watson
1	,345 <sup>a</sup>	,119	,112	,83844	
2	,408 <sup>b</sup>	,167	,152	,81915	
3	,452 <sup>c</sup>	,205	,184	,80373	1,936

a. Prädiktoren: (Konstante), Einfluss auf Entwicklung als Therapeut bzgl. die Formelle Supervision oder Beratung durch andere

b. Prädiktoren: (Konstante), Einfluss auf Entwicklung als Therapeut bzgl. die Formelle Supervision oder Beratung durch andere, Score Entwicklung positiv

c. Prädiktoren: (Konstante), Einfluss auf Entwicklung als Therapeut bzgl. die Formelle Supervision oder Beratung durch andere, Score Entwicklung positiv, Score defensives Coping

d. Abhängige Variable: Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme von Supervision

Tab. 11: Koeffizienten<sup>a</sup> für die aktuelle Inanspruchnahme der Supervision

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten Beta	t	Sig.
	B	Standardfehler			
1 (Konstante)	4,901	,471		10,403	,000
Einfluss auf Entwicklung als Therapeut bzgl. die Formelle Supervision oder Beratung durch andere	-,309	,078	-,345	-3,963	,000
2 (Konstante)	5,620	,539		10,418	,000
Einfluss auf Entwicklung als Therapeut bzgl. die Formelle Supervision oder Beratung durch andere	-,299	,076	-,334	-3,924	,000
Score Entwicklung positiv	-,047	,019	-,218	-2,555	,012
3 (Konstante)	6,152	,576		10,676	,000
Einfluss auf Entwicklung als Therapeut bzgl. die Formelle Supervision oder Beratung durch andere	-,305	,075	-,341	-4,071	,000
Score Entwicklung positiv	-,044	,018	-,204	-2,439	,016
Score defensives Coping	-,053	,023	-,196	-2,335	,021

a. Abhängige Variable: Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme von Supervision

Anschließend wird eine Analyse für die Anzahl der Stunden Supervision durchgeführt. In das Regressionsmodell wird allein die Variable *Supervision als Wirkfaktor auf die fachliche Kompetenz* aufgenommen, wie in Tabellen 12 und 13 zu sehen ist. Diese Variable kann 5 % der Variation der abhängigen Variable erklären. Alle anderen Variablen wurden ausgeschlossen von der Analyse. Der Durbin-Watson Wert von 1,995 zeigt, dass keine Autokorrelation vorliegt.

Tab 12: Modellübersicht<sup>b</sup> für die Anzahl der Stunden Supervision in den letzten 12 Monaten

Modell	R	R-Quadrat	Angepasstes R-Quadrat	Standardfehler der Schätzung	Durbin-Watson
1	,237 <sup>a</sup>	,056	,048	19,68518	1,995

a. Prädiktoren: (Konstante), Supervision als Wirkfaktor auf die fachliche Kompetenz

b. Abhängige Variable: Anzahl der Stunden Supervision in den letzten 12 Monaten

Tab. 13: Koeffizienten<sup>a</sup> für die Anzahl der Stunden Supervision in den letzten 12 Monaten

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	Sig.
	B	Standardfehler	Beta		
1 (Konstante)	-2,023	7,559		,268	,768
Supervision als Wirkfaktor auf die fachliche Kompetenz	3,785	1,486	,237	2,547	,012

a. Abhängige Variable: Anzahl der Stunden Supervision in den letzten 12 Monaten

Es wird auch eine Regressionsanalyse für die aktuelle Inanspruchnahme der Intervention durchgeführt (s. Tab. 14 und Tab. 15). In das Regressionsmodell wird hier nur die Variable *Intervention als Wirkfaktor auf die fachliche Kompetenz* aufgenommen. Diese Variable kann 14 % der Variation in der Inanspruchnahme erklären. Die anderen Variablen wurden ausgeschlossen von der Analyse. Der Durbin-Watson Test auf Autokorrelation wird vorgenommen. Sein Wert von 1,955 zeigt, dass keine Autokorrelation vorliegt.

Tab. 14: Modellübersicht<sup>b</sup> für die aktuelle Inanspruchnahme der Intervention

Modell	R	R-Quadrat	Angepasstes R-Quadrat	Standardfehler der Schätzung	Durbin-Watson
1	,374 <sup>a</sup>	,140	,132	,68358	1,955

a. Prädiktoren: (Konstante), Intervention als Wirkfaktor auf die fachliche Kompetenz

b. Abhängige Variable: Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme von Intervention

Tab. 15: Koeffizienten<sup>a</sup> für die aktuelle Inanspruchnahme von Intervention

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	Sig.
	B	Standardfehler	Beta		
1 (Konstante)	3,276	,216		15,163	,000
Intervention als Wirkfaktor auf die fachliche Kompetenz	-,202	,047	-,374	-4,287	,000

a. Abhängige Variable: Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme von Intervention

Tabelle 16 und 17 zeigen die Analyse für die Anzahl der Stunden Intervention in den letzten 12 Monaten. Erneut wird nur die Variable *Einfluss auf die Entwicklung als Therapeut bzgl. Fallbesprechungen mit Kollegen/Innen* miteinbezogen und kann 4 % der Variation in der Variable der Stundenanzahl aufklären. Der Durbin-Watson

Wert zeigt, dass keine Autokorrelation vorliegt.

Tab. 16: Modellübersicht<sup>b</sup> für die Anzahl der Stunden Intervention in den letzten 12 Monaten

Modell	R	R-Quadrat	Angepasstes R-Quadrat	Standardfehler der Schätzung	Durbin-Watson
1	,207 <sup>a</sup>	,043	,034	,54,54090	2,103

a. Prädiktoren: (Konstante), Einfluss auf die Entwicklung als Therapeut bzgl. Fallbesprechungen mit Kollegen/Innen

b. Abhängige Variable: Anzahl der Stunden Intervention in den letzten 12 Monaten

Tab. 17: Koeffizienten<sup>a</sup> für die Anzahl der Stunden Intervention in den letzten 12 Monaten

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	Sig.
	B	Standardfehler	Beta		
1 (Konstante)	41,705	34,051		-1,225	,223
Einfluss auf die Entwicklung als Therapeut bzgl. Fallbesprechungen mit Kollegen/Innen	12,609	5,669	,207	2,224	,028

a. Abhängige Variable: Anzahl der Stunden Intervention in den letzten 12 Monaten

Abschließend wird auch für die Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme von Selbsterfahrung eine Regressionsanalyse durchgeführt. Tabelle 18 und 19 zeigen, dass nur die Variablen *Einfluss auf Entwicklung als Therapeut bzgl. Selbsterfahrung*, welche 8 % erklären und der *Score des defensiven Copings*, welche dann zusammen 13 % der Variation erklären können, in das Modell aufgenommen wird. Auch der Durbin-Watson Wert liegt in dem Bereich, in dem Autokorrelation ausgeschlossen werden kann.

Tab. 18: Modellübersicht<sup>c</sup> für die aktuelle Inanspruchnahme von Selbsterfahrung

Modell	R	R-Quadrat	Angepasstes R-Quadrat	Standardfehler der Schätzung	Durbin-Watson
1	,295 <sup>a</sup>	,087	,078	,75026	
2	,371 <sup>b</sup>	,138	,121	,73269	1,748

a. Prädiktoren: (Konstante), Einfluss auf die Entwicklung als Therapeut bzgl. Selbsterfahrung

b. Prädiktoren: (Konstante), Einfluss auf die Entwicklung als Therapeut bzgl. Selbsterfahrung, Score defensives Coping

c. Abhängige Variable: Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme von Selbsterfahrung

Tab. 19: Koeffizienten<sup>a</sup> der Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme von Selbsterfahrung

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	Sig.
	B	Standardfehler	Beta		
1 (Konstante)	4,899	,400		12,248	,000
Einfluss auf die Entwicklung als Therapeut bzgl. Selbsterfahrung	-,202	,065	-,295	-3,117	,002
2 (Konstante)	5,303	,424		12,498	,000
Einfluss auf Entwicklung als Therapeut bzgl. Selbsterfahrung	-,177	,064	-,259	-2,764	,007
Score defensives Coping	-,053	,022	-,228	-2,439	,016

a. Abhängige Variable: Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme von Selbsterfahrung

Zuletzt wird die Regression für die Anzahl der Stunden Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten berechnet. Tabellen 20 und 21 zeigen, dass nur die Variable *Einfluss auf Entwicklung als Therapeut bzgl. Selbsterfahrung* in das Modell aufgenommen wird und etwa 5 % der Variation der Anzahl der Stunden erklären kann. Der Durbin-Watson Wert zeigt, dass eine Autokorrelation ausgeschlossen werden kann.

Tab. 20: Modellübersicht<sup>b</sup> für die Anzahl der Stunden Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten

Modell	R	R-Quadrat	Angepasstes R-Quadrat	Standardfehler der Schätzung	Durbin-Watson
1	,241 <sup>a</sup>	,058	,049	23,00404	1,658

a. Prädiktoren: (Konstante), Einfluss auf die Entwicklung als Therapeut bzgl. Selbsterfahrung

c. Abhängige Variable: Anzahl der Stunden Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten

Tab. 21: Koeffizienten<sup>a</sup> für die Anzahl der Stunden Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	Sig.
	B	Standardfehler	Beta		
1 (Konstante)	-19,071	11,979		-1,592	,114
Einfluss auf die Entwicklung als Therapeut bzgl. Selbsterfahrung	4,912	1,952	,241	2,517	,013

a. Abhängige Variable: Anzahl der Stunden Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten

## 6 Diskussion

### 6.1 Ergebnisse der Hypothesen

Grundsätzlich zeigte sich für Hypothese 1, dass die Gründe der Therapeuten für die Inanspruchnahme, je nach Maßnahme, unterschiedlich stark voneinander abweichen. Auch wird deutlich, dass weniger lang praktizierende Therapeuten Supervision und Intervention signifikant eher zur Bewältigung von Krisen und Konflikten in der Therapie nutzen als erfahrene Therapeuten, welche Supervision eher zur Selbstfürsorge nutzen als die kürzer praktizierenden Kollegen. Dies scheint schlüssig, da Therapeuten zu Beginn ihrer Tätigkeit wahrscheinlich eher in Krisen und Konflikte geraten und in der Supervision dort Unterstützung finden können. Erfahrenere Therapeuten, welche bereits öfter Probleme in ihrer Arbeit erlebt haben, können auf praktikable Lösungen, welche sich in der Vergangenheit bewährt haben, zurückgreifen. Supervision wird von weniger erfahrenen Therapeuten auch eher aus Gründen der Behandlungsoptimierung genutzt. Man kann davon ausgehen, dass wachsende Berufserfahrung auch zu einer stetig verbesserten Behandlung verhilft. Selbsterfahrung wird von kürzer praktizierenden Therapeuten tendenziell eher aus institutionellen Gründen genutzt als von länger praktizierenden Therapeuten. Es wird damit deutlich, dass unterschiedliche Beweggründe für die Inanspruchnahme der drei untersuchten qualitätssichernden Maßnahmen nach Dauer der therapeutischen Tätigkeit vorliegen. Kürzer praktizierenden Therapeuten sind eher an Arbeitsoptimierung, Bewältigung von Konflikten in der Therapie und institutionellen Rahmenbedingungen orientiert als Erfahrenere. Allerdings hätten intuitiv gesehen auch Gründe wie die Steigerung der Kompetenzen und das Korrektiv von Fehlern in der Behandlung von weniger erfahrenen Therapeuten ein stärkerer Grund für die Inanspruchnahme sein müssen als bei ihren erfahrenen Kollegen. Allerdings wurden für die übrigen 13 abgefragten Gründe keine Zusammenhänge zur Dauer der Tätigkeit nachgewiesen. Eine unterschiedliche Motivation zur Inanspruchnahme von qualitätssichernden Maßnahmen bei den Therapeuten wird dennoch deutlich, aber die Ergebnisse werfen auch die Frage auf, wieso die Gründe doch weniger heterogen sind als erwartet.

Die Gründe für die Inanspruchnahme der qualitätssichernden Maßnahmen unterscheiden sich bezüglich der ausgeübten Therapieform (Hypothese 2) zum Teil

signifikant voneinander. Was die Verbesserung der Beziehungsmodi in der Supervision und Selbsterfahrung, die Optimierung der Regulation innerer Prozesse und der Arbeitsorganisation in der Supervision, die Bewältigung persönlicher Krisen und Konflikte und die Steigerung des Wohlbefindens in der Selbsterfahrung sowie die Verbesserung der interaktionellen Kompetenzen in der Selbsterfahrung und der Intervention angeht, unterscheiden sich die Therapeuten in ihrer Zustimmung nach dem von ihnen praktizierten Therapieverfahren. Allerdings sind diese Ergebnisse vorsichtig zu beurteilen, da die Stichprobe größtenteils aus Verhaltenstherapeuten und Tiefenpsychologen besteht und die anderen Verfahren nur durch wenige Therapeuten repräsentiert werden, sodass eine Post-Hoc Analyse nicht möglich war. Eine heterogenere Stichprobe hätte eventuell aufschlussreichere Ergebnisse liefern können. Sie wäre allerdings aufgrund der Gegebenheiten in Deutschland (die Systemische Therapie ist noch nicht als Verfahren bei den Kassen anerkannt, wenige Therapeuten praktizieren ausschließlich tiefenpsychologisch oder analytisch oder wenden nur Gesprächspsychotherapie an) schwieriger zu rekrutieren gewesen. Werden nur die beiden großen Verfahren Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch-fundierte Therapie betrachtet, so unterscheiden sich hier nur die Gründe die Selbsterfahrung zur Bewältigung persönlicher Krisen und Konflikte zu nutzen signifikant voneinander. Für die restlichen Beweggründe konnten allerdings keine Unterschiede gefunden werden. Der Fakt, dass die beiden großen Verfahren ähnliche Gründe für die Inanspruchnahme angeben, kann auch daran liegen, dass sich diese Richtlinienverfahren nicht nur inhaltlich, sondern vor allem auch bzgl. ihrer Ansichten zur Therapeutentätigkeit immer mehr annähern und längst keine so starke theoretische Trennung mehr existiert, wie es oft in der Vergangenheit dargestellt wurde. Auch in der Ausübung der praktischen Arbeit fand längst eine Annäherung zwischen den beiden Verfahren statt.

Hypothese 3 zeigt, dass die Therapeuten Supervision, Intervention und Selbsterfahrung als relativ hohe bis hohe Wirkfaktoren einschätzen, wobei der Supervision durchschnittlich die größte Wirkung auf die fachliche Kompetenz zugesprochen wird und der Selbsterfahrung die geringste Wirkung. Zur aktuellen Häufigkeit der Inanspruchnahme zeichnet sich ab, dass Supervision fast zu je ein Drittel zwischen 1-2 mal im Monat, 1-2 mal im Quartal und weniger als 1 mal im Quartal genutzt wird.

Intervision wird von der Hälfte der Therapeuten 1-2 mal im Monat genutzt wird, und Selbsterfahrung, welche eine allgemein sehr geringe Inanspruchnahme aufweist, wird von mehr als 70 % weniger als einmal im Quartal genutzt. Die Höhe der genutzten Stunden in den letzten 12 Monaten zeigt, dass Selbsterfahrung mit durchschnittlich 12 Stunden im Gegensatz zu Supervision mit 17 und v. a. Intervision mit 36 Stunden weit zurückliegt. Der Vorteil der Intervision kostengünstig, schnell organisiert und auf Augenhöhe Hilfe bieten zu können, kann hier als möglicher Grund für die hohe Inanspruchnahme herangezogen werden. Da die Stichprobe relativ erfahren ist, bedürfen diese Therapeuten vermutlich weniger Anleitung durch einen professionellen Leiter und ein Austausch unter Kollegen genügt hier zur Bewältigung der Probleme in der Therapie aus. Es zeigte sich, dass je höher die Maßnahme als Wirkfaktor bewertet wurde, desto höher ihre aktuelle Inanspruchnahme war und sich auch für die Anzahl der Stunden der Maßnahmen im letzten Jahre sich positive Zusammenhänge zeigten. Hypothese 3 kann also bestätigt werden.

Hypothese 4 geht davon aus, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der qualitätssichernden Maßnahmen sowie der Höhe ihres bewerteten Einflusses auf die Entwicklung als Therapeut gibt. Die Therapeuten bewerteten die drei qualitätssichernden Maßnahmen als gleich einflussreich für ihre professionelle Entwicklung und geben diesen Einfluss als positiv an. Supervision, Intervision und Selbsterfahrung zählen zu den fünf wichtigsten Einflüssen auf ihre Entwicklung als Therapeut von den 15 abgefragten Einflüssen. Einflussreicher sind nur Therapieerfahrungen mit Patienten und eigene Lebenserfahrungen außerhalb der Therapie. Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem bewerteten Einfluss der Maßnahmen und der Häufigkeit ihrer aktuellen Inanspruchnahme und der Höhe der genutzten Stunden in den letzten 12 Monaten für die Selbsterfahrung und Supervision. Somit kann Hypothese 4 bestätigt werden. Therapeuten, welche die Maßnahmen als großen Wirkfaktor betrachten, nehmen sie aktuell häufiger in Anspruch und haben in den letzten 12 Monaten mehr Supervision und Selbsterfahrung genutzt als Therapeuten, welche den Wirkfaktor als geringer betrachteten. Lediglich zur Anzahl der Stunden Intervision in den letzten 12 Monaten konnte nur ein negativer Zusammenhang gefunden werden, welchen es zu ergründen gilt.

Unter Hypothese 5 lässt sich erkennen, dass die teilnehmenden Therapeuten ihre derzeitige Entwicklung generell als positiv und Fortschritt bezeichnen. Therapeuten, welche angeben sich derzeit zu verändern, nahmen mehr Stunden Supervision in den letzten 12 Monaten und aktuell häufiger Selbsterfahrung in Anspruch. Therapeuten, welche einen zunehmenden Enthusiasmus in ihrer Arbeit verspüren, nehmen ebenfalls aktuell häufiger Selbsterfahrung in Anspruch. Die Annahme, dass es einen Zusammenhang zwischen der derzeitigen positiven Entwicklung der Therapeuten und der Höhe der aktuellen Inanspruchnahme von Selbsterfahrung und der Anzahl der Stunden Supervision in den letzten 12 Monaten gibt, kann bestätigt werden. Auch Therapeuten, welche ihre Entwicklung derzeit eher als positiv bewerteten, hatten tendenziell mehr Stunden Supervision im letzten Jahr als Therapeuten und nutzen aktuell häufiger Selbsterfahrung, als Therapeuten, welche ihre Entwicklung weniger positiv bewerten. Allerdings zeigt sich kein Zusammenhang der negativen Entwicklung als Therapeut und der Inanspruchnahme der Maßnahmen. Trotzdem Hypothese 5 nicht komplett bestätigt werden kann, kann aber angenommen werden, dass die Supervision und Selbsterfahrung Einfluss auf die Entwicklung des Therapeuten nimmt oder sein Empfinden bezüglich dieser beeinflusst.

Hypothese 6 postuliert, dass Therapeuten, welche qualitätssichernde Maßnahmen häufiger in Anspruch nehmen, konstruktivere Coping-Strategien bei Schwierigkeiten in ihrer therapeutischen Arbeit anwenden, als Therapeuten mit geringerer Inanspruchnahme, welche eher einen defensiven Coping-Stil zeigen. Diese Hypothese ließ sich nur teilweise bestätigen. Die Therapeuten zeigten durchschnittlich relativ geringes defensives und eher konstruktives Coping. Es wurde nur ein signifikanter Zusammenhang zwischen defensivem Coping und der aktuellen Inanspruchnahme von Selbsterfahrung gefunden. Therapeuten, welche zu einem defensiveren Coping-Stil tendieren, nutzen also aktuell häufiger Selbsterfahrung und umgekehrt. Hypothese 6 konnte also nur für das defensive Coping und die Selbsterfahrung bestätigt werden. Die Reliabilität der Coping-Skala müsste aufgrund ihrer geringen Werte allerdings erneut überprüft werden.

Die vermuteten Variablen: Alter der Therapeuten, die Dauer der therapeutischen Tätigkeit in Jahren und das Therapieverfahren konnten nicht als Prädiktoren für die Häufigkeit und Stundenanzahl der Inanspruchnahme der drei untersuchten

qualitätssichernden Maßnahmen ausgemacht werden. Die Variable *Einfluss auf die Entwicklung als Therapeut bzgl. der formellen Supervision oder Beratung durch andere* kann 11 % der Variation der aktuellen Inanspruchnahme der Supervision erklären. Gemeinsam mit dem *Score der positiven Entwicklung* erklären sie 16 % und zusätzlich mit dem *Score des defensiven Coping* können sie zusammen sogar 20% der Variation der Inanspruchnahme aufklären. Die Variable *Supervision als Wirkfaktor auf die fachliche Kompetenz* kann 5 % der Varianz der Variablen Anzahl der Stunden Supervision aufklären. Für die Intervision zeigt sich, dass die Variable *Intervision als Wirkfaktor auf die fachliche Kompetenz* 14 % der Variation der aktuellen Inanspruchnahme erklären kann. Die Variable *Einfluss auf die Entwicklung als Therapeut bzgl. Fallbesprechungen mit Kollegen/Innen* hingegen kann 4 % der Variation in der Stundenanzahl Intervision in den letzten 12 Monaten aufklären. Bezüglich der Selbsterfahrung erklärt die Variable *Einfluss auf Entwicklung als Therapeut bzgl. Selbsterfahrung* 8 % der Variation der aktuellen Inanspruchnahme. Zusammen mit dem *Score des defensiven Copings* klären sie 13 % der Variation auf. Die Variable *Einfluss auf Entwicklung als Therapeut bzgl. Selbsterfahrung* kann 5 % der Varianz der Anzahl der Stunden Selbsterfahrung in den letzten 12 Monaten erklären. Eine wichtige Erkenntnis dieser Arbeit ist also, dass Therapeuten welche den Einfluss der Maßnahmen auf ihre Entwicklung als Therapeut hoch angeben und die Maßnahmen als Wirkfaktor auf ihre fachliche Kompetenz betrachten auch eine höhere Inanspruchnahme von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung zeigen. Die anderen getesteten Variablen wie Alter, Erfahrung und Richtlinienverfahren beeinflussen die Inanspruchnahme nachweislich nicht. Hier könnten weitere Untersuchungen aufdecken, ob andere Variablen des SUISE noch als Prädiktoren für die Inanspruchnahme dienen könnten (z. B. therapeutischer Stil oder habituelles Wohlbefinden).

## 6.2 Limitationen

Die Ergebnisse dieser Studie können aufgrund von verschiedenen qualitativen Limitationen und Einschränkungen des Studiendesigns beeinflusst worden sein. Unter anderem zählt hierzu natürlich die geringe Rücklaufquote von 6,20 %. In der be-

reits zitierten Studie von Nübling et al. (2014) lag diese ebenfalls für Baden-Württemberg bei 54 %.

Auch zeichnet sich der SUISE-Fragebogen dadurch aus, viele verschiedene Konstrukte abzufragen. Leider geht damit einher, dass er zehn Seiten umfasst und die Länge unweigerlich dazu führt, dass nicht alle Fragen von allen Teilnehmern beantwortet wurden und die Konzentration zum Ende des Fragebogens nachgelassen haben kann. Möglicherweise sind daher auch die Therapeuten, welche sich die Zeit genommen haben, nicht unbedingt repräsentativ für die Gesamtpopulation. Des Weiteren wurde nur die Quantität von Supervision, Selbsterfahrung und Intervision erfasst. Wie die Therapeuten die Qualität dieser Maßnahmen bewerten, wurde nicht erfragt. Dass die qualitätssichernden Maßnahmen zum Teil auch negative Effekte haben können, wurde aber deutlich und kann die Inanspruchnahme ebenso beeinflussen.

Auch bedacht werden sollte, dass der SUISE auf Selbstauskunft beruht. Alle Angaben wie zur Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung, zur Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit in Jahren und der subjektiven Wahrnehmung und Einschätzung beruhen auf subjektiven Einschätzungen und auf keinen reliablen Fakten.

Des Weiteren ist es unter Hypothese 2 schwer zwischen den Richtlinienverfahren zu trennen und Gruppen von Therapeuten zu bilden, da einige der Teilnehmer min. zwei Verfahren ausüben und nicht mehr klar zwischen dem klassischen Verhaltenstherapeuten und dem klassischen Analytiker unterschieden werden kann. Würden allein Therapeuten berücksichtigt werden, welche nur ein Verfahren anwenden, würden die Gruppen auf eine geringe Größe schrumpfen, sodass die Ergebnisse keine Aussagekraft mehr hätten. Dies zu verhindern wäre nur möglich, wenn im Vorhinein Teilnehmer selektiert worden wären, welche nur in einem Therapieverfahren eine Approbation besitzen. Letztendlich konnten daher nur die Gruppe der Verhaltenstherapeuten der Gruppe der Tiefenpsychologen wirklich gegenübergestellt werden, so dass eine Vielfalt der Verfahren nicht wirklich gegeben war.

Aufgrund der ordinalen Skalenniveaus wurden für die Hypothesen Rangkorrelationen berechnet, diese können Zusammenhänge aufzeigen, aber keine Aussagen über Ursache-Wirkung-Beziehungen treffen.

Auch schränkt die schlechte Reliabilität der Coping-Skala die Ergebnisse der Hypothese 6 ein.

Die Ergebnisse dieser Arbeit lassen sich nicht einfach generalisieren, da beispielsweise das durchschnittliche Alter in der Stichprobe 54 Jahre beträgt, Verhaltenstherapie am häufigsten praktiziert wird und eine deutliche Dominanz des weiblichen Geschlechts aufweist. Zwar hat Nübling et al. (2014) in der bereits erwähnten Studie zur Versorgungsforschung vergleichbare Daten finden können, trotzdem ist eine Stichprobe mit 154 Teilnehmern relativ gering für die untersuchte Fragestellung und im Vergleich zur Größe der Gesamtpopulation der Psychotherapeuten in Baden-Württemberg.

## 7 Literaturverzeichnis

- Aldag, A. (2014). *Supervision, Intervision und Selbsterfahrung als Implikatoren für die Weiterentwicklung intra- und interpersoneller Kompetenzen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Medical School Hamburg, Hamburg.
- Ancis, J. R. & Marshall, D. S. (2010). Using a multicultural framework to assess supervisees' perceptions of culturally competent supervision. *Journal of Counseling and Development*, 88, 277–284.
- Asbeck, S.L., Weisgerber, E. (2015). *Intervision. Inter...- wie? Welche Vision?* Verfügbar unter: <https://www.ash-berlin.eu/profil/alice-gesund/intervision/> [20.3.2016].
- Auckenthaler, A. (1999). Supervision von Psychotherapie. Behauptungen - Fakten – Trends. *Psychotherapeut*, 44, 139-152.
- Bambling, M., King, R., Raue, P., Schweitzer, R. & Lambert, W. (2006). Clinical supervision: Its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychotherapy Research*, 16, 317-331.
- Beck, A. T. (1986). Cognitive therapy: A sign of retrogression or progress. *Behavior therapist*, 9, 2-3.
- Belardi, N. (2015). *Supervision für helfende Berufe*. (3. Aufl.) Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Bergel, S. (2004). Coaching durch Kollegen. *Managerseminare*, 81, 38-46.
- Bernard, J. M. (2006). Tracing the Development of Clinical Supervision. *The Clinical Supervisor*, 24 (1-2), 3-21.
- Berns, U. (2005). Psychotherapieausbildung im Licht empirischer Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut*, 51 (1), 26-34.
- Bike, D. H., Norcross, J. C. & Schatz, D. M. (2009). Processes and outcomes of psychotherapists' personal therapy: Replication and extension 20 years later. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46 (1), 19-31.
- Brinkmann, R. (2002). *Intervision. Ein Trainings- und Methodenbuch für die kollegiale Beratung*. In E. Crisand (Hrsg.). *Arbeitshefte Führungspsychologie*. Bd. 48. Heidelberg: Sauer-Verlag.
- Brüderlin, R. (2011). *Leiten von Intervisions-Gruppen für Professionals: Unterlage zum Workshop*. Zürich: Universitätsklinik Zürich. Verfügbar unter: <http://docplayer.org/10688164-Leiten-von-intervisions-gruppen-fuer-professionals.html> [15.04.2016].

- Callahan, J. L., Almstrom, C. M., Swift, J. K., Borja, S. E. & Heath, C. J. (2009). Exploring the contribution of supervisors to intervention outcomes. *Training And Education In Professional Psychology*, 3 (2), 72-77.
- Cashwell, T. H. & Dooley, K. (2001). The Impact of Supervision on Counselor Self-Efficacy. *The Clinical Supervisor*, 20 (1), 39–47.
- Dennhag, I. & Ybrandt, H. (2013). Trainee psychotherapists' development in self-rated professional qualities in training. *Psychotherapy*, 50 (2), 158-166.
- Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V. (2012). *Supervision ein Beitrag zur Qualifizierung beruflicher Arbeit*. (8. Aufl.) Verfügbar unter: <http://www.dgsv.de/wp-content/uploads/2011/12/grundlagenbroschuere2012.pdf> [21.04.2016].
- 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. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie - Empirische Befunde* (S. 417-456). Tübingen: dvgt-Verlag.
- Donabedian A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Quarterly*, 44, 166- 206.
- Döring-Seipel, E., Schüler, P. & Seipel, K. H. (1995). Selbsterfahrung für Verhaltenstherapeuten: Konzept eines Trainings zielorientierter Selbstreflexion: Erste Erfahrungen. *Verhaltenstherapie*, 5, 138-148.
- Eichert, H.C. (2008). *Supervision und Ressourcenentwicklung. Eine Untersuchung zur Supervision in der stationären Psychiatrie*. Inaugural Dissertation. Universität zu Köln, Köln. Verfügbar unter: <http://d-nb.info/98973045X/34> [21.04.2016].
- Felder, H. & Mattajat, F. (2010). Supervisionsforschung: Ausschuss „Wissenschaft und Forschung“ der Psychotherapeutenkammer Hessen. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 396–397.
- Fengler, J. (1986). Supervision, Intervision und Selbsthilfe. *Gruppendynamik*, 17, 59-74.
- Fields, A. (2013). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics*. SAGE Publications Ltd.

- Frank, R. (1998). Qualitätssicherung durch Psychotherapie-Supervision In A. R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung: Ein Werkstattbuch* (S. 648-683). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Frank, C., Gahleitner, S.B., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H., Koschier, A., Märtens, M., Schigl, B., Pieh, C., Böckle, M. & Leitner, A. (2015). Selbsterfahrung als Ausbildungsbestandteil der Psychotherapie – Qualitätsmerkmal oder Mythos? Zentrale Ergebnisse des Forschungsprojektes „Die Rolle der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie: Supervision und Beratung*, 3 (2), 114–130.
- Freitas, G. J. (2002). The impact of psychotherapy supervision on client outcome. A critical examination of two decades of research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39 (4), 354–367.
- Freyberger, H. J. & Sartory, G. (2009). Macht Selbsterfahrung bessere Psychotherapeuten? *Verhaltenstherapie*, 19 (1), 53–55.
- Fydrich, T. (2004). Fünf Jahre Psychotherapeutengesetz. *Verhaltenstherapie*, 14, 5-6.
- Genz, H. (2016). *Die kollegiale Intervision - eine Peer-Beratung im Team*. Verfügbar unter:[www.hartmut-genz.de/pdfs/Kollegiale%20Intervision.pdf](http://www.hartmut-genz.de/pdfs/Kollegiale%20Intervision.pdf) [25.03.2016]
- Görlitz, G. & Hippler, B. (1992). Selbsterfahrung in der Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten: Erfahrungsbericht. *Verhaltenstherapie*, 2, 151–158.
- Grater, H. A. (1985). Stages in Psychotherapy Supervision: From Therapy Skills to Skilled Therapist. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16 (5), 605–610.
- Grawe, K. (2005). Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. *Report Psychologie*, 7/8, 311-320.
- Gray, L. A., Ladany, N., Walker, J. A. & Ancis, J. R. (2001). Psychotherapy trainee's experience of counterproductive events in supervision. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 371-383.
- Greve, G. (2007). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapieausbildung*. Lengerich: Pabst.
- Guest, P. D. & Beutler, L. E. (1988). Impact of psychotherapy supervision on the therapist orientation and values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (5), 653-658.

- Harkness, D. (1995). The art of helping in supervised practice: Skills, relationships, and outcomes. *The Clinical Supervisor*, 13, 63–76.
- Härter, M., Linster, H.W. & Stieglitz, R. D. (2003). Grundlagen und Konzepte von Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. In M. Härter, H.W Linster & R. D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Methoden und Anwendung* (S. 639-670.) Göttingen: Hogrefe.
- Haynes, R., Corey, G., Moulton, P. (2003). *Clinical supervision in the helping professions: A practical guide*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Heppner, P. P. & Roehlke, H. J. (1984). Differences Among Supervisees at Different Levels of Training: Implications for a Developmental Model of Supervision. *Journal of counseling psychology*, 31 (1), 76–90.
- Hess, A. K. (1987). Psychotherapy Supervision: Stages, Buber, and a Theory of Relation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18 (3), 251–259.
- Hess, S. A., Knox, S., Schultz, J. M., Hill, C. E., Sloan, L., Brandt, S. Kelley, F. & Hoffman, M. A. (2008). Predoctoral interns' nondisclosure in supervision. *Psychotherapy Research*, 18(4), 400-411.
- Hill, C. E., Charles, D. & Reed, K.G. (1981). A longitudinal analysis of changes in counseling skills during doctoral training in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 438-436.
- 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.
- Hogan, R. A. (1964). Issues and approaches in supervision. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 1, 139-141.
- Holloway, E. L., & Neufeldt, S. A. (1995). Supervision: Its contribution to treatment efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (2), 207–213.
- Inman, A.G., Hutman, H., Pendse, A., Devdas, L., Luu, L. & Ellis, M.V. (2014). Current Trends concerning Supervisors, supervisees, and clients in clinical supervision. In C.E. Watkins (Ed.), *Wiley international handbook of clinical supervision* (pp. 61-102). Oxford: Wiley.
- Jacobi, F., Poldrack, A., & Hoyer, J. (2001). Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie: Probleme, Strategien, Optionen. In J. Sturm & R. T. Vogel (Hrsg.), *Neue Entwicklungen in Psychotherapie und Psychosomatik* (S. 161- 185). Lengerich: Pabst.

- Kämmerer, A., Knapp, F. & Rehahn-Sommer, S. (2011). Selbsterfahrung in der modernen Verhaltenstherapieausbildung. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 146–151.
- Kazantzis, N., Calvert, S. J., Merrick, P.L., Orlinsky, D. E., Rooke, S., Ronan, K. R. & Merrick, P. (2009). Activities Influencing the Professional Development of New Zealand Counsellors Across Their Careers, *29 (1)*, 73-92.
- Knox, S. (2013). *Supervision: Is it effective? If so, what makes it effective?* Verfügbar unter: <http://www.marquette.edu/education/grad/documents/SupervisionColoquiumSpring2013knox.pdf> [21.05.2016]
- Ladany, N., Ellis, M. V. & Friedlander, M. L. (1999). The supervisory working alliance, trainee self-efficacy, and satisfaction. *Journal of Counseling & Development*, 77(4), 447-455.
- Laireiter, A. R. (2011). Selbsterfahrung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual (7. Aufl.)* (S. 25-29). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Laireiter, A. R. (2009). Wenn wir über Selbsterfahrung reden, dann müssen wir über Ausbildung reden! *Verhaltenstherapie*, 19 (3), 191–193.
- Laireiter, A. R. (2005). Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. In A. R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 263-292). Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A.R. (2000). *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie – empirische Befunde*. (Reihe: Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Bd. 42) Tübingen: DGVT.
- Laireiter, A.R. & Baumann, U. (2000). Dokumentation von Verhaltenstherapie. In: J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie – Band 1* (S.663-688). Berlin: Springer.
- Laireiter, A. R. & Fiedler P. (1996). Selbsterfahrung und Eigentherapie. In M. Bruch & N. Hoffmann (Hrsg), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* (S. 82-124). Berlin: Springer Verlag.
- Laireiter, A. R. & Vogel, H. (Hrsg.) (1998). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung: Ein Werkstattbuch*. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen.
- Laireiter, A. R. & Willutzki, U. (2003). Selfreflection and self practice in training of cognitive behavior therapy: An Overview. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 10, 19-30.

- Lambert, M. J. & Arnold, R. C. (1987). Research and the supervisory process. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18 (3), 217–224.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (1997). The effectiveness of psychotherapy supervision. In C. E. Watkins (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 421-446). New York: Wiley.
- Leitner, A. & Gahleitner, S. B. (2014). *Die Rolle der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung*. Endbericht der Donau Universität Krems. Verfügbar unter: <http://www.donauuni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/forschungsartikel/sebericht24.09.2014.pdf> [21.05.2016]
- LeShan, L. (1996). *Beyond technique: Psychotherapy for the 21st century*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Lieb, H. (2005). Verhaltenstherapeutische Supervision – Ein Modell in Haupt- und Unterprogrammen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 37, (2), 249– 256.
- Lieb, H. (1998). *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten. Konzepte, Praxis, Forschung*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Lieb, H. (1998): Was bewirkt Selbsterfahrung? Resultate der Evaluationsstudie im Institut für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie (IFKV) Bad Dürkheim. In H. Lieb (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten. Konzepte, Praxis, Forschung*. Göttingen (S. 225-268). Verlag für Angewandte Psychologie.
- Lieb, H. (1998). Veränderungen und Wirkvariablen in der Selbsterfahrung aus Sicht der Teilnehmer: Resultate einer Evaluationsstudie. *Verhaltenstherapie*, 8, 270–278.
- Lippmann, E.D., (2013). *Intervision. Kollegiales Coaching professionell gestalten*. Berlin – Heidelberg: Springer Verlag.
- Loganbill, C., Hardy, E., & Delworth, U. (1982). Supervision: A conceptual model. *The Counseling Psychologist*, 10, 3-42.
- Lucock, M. P., Hall, P. & Noble, R. (2006). A survey of influences on the practice of psychotherapists and clinical psychologists in training in the UK. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13 (2), 123-130.
- Macran, S. & Shapiro, D. A. (1998). The role of personal therapy for therapists: A review. *British Journal of Medical Psychology*, 71 (1), 13-25.

- Mayer-Bruns, F., Böhme, R. & Frank, U. (2003). Supervision in der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (DBT). *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 24 (3), 307-328.
- McNeill, B. W., Stoltenberg, C. D. & Pierce, R. A. (1985). Supervisees' Perceptions of Their Development: A Test of the Counselor Complexity Model. *Journal of counseling psychology*. 32 (4), 630–633.
- McNeill, B. W., Stoltenberg, C. D. & Romans, J. S. (1992). The integrated developmental model of supervision: Scale development and validation procedures. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, 504-508.
- Miars, R. D., Tracey, T. J., Ray, P. B., Cornfeld, J. L., O'Farell, M. & Gelso, C.J. (1983). Variation in supervision process across trainee experience levels. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 403-412.
- Nissen-Lie, H.A, Rønnestad,, M.H. Høglend, P.A. Havik, O.E. ,Solbakken, O. A., Stiles, T. C. & Monsen, J. T. (2015). Love Yourself as a Person, Doubt Yourself as a Therapist? *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Verfügbar unter <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.1977/pdf> [24.07.2016].
- Nodop, S. (2012). *Supervision und Selbsterfahrung zur Entwicklung und Sicherung psychotherapeutischer Kompetenzen – Quantitative und qualitative Auswertung von Befragungen des Forschungsgutachtens zur Psychotherapieausbildung in Deutschland*. Dissertation. Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Nübling, R. (2012). Aktuelles aus der Forschung. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 235.
- Nübling, R., Jeschke, K., Ochs, M. & Schmidt, J. (2014). *Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung*. Ergebnisbericht. Stuttgart, Landespsychotherapeutenklammer Baden-Württemberg; Verfügbar unter: [http://www.lpk-bw.de/archiv/news2014/pdf/20140513nuebli\\_getalambulanteptversorgung\\_ergebnisbericht.pdf](http://www.lpk-bw.de/archiv/news2014/pdf/20140513nuebli_getalambulanteptversorgung_ergebnisbericht.pdf). [21.04.2016]
- 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, 216–223.

- Oeltze, J., Ebert, W. & Petzold, H. (2002). *Integrative Supervision in Ausbildung und Praxis – eine empirische Evaluationsstudie im Mehrebenenmodell*. Verfügbar unter: <http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/studium/umweltmedizin/psymed/artikel/intsupervision.pdf> [21.04.2016].
- Orlinsky, D. E. (2013). Reasons for personal therapy given by psychoanalytically oriented psychotherapists and their effects on personal wellbeing and professional development. *Psychoanalytic Psychology*, 30 (4), 644–662.
- Orlinsky, D. E., Botermans, J. & Rønnestad, M. H. (2001). Towards an Empirically Grounded Model of Psychotherapy Training: Four Thousand Therapists Rate Influences on Their Development. *Australian Psychologist*, 36 (2), 139–148.
- Orlinsky, D. E., Kazantzis, N., Calvert, S. J., Merrick, P.L., Ronan, K. R. & Munro, M. (2009). Professional Development of Psychologist. Perceived Professional Development in Psychological Therapies: Comparing New Zealand, Canadian, and USA Psychologists. *The Bulletin*, 112, 36–47.
- Orlinsky, D. E., Norcross, J. C., Rønnestad, M.H., & Wiseman, H. (2005). Outcomes and impacts of the psychotherapist's own psychotherapy. A research review. In J. D. Geller, J.C. Norcross & D. E. Orlinsky (Eds.), *The Psychotherapist's own psychotherapy* (pp. 214-230). New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D.E & Rønnestad, M.H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and development*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Orlinsky, D. E., Schofield, M. J., Schroder, T. & Kazantzis, N. (2011). Utilization of Personal Therapy by Psychotherapists: A Practice-Friendly Review and a New Study. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (8), 828-842.
- Petzold, H. G. (2009). Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis (Chartacollo quium III). *Polyloge*, 9 (14), 80-140.
- Piechotta, B. (2008). *Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapie. PsyQM: Qualitätsmanagement für psychotherapeutische Praxen*. Heidelberg: Springer.
- Pope, K. S. & Tabachnick, B. G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research & Practice*, 25(3), 247-258.

- Protz, J. & Ochs, M. (2011). *Mitgliederbefragung Supervision/Intervision Ausschuss „Wissenschaft und Forschung“ Psychotherapeutenkammer Hessen (LPPKJP Hessen)*. Abschlussbericht der qualitativen Auswertung. (Hrsg.) Psychotherapeutenkammer Hessen. Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Philipps-Universität Marburg (AG KliPs) Verfügbar unter: <http://lppkjp.de/wp-content/uploads/2013/11/Bericht-qualitative-Auswertung-der-Mitgliederbefragung-Supervision-und-Intervision.pdf> [21.04.2016].
- Rappe-Giesecke, K. (Hrsg.). (2009). *Supervision für Gruppen und Teams*, 4. Aufl. Springer: Heidelberg.
- Reising, G. N. & Daniels, M. H. (1983). A Study of Hogan's Model of Counselor Development and Supervision. *Journal of counseling psychology* 30, 235-244.
- Rhodes, P., Nge, C., Wallis, A., & Hunt, C. (2011). Learning and living systemic: Exploring the personal effects of family therapy training. *Contemporary Family Therapy*, 33, 335–347.
- 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). EHP Edition Humanistische Psychologie.
- Roder, V., Dubuis, C., Lächler, M. & Hecht, H. (2001). Selbsterfahrung in der Weiterbildung von Verhaltenstherapeuten: Überblick, Darstellung und erste Evaluation eines Konzepts. *Verhaltenstherapie*, 11(2), 94-103.
- Rønnestad, M. H. & Ladany, N. (2006). The impact of psychotherapy training: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 16(3), 261-267.
- Rønnestad, M. H. & Orlinsky, D. E. (2006). Therapeutische Arbeit und berufliche Entwicklung. Hauptergebnisse und praktische Implikationen einer internationalen Langzeitstudie. *Psychotherapeut*, 51 (4), 271–275.
- Rønnestad, M. H. & Orlinsky, D. E. (2005). Clinical Implications: Training, Supervision, and Practice. In D. E. Orlinsky & M. H. Rønnestad (Eds.), *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. (pp. 181- 201). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2013). *The developing practitioner. Growth and stagnation of therapists and counselors*. New York: Routledge.
- Rønnestad, M. H., Skovholt, T. M. (2001). Learning Arenas for Professional Development: Retrospective Accounts of Senior Psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32 (2), 181–187.

- Ruggaber, G. & Fliegel, S. (2006). Was macht AusbildungsteilnehmerInnen zufrieden? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 38 (3), 741-745.
- Schleu, A. (2015). Ziel: Standards und Transparenz. *Deutsches Ärzteblatt*, 1, 22-23.
- Schmid, B. (1997). *Curriculum Coaching und Supervision I*. Wiesloch: Institut für Systemische Beratung.
- Schofield, M. & Grant, J. A. (2007). Career-long Supervision: Patterns and Perspectives. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7 (1), 3–11.
- Schön, K. (2001). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung: Prozess- und Ergebnisqualität aus Sicht der Teilnehmer/innen*. Inaugural-Dissertation. Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen. Verfügbar unter: <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2002/756/pdf/d020056.pdf> [21.04.2016]
- 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.
- Scobel, W. A. (1997). *Was ist Supervision?* (4. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Seipel, K. H. (1998). Qualitätssicherung in der ambulanten Praxis. In A. R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung: Ein Werkstattbuch* (S.103-132). Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen.
- 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* (S.45-55). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Smith, K. L. (2009). *A brief Summary of Supervision Models*. Verfügbar unter: <http://www.marquette.edu/education/grad/documents/Brief-Summary-of-Supervision-Models.pdf> [13.04.2016]
- Spence, S. H., Willson, J., Kavanagh, D., Strong, J. & Worrall, L. (2001). Clinical Supervision in Four Mental Health Professions: A Review of the Evidence. *Behaviour Change*, 18 (3), 135–155.
- Stangl online Lexikon für Psychologie und Pädagogik (2012). *Intervision*. Verfügbar unter: <http://lexikon.stangl.eu/4644/intervision/> [20.03.2016].

- Steinhelber, J., Patterson, V., Cliffe, K., & Legoullon, M. (1984). An investigation of some relationships between psychotherapy supervision and patient change. *Journal of Clinical Psychology, 40*, 1346–1353.
- Stoltenberg, C. D. (2005). Enhancing Professional Competence Through Developmental Approaches to Supervision. *American Psychologist, 60* (8), 855–857.
- Stoltenberg, C. D. (1981). Approaching supervision from a developmental perspective: The counselor complexity model. *Journal of Counseling Psychology, 28*, 59-65.
- Stoltenberg, C. D., & Delworth, U. (1987). *Supervising counselors and therapists*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Stoltenberg, C. D. & McNeill, B.W. (1997). Clinical Supervision from a Developmental Perspective: Research and Practice. In C. E. Watkins (Ed.). *Handbook of Psychotherapy Supervision* (pp 184-202). John Wiley & Sons.
- Stoltenberg, C. D., McNeill, B.W. & Crethar, H. C. (1994): Changes in supervision as counselors and therapists gain experience. A review. *Professional Psychology: Research and Practice, 25* (4), 416–449.
- Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H. J., Goldbeck, L., Leuzinger-Bohleber, M. & Willutzki, U. (2009). *Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder Jugendlichenpsychotherapeuten*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. Verfügbar unter: [http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf\\_publicationen/Ausbildung-Psychologische-Psychotherapeuten\\_200905.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/Ausbildung-Psychologische-Psychotherapeuten_200905.pdf) [21.04.2016].
- Strauß, B. & Freyberger, H. J. (2010). Supervision als zentraler Bestandteil professioneller Psychotherapie. *Psychotherapeut, 55* (6), 453–454
- Strauß, B. & Kohl, S. (2009). Themen der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut, 54*, 1-15.
- Strauß, B., Wheeler, S. & Nodop, S. (2010). Klinische Supervision. Überblick über den Stand der Forschung. *Psychotherapeut, 55*, 455–464.
- 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.

- Watkins, C. E. (Ed.) (1997). *Handbook of Psychotherapy Supervision*. John Wiley & Sons.
- Whittaker, S. M. (2004). *A Multi-Vocal Synthesis of Supervisees' Anxiety and Self-Efficacy During Clinical Supervision: Meta-Analysis and Interviews*. Dissertation. Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksburg, Virginia. Verfügbar unter: <https://theses.lib.vt.edu/theses/available/etd-09152004-151749/unrestricted/whittakeretd.pdf> [14.02.2016].
- Willutzki, U. (2005). Supervision in der Psychotherapieausbildung. In: A. R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.). *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 293-317). Göttingen: Hogrefe.
- Willutzki, U. & Botermans, J.-F. (1997). Ausbildung in Psychotherapie in Deutschland und der Schweiz und ihre Bedeutung für die therapeutische Kompetenz. *Psychotherapeut*, 42 (5), 282-289.
- Wilson, H. M. N., Davies, J. S. & Weatherhead, S. (2015). Trainee Therapists Experiences of Supervision During Training. A Meta-synthesis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Verfügbar unter: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.1957/epdf?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1&purchase\\_referrer=www.research.lancs.ac.uk&purchase\\_site\\_license=LICENSE\\_DENIED\\_NO\\_CUSTOMER](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.1957/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.research.lancs.ac.uk&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER) [21.04.2016].
- Worthen, V.E. & McNeill, B. (1996). A phenomenological investigation of psychotherapy supervision events. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 25-34.
- Worthington, E. L. (1987). Changes in Supervision as Counselors and Supervisors Gain Experience: A Review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18 (3), 189–208.
- Wrape, E. R., Callahan, J. L., Ruggero, C. J. & Watkins, C. J. (2015). An Exploration of Faculty Supervisor Variables and Their Impact on Client Outcomes. *Training And Education In Professional Psychology*, 9(1), 35-43.
- Zimmer, D. (2011). Supervision. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.). *Verhaltenstherapiemanual*. (7. Aufl.) (S. 35-38). Berlin Heidelberg: Springer.
- Zimmer, D. & Zimmer, F.T. (1998). Wie hilfreich sind die Verhaltenstherapieweiterbildungen? *Verhaltenstherapie*, 8, 254- 257

## 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 <b>Selbsterfahrung</b> 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 <b>Selbsterfahrung</b> haben Sie insgesamt etwa in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen?	_____
7.17	Wie viele Stunden <b>Selbsterfahrung</b> haben Sie bisher insgesamt in Anspruch genommen?	_____

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

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

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

		sehr niedrig						sehr hoch
		0	1	2	3	4	5	6
9.1	Wie hoch schätzen Sie den Wirkfaktor von Supervision auf Ihre persönliche Weiterentwicklung ein?	<input type="checkbox"/>						
9.2	Wie hoch schätzen Sie den Wirkfaktor von Intervention auf Ihre persönliche Weiterentwicklung ein?	<input type="checkbox"/>						
9.3	Wie hoch schätzen Sie den Wirkfaktor von Selbsterfahrung auf Ihre persönliche Weiterentwicklung ein?	<input type="checkbox"/>						
9.4	Wie hoch schätzen Sie den Wirkfaktor von Supervision auf Ihre fachliche Kompetenz ein?	<input type="checkbox"/>						
9.5	Wie hoch schätzen Sie den Wirkfaktor von Intervention auf Ihre fachliche Kompetenz ein?	<input type="checkbox"/>						
9.5	Wie hoch schätzen Sie den Wirkfaktor von Selbsterfahrung auf Ihre fachliche Kompetenz ein?	<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 **Intervention** in Verbindung bringen. Dinge, die mir in Therapien wichtig waren, sind unwichtiger geworden, bzw. Dinge, die unwichtig waren, sind mir wichtiger geworden:

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

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

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

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

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

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

	0= überhaupt nicht				3= sehr		0= überhaupt nicht				3= sehr
	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/Innen 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 sehr			
	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-/substanzbefindete 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"/>					



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

1. \_\_\_\_\_

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

2. \_\_\_\_\_

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

3. \_\_\_\_\_

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

4. \_\_\_\_\_

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## 9 Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Matrikel-  
nummer: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_