

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

in Kooperation mit der  
Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen

**Fakultät Humanwissenschaften**

Masterstudiengang Klinische Psychologie und Psychotherapie (M.Sc.)

*Masterarbeit*

*Wie unterscheiden sich Therapeuten mit  
effektivem Arbeitsleben von anderen  
Therapeuten?*

vorgelegt von:	Katrin Harland Matrikelnummer 142101092
vorgelegt am:	26.08.2016
Semester:	Sommersemester 2016
Modulbezeichnung:	Masterarbeit mit Kolloquium
Erstgutachter:	Prof. Dr. habil. Olaf Morgenroth
Zweitgutachterin:	Prof. Dr. habil. Silke Wiegand-Grefe
Externer Gutachter	Dr. Rüdiger Nübling

**INHALTSVERZEICHNIS**

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis .....	IV
Tabellenverzeichnis .....	IV
Abkürzungsverzeichnis .....	V
Zusammenfassung .....	- 1 -
Einleitung.....	- 2 -
Theoretischer Hintergrund .....	- 4 -
2.1. Wirksamkeitsforschung .....	- 4 -
2.2 Der Therapeuteneffekt .....	- 5 -
2.4 Die therapeutische Allianz .....	- 6 -
2.5 Collaborative Research Network Studie .....	- 8 -
2.5.1 DPCCQ. ....	- 8 -
2.6 Qualitätssichernde Maßnahmen in der Psychotherapie.....	- 15 -
2.6.1 Supervision.....	- 15 -
2.6.1.1 <i>Supervision und Arbeitsleben</i> .....	- 16 -
2.6.1.2 <i>Supervision und Berufserfahrung</i> .....	- 17 -
2.6.2 Intervision. ....	- 18 -
2.6.3 Selbsterfahrung. ....	- 19 -
2.6.4. Unterstützung durch Kollegen.....	- 21 -
2.7 Ziel der vorliegenden Studie.....	- 21 -
2.8 Hypothesen.....	- 22 -
Methode.....	- 24 -
3.1 Versuchsdesign.....	- 24 -
3.2 Stichprobe.....	- 24 -
3.3 Messinstrumente.....	- 25 -
3.3.1 Skalenbildung .....	- 26 -
3.3.1.1 <i>Work Involvement Scale</i> .....	- 26 -
3.3.1.2. <i>Supervision, Intervision und Selbsterfahrung</i> .....	- 27 -
3.3.1.3 <i>Berufserfahrung</i> .....	- 27 -
3.3.1.4. <i>Unterstützung durch Kollegen</i> .....	- 27 -
3.3.1.5. <i>Störungsspektrum</i> .....	- 27 -
3.3.1.6. <i>Therapeutische Ausrichtung</i> .....	- 28 -
3.4 Reliabilität des Verfahrens .....	- 28 -
3.9 Datenauswertung .....	- 29 -

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

Ergebnisse.....	- 31 -
4.2. Deskriptive Beschreibung der Variablen.....	- 31 -
4.2.1. Therapiestil. ....	- 31 -
4.2.2. Supervision, Intervision und Selbsterfahrung. ....	- 32 -
4.2.3. Unterstützung durch Kollegen.....	- 32 -
4.2.4. Berufserfahrung. ....	- 33 -
4.2.5. Störungsspektrum.....	- 33 -
4.2.6. Therapeutische Ausrichtung. ....	- 33 -
4.3. Hypothesenprüfende Analysen .....	- 34 -
4.3.1. Varianzhomogenität Levene-test. ....	- 34 -
4.3.2. Hypothese I. ....	- 34 -
4.3.3. Hypothese II. ....	- 35 -
4.3.4. Hypothese III. ....	- 35 -
4.3.5. Hypothese IV. ....	- 36 -
4.3.6. Hypothese V. ....	- 36 -
4.3.7. Hypothese VI. ....	- 37 -
4.3.8. Hypothese VII-.....	- 37 -
Diskussion .....	- 39 -
5.1 Qualitätssichernde Maßnahmen.....	- 39 -
5.1.1 Supervision.....	- 39 -
5.1.1.1. <i>Qualitätsunterschiede in der Supervision.</i> .....	- 40 -
5.1.1.2 <i>Unterschiedliche Formen von Supervision.</i> .....	- 40 -
5.1.1.3. <i>Limitationen</i> .....	- 41 -
5.1.2. Intervision. ....	- 41 -
5.1.3. Selbsterfahrung. ....	- 42 -
5.1.4. Selbsterfahrung und Theoretischer Orientierung .....	- 43 -
5.1.5. Supervision und Berufserfahrung.....	- 44 -
5.2 Replikation .....	- 44 -
5.2.1. Berufserfahrung.....	- 44 -
5.2.2. Störungsspektrum.....	- 45 -
5.2.3. Unterstützung am Arbeitsplatz .....	- 46 -
5.3 Limitationen.....	- 46 -
5.4 Forschungsausblick.....	- 49 -
References .....	I
Anhang A.....	VIII
Anhang B.....	IX

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

### Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Therapeutisches Arbeitsleben .....	- 11 -
Abbildung 2. Gemittelte Häufigkeiten der Qualitätssichernden Maßnahmen .....	- 32 -
Abbildung 3. Theoretische Ausrichtungen innerhalb der Therapeutengruppen .....	- 37 -
Abbildung 4. Kategoriengrenzen der vorliegenden Studie.....	- 48 -
Abbildung 5. Beispiel für alternative Kategoriengrenzen .....	- 48 -

### Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.....	- 26 -
Tabelle 2.....	- 29 -
Tabelle 3.....	- 29 -
Tabelle 4.....	- 31 -
Tabelle 5.....	- 35 -

**Abkürzungsverzeichnis**

BW	Baden-Württemberg
COPER	Conference on Psychoanalytic Education and Research
CRN	Collaborative Research Network
DP	Depersonalisierung
DPCQQ	Development of Psychotherapists common core Questionnaire
EE	Emotionale Erschöpfung
FAHW	Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden
FVS	Fragebogen zur Veränderung durch Selbsterfahrung
GMB	General Model of Burnout
KV	Krankenversicherung
LPK	Landespsychotherapeutenkammer
MSH	Medicalschool Hamburg
STR	Society of Therapy Research
SUISE	Fragebogen zur Supervision, Intervision und Selbsterfahrung
TWIS	Therapeutic Work Involvement Scale
WAI	Working Alliance Inventory

### **Zusammenfassung**

Es werden vier Muster therapeutischen Arbeitslebens (Therapistile) unterschieden, die sich auf den Dimensionen heilendes und aufreibendes Engagement einordnen lassen (Orlinsky & Ronnestad, 2005). Fraglich ist nun, was Personen mit effektivem Arbeitsleben von anderen Therapeuten unterscheidet und inwieweit Qualitätssichernde Maßnahmen bei der Verbesserung des therapeutischen Arbeitslebens eine Rolle spielen könnten. **Methode:** Die Stichprobe umfasst 147 Therapeuten, die Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg sind. Anhand des SUISE (Aldag, 2014) wurden Therapiestil, Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung, Berufserfahrung, Unterstützung durch Kollegen, theoretische Ausrichtung und Größe des behandelten Störungsspektrums erfasst. **Ergebnisse:** Es zeigte sich, dass Therapeuten mit effektivem Arbeitsleben im Vergleich zu anderen Therapeutengruppen die längste Berufserfahrung haben. Weitere signifikante Ergebnisse blieben aus. **Diskussion:** Als Grund für ein Ausbleiben an Effekten werden die zu kleine Stichprobe aufgrund der niedrigen Rücklaufquote, unterschiedliche Gruppengrößen, niedrige interne Konsistenzen und zu breitgefaste Antwortkategorien diskutiert. Es bleibt zu überprüfen, ob die Unterschiede hinsichtlich Berufserfahrung auf einen Entwicklungs- oder einen Selektionsprozess zurückgehen.

### Einleitung

Ausgelöst durch Studien, die zeigten, dass der Therapieerfolg enger mit der therapeutischen Beziehung als mit der spezifischen Interventionsmethode zusammenhängt, rückten die interpersonellen Fähigkeiten von Therapeuten mehr in den Fokus der Forschung (Hubble, Duncan, & Miller, 1999; Lambert, 1992).

Die Forschergruppe um Orlinsky und Ronnestad widmet sich den Arbeitserfahrungen von Therapeuten, die sich auf den zwar gegensätzlichen aber parallelen Dimensionen *aufreibendes* und *heilendes Engagement* abbilden lassen (Orlinsky, Rønnestad, & Ambühl, 2005). Um ein umfassendes Bild des Arbeitslebens zu erhalten sind also die Ausprägungen auf beiden Skalen nötig. Ausgehend von der Einteilung der Ausprägungen in hoch und niedrig werden vier Muster der therapeutischen Arbeitserfahrung unterschieden, die auch als Therapiestile bezeichnet werden: *effektives Arbeitsleben*, *beanspruchendes Arbeitsleben*, *distanzierte Praxis* und *gänzlich aufreibendes Arbeitsleben* (Orlinsky et al., 2005).

Es zeigte sich, dass heilendes Engagement positiv mit der Länge der Berufserfahrung, der Breite an therapeutischer Erfahrung, Supervision und der Unterstützung und Zufriedenheit am Arbeitsplatz assoziiert ist, während aufreibendes Engagement negativ mit der Zufriedenheit und Unterstützung am Arbeitsplatz, der beruflichen Unabhängigkeit, sowie dem Besitzen einer privaten Praxis zusammenhängt. In Hinblick auf die Therapiestile zeigte sich, dass Berufserfahrung ein wichtiger Faktor ist. Berufsanfänger wiesen eher ein grundsätzlich aufreibendes Arbeitsleben auf und erfahrene Therapeuten wiesen eher ein effektives Arbeitsleben auf (Rønnestad & Orlinsky, 2006). Therapeuten mit einem breiten Spektrum an theoretischen Einflüssen hatten eher ein effektives Arbeitsleben, als Therapeuten mit einem kleinen Spektrum an theoretischen Einflüssen (Rønnestad & Orlinsky, 2006). Des Weiteren lag ein positiver Zusammenhang zwischen Unterstützung und Zufriedenheit am Arbeitsplatz mit einem effektiven Arbeitsleben vor.

Neben den zwei Dimensionen der Arbeitserfahrung und der darauf abgebildeten vier Therapiestile, beschrieben Orlinsky und Ronnestad auch zwei unabhängige Dimensionen des Entwicklungsgangs: *aktuell erlebtes Wachstum* und *aktuell erlebte Erschöpfung*. Aktuell erlebtes Wachstum wird als

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

kontinuierliche Erneuerung der Arbeitsmoral des Therapeuten interpretiert, die ihren Ursprung in dem Erleben von heilendem Engagement hat und es den Therapeuten ermöglicht auch in Phasen von Belastungen effektiv zu Arbeiten (Rønnestad & Orlinsky, 2006). Im Kontrast dazu steht die aktuell erlebte Erschöpfung, die als Demoralisierungsprozess interpretiert werden kann, der auf das Erleben von aufreibendem Engagement zurückgeht (Rønnestad & Orlinsky, 2006). Resultierend daraus werden die Kompetenzen des Therapeuten untergraben, dem Patienten empathisch gegenüber zutreten. Es kommt zu einer negativen Entwicklung, die sowohl zu einer großen Belastung des Therapeuten, als auch zu einer Beeinträchtigung des Heilungsprozess des Patienten führen.

Die berufliche Entwicklung steht also sowohl in engem Zusammenhang zu der Arbeitserfahrung als auch zu der Produktivität von Therapeuten und deren psychischer Belastung. Weitere Studien zeigten Zusammenhänge der therapeutischen Arbeitserfahrung mit der therapeutischen Allianz (Nissen-Lie, Havik, Hoglend, Rønnestad, & Monsen, 2015), dem Therapieergebnis (Heinonen, Lindfors, Laaksonen, & Knekt, 2012) und Burn-out Syndromen bei Therapeuten (Zeeck et al., 2012). Aufgrund dieser Befundlage wird deutlich, dass es sich bei der Arbeitserfahrung um ein Konstrukt mit großer praktischer Relevanz handelt.

Ausgehend von dieser Erkenntnis soll die vorliegende Arbeit einen Beitrag dazu leisten mehr darüber zu erfahren, wodurch die therapeutische Arbeitserfahrung und somit auch die berufliche Entwicklung von Therapeuten beeinflusst werden kann.

## Theoretischer Hintergrund

### 2.1. Wirksamkeitsforschung

Ausgelöst wurde die Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie durch das vernichtende Fazit einer Studie von Eysenck (1952) mit der Grundaussage, dass Psychotherapie nicht wirksamer ist als keine oder unspezifische Behandlungen. Da Eysenck mit dieser Aussage Psychotherapie den gesamten Nutzen aberkannte, wurde als Gegenreaktion eine Reihe von Legitimationsstudien durchgeführt, die die Wirksamkeit letztendlich belegen konnten. Eine der umfassendsten Metaanalysen stellt die von Smith, Glass und Miller's (1980) dar, die einen guten Überblick zu diesem Thema bietet. Einen Überblick über die Entwicklung der Psychotherapieforschung ist in dem *Handbook of Psychotherapy* (Lambert, 2013) gegeben. Das übergeordnete Ziel, die Wirksamkeit von Psychotherapie zu belegen wurde also erreicht. Angesichts der Tatsache, dass sich die einzelnen Interventionsformen, Patienten und Therapeuten stark voneinander unterscheiden, stellt sich die Frage unter welchen Bedingungen Psychotherapie wirksam ist.

Meist werden die Faktoren getrennt voneinander untersucht. So widmet sich ein Großteil der frühen Wirksamkeitsforschung der Untersuchung spezifischer Interventionsmethoden. Die Problematik dieser Studien liegt darin, dass ihnen die Annahme zu Grunde liegt, es mache keinen Unterschied von welchem Therapeuten die Intervention durchgeführt wird. Psychotherapie wird als reine Behandlungstechnik gesehen, die losgelöst vom Therapeuten ist (Duncan & Reese, 2012). Doch anders als bei medikamentösen Behandlungen, können psychotherapeutische Interventionen nicht unabhängig vom Therapeuten gesehen werden, da sie auf zwischenmenschlicher Ebene stattfinden. Das lässt sich bereits an der immer noch weitverbreiteten Definition von Psychotherapie nach Strotzka (1978, S.4) erkennen:

„Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation), meist verbal aber auch a verbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomlinderung und/

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

oder Strukturänderung der Persönlichkeit), mittels lehrbarer Technik, auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.“

Ausgehend von dieser Definition wird die Wichtigkeit der Interaktion zwischen Therapeut und Patient und die dadurch entstehende Beziehung deutlich. Inzwischen lässt sich die Bedeutung der therapeutischen Beziehung durch Studienergebnisse belegen. So gehen 30% der Verbesserung im Therapieverlauf auf die therapeutische Beziehung zurück, wohingegen nur 15% durch die spezifische Technik erklärt werden können (Lambert, 1992; Hubble et al., 1999). Ausgelöst durch diese Befunde, stieg das Interesse an der Erforschung der Therapeutenvariablen als Einflussgröße

### **2.2 Der Therapeuteneffekt**

Eine der grundlegendsten Fragen auf diesem Gebiet ist, was einen guten Therapeuten ausmacht. Hier ist der einfachste Ansatz der Vergleich von Psychotherapeuten. Als objektive Vergleichsmethode wird der Vergleich anhand von Therapieergebnissen angesehen (Lambert, 2013). Die gefundenen Unterschiede zwischen Therapeuten werden auch als Therapeuteneffekt bezeichnet. Baldwin und Imel (2013, S.259 - 260) definieren den Therapeuteneffekt als „den Effekt den ein Therapeut auf die Outcome Variablen von Patienten hat, im Vergleich zu anderen Therapeuten“.

Orlinsky und Howard (1980) verglichen retrospektiv 23 Therapeuten anhand ihrer Therapieergebnisse. Während es bei einigen Therapeuten zu deutlichen Verbesserungen durch die Behandlung kam, lösten andere bedeutenden Verschlechterungen aus (Orlinsky & Howard, 1980). In der Untersuchung von Brown, Lambert, Jones und Minami (2005) zeigten Patienten von effektiven Therapeuten drei Mal so hohe Entwicklungen wie Patienten von den restlichen Therapeuten. Durch Langzeitstudien konnte gezeigt werden, dass dieser Effekt zeitlich stabil ist (Wampold & Brown, 2005). Okiishi et al. (2006) verglichen die Genesungsrate der Patienten von 71 Therapeuten. Das beste Zehntel der Therapeuten erreichte

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

Genesungsraten<sup>1</sup> von 22.4%, während das schlechteste Zehntel nur Genesungsraten von 10.6% erreichte (Okiishi et al., 2006). Die Studien verdeutlichen zwar die großen Unterschiede zwischen Psychotherapeuten, eine Generalisierung der Ergebnisse in Hinblick auf die Effektivität der besten bzw. schlechtesten Therapeuten ist jedoch nicht möglich. Denn die schlechtesten 10% der Studie könnten trotzdem zu den besten 10% der Grundgesamtheit von Psychotherapeuten gehören.

Fraglich ist nun, wie die gefundenen Unterschiede zustande kommen. Ein Ansatz zur Beantwortung dieser Frage ist der Vergleich von Therapeuten. Hier wird von einem direkten Einfluss einzelner Therapeutenmerkmale auf das Behandlungsergebnis ausgegangen. Einige der gefundenen Merkmale sind: psychologisches Denken, die Vermeidung von biologischen Interventionen, die Annahme längerer Behandlungszeit (Blatt, Sanislow, Zuroff, & Pilkonis, 1996). Des Weiteren sind erfolgreiche Therapeuten ihren Patienten gegenüber therapeutisch authentisch, empathisch und wertschätzend, innerhalb der Therapiesitzungen fokussieren sie Probleme und machen diese emotional erfahrbar (Orlinsky, Grawe und Parks 1994). Weitere Studien hierzu finden sich von Beutler, Machado, und Neufeldt, (1994) sowie von Norcross und Wampold (2011) und Ackerman und Hilsenroth, (2003). Die genannten Studien gehen von einem direkten Einfluss von Psychotherapeuten auf den Behandlungserfolg aus. Im Folgenden soll es nun um den über die therapeutische Allianz vermittelten Einfluss von Therapeuten auf den Behandlungserfolg gehen.

### **2.4 Die therapeutische Allianz**

Die gängigste Definition von therapeutischer Allianz stammt von Bordin (1979). Er postuliert drei ineinander greifende Komponenten therapeutischer Allianz: Einverständnis über Therapieziele, Konsens bezüglich der Zuteilung von Aufgaben und die Entwicklung eines interpersonellen Bündnis zwischen Therapeut und Patient (Bordin, 1979). Ausgehend von dieser Definition wurde das Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989) entwickelt, das eine Untersuchung des

---

<sup>1</sup> Basierend auf der Signifikanz der Symptomverbesserung wurden die Behandlungsfälle in „genesen“, „verbessert“, „keine Veränderung“ und „Verschlechterung“ eingeteilt.

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

Konstrukts ermöglicht. Der Großteil der Studien befasst sich mit dem Zusammenhang der therapeutischen Allianz mit dem Therapieergebnis. In der Forschung ist man sich inzwischen recht einig, dass die therapeutische Allianz ein entscheidender Prädiktor für den Therapieerfolg, sie wird als robustester Faktor angesehen (Safran, Muran, & Proskurov, 2009). Martin, Garske, und Davis (2000) untersuchten im Rahmen einer Metaanalyse Studienergebnisse aus 79 Studien auf den Zusammenhang zwischen therapeutischer Allianz und Therapieergebnis. Es zeigte sich ein moderater Zusammenhang mit einer Effektstärke von  $r = .22$  (Martin et al., 2000). Der Zusammenhang zeigte sich sowohl bei Ratings durch Patienten als auch bei Ratings durch Therapeuten und durch externe Rater. Die Metaanalyse von Horvath und Symonds (1991) kam zu einem ähnlichen Ergebnis mit einer Effektstärke von  $r = .26$ . In einer neueren Metaanalyse von Horvath, Del Re, Flückiger und Symonds (2011), die auf Studienergebnissen aus 200 Untersuchungen basiert, zeigte sich ebenfalls ein moderater aber signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Variablen. Die therapeutische Allianz konnte 7.5% des Therapieerfolgs aufklären, wobei vor allem Allianzratings zu einem späteren Zeitpunkt der Therapie aussagekräftig waren (Horvath et al., 2011). Insgesamt lässt sich also sagen, dass der Zusammenhang zwischen therapeutischer Allianz und Behandlungserfolg in den letzten Jahren ausreichend belegt werden konnte.

Zwar ist die therapeutische Allianz sowohl von den Therapeuten als auch von den Patienten abhängig, im Rahmen der vorliegenden Studie ist aber vor allem der Einfluss des Therapeuten auf die therapeutische Allianz von Interesse. Baldwin, Wampold und Imel (2007) zeigten in ihrer Untersuchung, dass der Beitrag des Therapeuten zu der therapeutischen Allianz entscheidender für das Therapieergebnis ist als der Beitrag des Patienten. Dieser Befund zeigt sich vor allem in Studien, die sich auf die Entwicklung einer therapeutischen Allianz über einen längeren Zeitraum konzentrieren (Kivlighan & Shaughnessy, 1995; Kramer, Roten, Beretta, Michel, & Despland, 2008). Von Interesse ist nun, welche Therapeuteneigenschaften für den Aufbau und die Entwicklung einer Allianz entscheidend sind. Eine Variable die in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat und die mit der therapeutischen Seite der Allianz eng verbunden ist, ist die therapeutische Arbeitserfahrung. Das Konstrukt der therapeutischen Arbeitserfahrung geht zurück auf (Orlinsky et al., 2005). Nachfolgend wird das

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

Konstrukt näher beschrieben und genauer auf die zugrundeliegende Studie eingegangen.

### **2.5 Collaborative Research Network Studie**

1989 wurde von der internationalen Forschungsgruppe Society of Therapy Research (STR) eine groß angelegte internationale Studie initiiert zu dem Erleben und den Erfahrungen von Psychotherapeuten und ihrer beruflichen Entwicklung (Rønnestad & Orlinsky, 2006). Die Arbeitsgruppe, das so genannte Collaborative Research Network (CRN), setzt sich aus klinischen Forschern mit therapeutischer Erfahrung zusammen und steht unter der Leitung von Professor David Orlinsky und Professor Michael Helge Rønnestad. Um ein möglichst naturgetreues Bild von der therapeutischen Arbeit aus Psychotherapeutensicht zu erhalten, wurde das Projekt von, durch und für Psychotherapeuten geplant. Um möglichst generalisierbare Ergebnisse zu erhalten, spiegelt sowohl die Gruppe an Forschern als auch die untersuchte Stichprobe die Vielfalt der Psychotherapeuten hinsichtlich der Herkunft, der theoretischen Orientierung (u.a. verhaltenstherapeutisch, systemisch, psychoanalytisch) und dem beruflichen Hintergrund (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter) wider. Ziel ist es ein Bild von Therapeuten in Hinblick auf ihre persönlichen und beruflichen Eigenschaften zu erlangen und ihre berufliche Entwicklung zu erfassen, sowie Erfahrungen die diese Entwicklung erleichtert oder behindert haben (Rønnestad & Orlinsky, 2006). Bis zum jetzigen Zeitpunkt wurden Daten von über 11.000 Psychotherapeuten aus über 40 Ländern in Europa, Nord und Südamerika, Asien und Ozeanien erfasst (helgero).

#### **2.5.1 DPCCQ.**

Um an diese Daten zu gelangen wurde zunächst ein Fragebogen erstellt, der sogenannte Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (DPCCQ; Orlinsky et al., 2005), der insgesamt 392 Items umfasst. Im Vordergrund stand bei der Entwicklung, dass die Fragen den Erfahrungen von Psychotherapeuten entsprechen und somit alle Facetten ihres Erlebens erfassen können, damit letztendlich ein naturgetreues Bild entstehen kann.

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

Anhand einer Faktorenanalyse wurden folgende Aspekte der Arbeitserfahrung identifiziert: *derzeitige Kompetenzen des Therapeuten, Schwierigkeiten, Coping Strategien, Beziehungsverhalten und Gefühle während der Sitzung* (Orlinsky et al., 2005). Durch eine second-level Faktorenanalyse der vielen einzelnen Facetten konnten zwei Dimensionen der therapeutischen Arbeitserfahrung mit ausreichend hoher interner Konsistenz identifiziert werden: *heilendes Engagement* und *aufreibendes Engagement* (Orlinsky et al., 2005).

Heilendes Engagement „umfasst die derzeitige Kompetenz, nur minimale Schwierigkeiten, konstruktive Coping-Strategien, genuines persönliches Engagement in affirmativen rezeptiven Beziehungen zu den Patienten, die Flow-Erfahrung in der Sitzung und ein allgemeines Gefühl von therapeutischer Effektivität“ (Rønnestad, 2006; S. 272).

Aufreibendes Engagement ist geprägt durch vielfache Schwierigkeiten bei der Arbeit und Gefühlen der Angst und Langeweile während der Therapiesitzungen (Rønnestad & Orlinsky, 2006). Bei Schwierigkeiten haben Therapeutinnen mit aufreißendem Engagement eine Tendenz zur Vermeidung von therapeutischem Engagement. Die Vermeidung kann sich darin zeigen, dass Therapeuten darauf hoffen, dass Probleme verschwinden oder überlegen den Patienten weiterzuvermitteln oder die Therapie zu beenden. Die beiden Dimensionen erwiesen sich als statistisch unabhängig. Es handelt sich um parallele aber gegensätzliche Erfahrung. Die Erfahrungen treten vermutlich nicht gleichzeitig auf, aber können von der gleichen Person bei unterschiedlichen Patienten oder zu unterschiedlichen Zeitpunkten auftreten.

Da die beiden Dimensionen unabhängig voneinander sind und das therapeutische Erleben sich auf beiden Dimensionen abspielt, ist es sinnvoll beide Ausprägungen zu berücksichtigen, wenn man das therapeutische Erleben untersucht. Es werden ausgehend von den beiden Dimensionen aufreißendes und heilendes Engagement vier verschiedene Therapiestile unterschieden. Hierzu werden die Therapeutinnen auf beiden Dimensionen entsprechend ihren Skalenausprägungen eingeteilt. Man unterscheidet Therapeutinnen mit starkem oder nichtstarkem heilenden Engagement und Therapeutinnen mit schwachem oder mehr als schwachem aufreißendem Engagement. Ausgehend von dieser zweifachen Gruppeneinteilung, entstehen insgesamt vier mögliche Muster der aktuellen therapeutischen Arbeitserfahrung, die auch als Therapiestile bezeichnet werden. Die

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

vier Therapiestile werden als *effektives Arbeitsleben*, *beanspruchendes Arbeitsleben*, *distanzierte Praxis* und *grundsätzlich aufreibendes Arbeitsleben* bezeichnet (Rønnestad & Orlinsky, 2006). Im Folgenden sollen die einzelnen Therapiestile kurz beschrieben werden, wobei in *Abbildung 1* die Einordnung der vier Therapiestile auf den beiden Dimensionen der therapeutischen Arbeitserfahrung dargestellt ist.

Der aus Sicht der Therapeuten wünschenswerteste Therapiestil ist der des effektiven Arbeitslebens. Er ist gekennzeichnet durch ein hohes heilendes und ein niedriges aufreibendes Engagement. Die Therapeutinnen sind persönlich in ihre Arbeit involviert, sind ihren Patienten gegenüber wertschätzend, haben eine Flow-Erfahrung während den Sitzungen, haben das Gefühl in ihrer Arbeit kompetent und wirksam zu sein und benutzen konstruktive Coping-Strategien im Umgang mit Schwierigkeiten. Des Weiteren treten selten Schwierigkeiten auf und die Therapeutinnen fühlen sich selten gelangweilt oder ängstlich während der Sitzungen.

Beanspruchendes Arbeitsleben zeichnet sich durch ein hohes heilendes Engagement und ein mehr als schwaches aufreibendes Engagement aus. Obwohl die betroffenen Therapeuten mehr Schwierigkeiten begegnen und unsicher bezüglich ihrer therapeutischen Fähigkeiten sind und belastende Gefühle während der Therapie empfinden, gelingt es ihnen konstruktive Coping Strategien anzuwenden, wenn Schwierigkeiten auftreten. Sie sind weiterhin in ihre Arbeit involviert und ihren Patienten gegenüber wertschätzend.

Therapeuten die ein grundsätzlich aufreibendes Arbeitsleben aufweisen, haben ein mehr als niedriges aufreibendes Engagement und ein nichtstarkes heilendes Engagement. Sie sind in ihrer Arbeit vielfachen Schwierigkeiten ausgesetzt auf die sie mit Vermeidung reagieren. Sie fühlen sich während der Sitzungen gelangweilt oder ängstlich und erleben keine Flow-Erfahrungen<sup>2</sup>, sie haben das Gefühl weder kompetent noch therapeutisch wirksam zu sein und sind ihren Patienten gegenüber nicht wertschätzend. Aus therapeutischer Sicht handelt es sich hierbei um das ungünstigste Arbeitsmuster.

Der Therapiestil der distanzierten Praxis ist durch ein nichtstarkes heilendes Engagement und ein schwaches aufreibendes Engagement gekennzeichnet. Im Vergleich zu den restlichen Therapeuten zeichnen sich Therapeuten mit

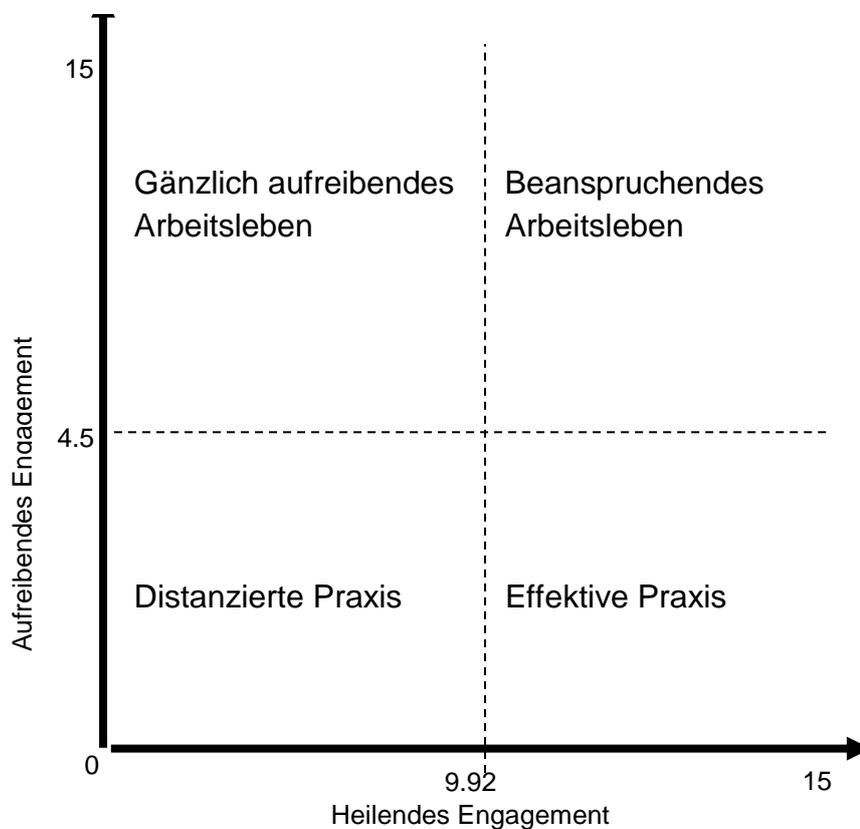
---

<sup>2</sup> Unter Flow-Erfahrungen wird hier ein subjektiver Zustand gemeint, der charakterisiert ist durch eine intensive Aufnahmefähigkeit, fein abgestimmte Reaktionsbereitschaft, starke Zufriedenheit sowie dem Ausblenden von äußeren situativen Reizen und einer Abschwächung der selbstbezogenen Aufmerksamkeit

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

distanzierter Praxis sich nicht so sehr dadurch aus, dass sie keine Verbindung zu den Patienten aufbauen sondern eher dadurch, dass sie sich von ihrer Arbeit distanzieren fühlen. Sie haben nicht das Gefühl ihren Patienten zu schaden und auch nicht das Gefühl, dass die Arbeit ihnen selbst schadet oder sie unter Druck setzt. Gleichzeitig haben sie aber auch nicht das Gefühl ihren Patienten zu helfen oder selbst von ihrer Arbeit zu profitieren.

**Abbildung 1.** Therapeutisches Arbeitsleben



*Abbildung 1.* Darstellung der vier Therapiestile auf den Dimensionen des Arbeitslebens (Orlinsky & Ronnestad, 2005) mit zugehörigen Cut-Off Werten aus der vorliegenden Studie.

### 2.5.2 Bisheriger Forschungsstand.

Mithilfe des DPCCQ und der Kurzfassung des DPCCQ wurden inzwischen einige Studien durchgeführt, die im Folgenden beschrieben werden. Bei der Kurzfassung, dem *Therapeutic Work Involvement Scale* (TWIS; Hartmann, Schröder, Orlinsky, & Zeeck, 2010), handelt es sich um einen Fragebogen mit 52 Items, der ausschließlich die Erfassung der therapeutischen Arbeitserfahrung und somit auch Bildung der vier Therapiestile ermöglicht.

Als wichtigste und umfangreichste Studie ist sicher die oben bereits erwähnte Studie von Orlinsky et al. (2005) zu nennen. Hier wurde korrelativ untersucht, inwieweit Zusammenhänge zwischen beruflichen und persönlichen Merkmalen der Therapeuten mit dem Arbeitsengagement bestehen. Was die Studie so bedeutend macht, ist die internationale Stichprobe von fast 5000 Therapeuten aus über zwei Dutzend Ländern und der von Psychotherapeuten entwickelte Fragebogen. Im Rahmen der Untersuchung zeigten sich unter anderem signifikante Zusammenhänge von heilendem Engagement und der Berufserfahrung  $r = .17$ , der Breite an therapeutischer Erfahrung  $r = .36$ , der selbst in Anspruch genommenen Therapie  $r = .25$ , der in Anspruch genommenen Supervision, der empfundenen Unterstützung und der Zufriedenheit am Arbeitsplatz  $r = .33$  (Orlinsky et al., 2005). Therapeuten die eine hohe Berufserfahrung in unterschiedlichen Arbeitssettings und mit unterschiedlichen Behandlungsfällen gesammelt haben, selbst als Patient in therapeutischer Behandlung waren, seit vielen Jahren Supervision in Anspruch nehmen und an ihrem Arbeitsplatz Zufriedenheit und Unterstützung erfahren, haben also ein eher hohes heilendes Engagement. Einige dieser Konstrukte sind eng miteinander verbunden. Wer seit langer Zeit berufstätig ist, wird auch eher seit langer Zeit Supervision in Anspruch nehmen und im Vergleich zu Berufsanfängern eher Einblick in verschiedene Arbeitssettings erhalten haben.

Mit der Dimension aufreibendes Engagement konnten signifikante Zusammenhänge mit der Nationalität gezeigt werden. Deutsche Therapeuten hatten ein höheres aufreibendes Engagement und portugiesische sowie dänische Therapeuten ein niedrigeres aufreibendes Engagement im Vergleich zum Stichprobendurchschnitt. Des Weiteren zeigte sich ein negativer Zusammenhang mit der Zufriedenheit und Unterstützung am Arbeitsplatz und beruflicher Unabhängigkeit,

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

sowie dem Besitzen einer privaten Praxis. Insgesamt konnten stärkere Zusammenhänge mit der Dimension heilendes Engagement gefunden werden als für die Dimension aufreibendes Engagement. Die Autoren gehen daher davon aus, dass das Erleben von aufreibendem Engagement eher vom konkreten Fallaufkommen und den Gegebenheiten der Praxis abhängt (Rønnestad & Orlinsky, 2006).

Orlinsky et al. (2005) untersuchten in der oben beschriebenen Studie ebenfalls den Zusammenhang zwischen den vier Therapiestilen und beruflichen und demographischen bzw. persönlichen Merkmalen der Therapeuten. In Hinblick auf die beruflichen Eigenschaften zeigte sich, dass Berufserfahrung ein wichtiger Faktor ist. Berufsanfänger (mit weniger als 5 Jahren Berufserfahrung) wiesen eher ein grundsätzlich aufreibendes Arbeitsleben auf und erfahrene Therapeuten (mit mehr als 15 Jahren Berufserfahrung) wiesen eher ein effektives Arbeitsleben auf (Rønnestad & Orlinsky, 2006). Therapeuten mit einem breiten Spektrum an theoretischen Einflüssen hatten eher ein effektives Arbeitsleben, als Therapeuten mit einem kleinen Spektrum an theoretischen Einflüssen (Rønnestad & Orlinsky, 2006). Des Weiteren lag ein positiver Zusammenhang zwischen Unterstützung und Zufriedenheit am Arbeitsplatz mit einem effektiven Arbeitsleben vor. Bei den genannten Befunden handelt es sich nur um einen Auszug, für eine vollständige Beschreibung der Ergebnisse wird das Buch *How Psychotherapists Develop* von Orlinsky und Rønnestad (2006) empfohlen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Studie viele Informationen über das Arbeitsleben von Therapeuten liefert und aufgrund des umfangreichen von Psychotherapeuten erstellten Fragebogens auch einen guten Überblick über die Zusammenhänge des Arbeitslebens mit persönlichen und beruflichen Eigenschaften sowie mit den Eigenheiten des Arbeitsumfelds aufzeigt. Die Studie kann jedoch nicht beantworten, inwieweit die therapeutische Sicht auf Psychotherapie mit der Sicht von Patienten übereinstimmt und inwieweit sie mit Outcome-Variablen und der Prozessvariable therapeutische Allianz zusammenhängt. Die genannten Fragestellungen wurden in nachfolgenden Studien untersucht.

Hinsichtlich des Zusammenhangs von Arbeitsleben und Prozessvariablen sind vor allem Studien aus der Forschungsgruppe um Nissen-Lie und Rønnestad (Nissen-Lie, Havik, Hoglend, Rønnestad und Monsen, 2014; Nissen-Lie et al., 2015; Nissen-Lie, Monsen Ulleberg und Rønnestad, 2012) sowie eine Studie von Zeeck et al. (2012) zu nennen.

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

Zeeck et al (2012) untersuchten anhand einer modifizierten Form des TWIS 98 Sitzungen von 26 Therapeuten, um Prädiktoren für das Level an aufreibendem Engagement zu finden. Es zeigte sich, dass Therapeuten mit effektivem Arbeitsleben die höchsten Werte hinsichtlich der wahrgenommenen therapeutischen Allianz hatten, wobei Therapeuten mit grundsätzlich aufreibendem Arbeitsleben die niedrigsten Werte hinsichtlich der wahrgenommenen therapeutischen Allianz aufwiesen (Zeeck et al., 2012). Zwischen den vier Therapiestilen zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeiten von Berufsanfängern oder erfahreneren Therapeuten (Zeeck et al., 2012). Als stärkste Prädiktoren für aufreibendes Engagement erwiesen sich die Ratings der Therapeuten hinsichtlich der therapeutischen Allianz und das Gefühl von Therapeuten während den Therapiesitzungen entmutigt zu sein (Zeeck et al., 2012). Die Studie verdeutlicht den engen Zusammenhang von therapeutischer Allianz und dem Arbeitsleben der Therapeuten.

Nissen-Lie und Kollegen (2015) untersuchten den Zusammenhang von therapeutischer Allianz und dem therapeutischen Arbeitsleben anhand mehrerer Messzeitpunkte. Die therapeutische Allianz wurde sowohl aus Sicht des Patienten als auch aus Sicht des Behandlers erhoben. Die Zusammenhänge mit den beiden Dimensionen des Arbeitslebens waren zwar nicht signifikant, aber es zeigten sich signifikante Zusammenhänge mit Aspekten des Arbeitslebens. Die vom Therapeuten berichteten Schwierigkeiten während der Therapiesitzung, wie negative Reaktionen auf Patienten und Gefühle der Angst während der Sitzungen hatten nur einen Einfluss auf die Einschätzung der Allianz durch den Patienten, nicht aber auf die Einschätzung durch den Therapeuten (Nissen-Lie et al., 2015). Das Erleben von Flow-Erfahrungen beeinflusste hingegen nur die therapeutische Sicht der Allianz, nicht aber die Sicht der Patienten (Nissen-Lie et al., 2015). Aus der Studie wird ersichtlich, dass es Sinn macht, sowohl die Sicht des Therapeuten als auch die Sicht des Patienten zu berücksichtigen. Die Perspektiven werden durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst.

(Heinonen et al., 2012) untersuchten anhand einer Langzeitstudie welche Therapeuteneigenschaften bei Lang- bzw. bei Kurzzeittherapien zu einer Symptomverbesserung beitragen. Es zeigte sich, dass sich Therapeuten hinsichtlich ihrer Wirksamkeit in Lang- und Kurzzeittherapien unterschieden und diese Unterschiede mit Merkmalen des Arbeitslebens zusammenhingen.

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

Neben Zusammenhängen mit dem Wohlergehen des Patienten, wurden auch Zusammenhänge mit dem Wohlergehen von Therapeuten untersucht. Ausgehend von dem General Model of Burnout (GMB; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001) wird davon ausgegangen, dass sich Burnout auf drei Dimensionen abspielt: *emotionaler Erschöpfung* (EE), *Depersonalisierung* (DP), *reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit*. Unter emotionaler Erschöpfung wird verstanden, dass die Betroffenen sich als erschöpft durch ihre Arbeit fühlen und keine emotionale Bindung mehr zu ihren Patienten aufbauen können (Maslach et al., 2001). Depersonalisierung meint, dass der Umgang mit Patienten unemotional und unpersönlich ist, Therapeuten weisen eine negative oder zynische Einstellung gegenüber Patienten auf (Maslach et al., 2001). Unter reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit wird verstanden, dass Therapeuten sich als inkompetent und wenig erfolgreich in Bezug auf ihre Arbeit erleben (Maslach et al., 2001). Der Zusammenhang von Burnout und Arbeitsleben wurde von Steel, Macdonald, Schroder und Mellor-Clark (2015) untersucht. Aufreibendes Engagement, vor allem Gefühle der Angst und Langweile standen in positivem Zusammenhang mit emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation. Heilendes Engagement korrelierte negativ mit reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit.

Die genannten Studien konnten zeigen, dass das Arbeitsleben von Therapeuten im Zusammenhang mit der therapeutischen Allianz, dem Therapieerfolg und Burnout-Symptomen von Therapeuten steht. Fraglich ist daher, wie man das Arbeitsleben von Therapeuten verbessern könnte. In Bezug auf Qualitätssicherung in der Psychotherapie sind Supervision, Intervision und Selbsterfahrung die bewährtesten Maßnahmen (Möller, 2012).

## **2.6 Qualitätssichernde Maßnahmen in der Psychotherapie**

### **2.6.1 Supervision.**

Supervision ist eine Beratungsform zwischen Supervisor und Supervisand, die auf den Erwerb therapeutischer Kompetenzen des Supervisanden ausgelegt ist und über persönliche Interaktion in Form von gemeinsamem Problemlösen, Instruktion, Evaluation, Mentoring und Modelllernen umgesetzt wird ( Ellis, Ladany, Krenzel, & Schult, 1996; Schreyögg, 2010). Zu den therapeutischen Kompetenzen werden nicht

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

allein theoretisches Wissen oder praktische Fertigkeiten gezählt, sondern auch die Fähigkeit zu Reflexion in Bezug auf die therapeutische Beziehung und das psychotherapeutische Handeln. Auch wenn die genauen Definitionen von Supervision sich unterscheiden, geht aus den meisten die Doppeldeutigkeit hervor. Supervision hat sowohl eine kontrollierende/ bewertende als auch eine unterstützende Funktion (Zimmer, 1996).

Es werden unterschiedliche Formen von Supervision unterschieden. Zum einen kann Supervision in verschiedenen Settings stattfinden (Einzel-, Gruppen- und Teamsupervision), des Weiteren wird unterschieden zwischen der verpflichtenden Ausbildungssupervision und der freiwilligen, berufsbegleitenden Supervision. Doch obwohl berufsbegleitende Supervision nicht verpflichtend ist, nutzen sie laut einer Befragung 75 % der Psychotherapeuten im deutschen Sprachraum regelmäßig (Willutzki & Botermans, 1997). Aufgrund der hohen Verbreitung von Supervision und dem hohen Stellenwert innerhalb der Ausbildung, ist sie bereits seit mehreren Jahrzehnten Gegenstand der Forschung. In der vorliegenden Studie soll vor allem der Zusammenhang mit dem Therapieerleben und der moderierende Effekt der Berufserfahrung beleuchtet werden.

### **2.6.1.1      *Supervision und Arbeitsleben.***

Whittaker (2004) untersuchte mittels Metaanalyse den Einfluss von Supervision auf die Ängstlichkeit und das Kompetenzerleben. Es zeigte sich, dass Supervision zu einem Anstieg an Kompetenzerleben führt. Die Auswirkungen auf Ängstlichkeit unterschieden sich je nach Supervisionsform. Whittaker geht von einem mittleren Effekt, im Sinne einer Angstreduktion aus (Whittaker, 2004). Cashwell und Dooley (2001) berichteten, dass Therapeuten, die Supervision erhielten, höhere Selbstwirksamkeitseinschätzungen berichteten. Lambert (2013) fasst die Studienlage zu den Supervisionseffekten wie folgt zusammen „Supervision hat vermutlich einen positiven Effekt auf Supervisanden, die Auswirkungen auf Patienten sind jedoch weniger eindeutig“ (Lambert, 2013, S.786, aus dem Englischen übersetzt). Für die vorliegende Studie sind vor allem die Befunde zum Anstieg des Kompetenzerlebens und der Reduktion von Ängstlichkeit von Interesse, da sie am engsten mit den Konzepten des Arbeitsengagements zusammenhängen.

### **2.6.1.2      *Supervision und Berufserfahrung.***

Im Sinne der Entwicklungsmodelle von Stoltenberg (1981) und Skovholt und Ronnestad (1992) wird angenommen, dass sich die Bedürfnisse von Supervisanden und damit auch die Anforderungen an Supervision im Laufe des Berufslebens verändern. Stoltenberg (1981) geht von vier Entwicklungsstufen von Supervisanden aus. Zu Beginn sind Supervisanden abhängig vom Supervisor und imitieren sein Verhalten; sie haben zwar theoretisches Wissen, aber nur geringfügige Erfahrung; zudem fehlt ihnen eine realistische Selbstwahrnehmung (Stoltenberg, 1981). In dieser Zeit benötigen sie einen Supervisor, der ihre Unabhängigkeit innerhalb normativer Strukturen fördert, der Instruktionen und Unterstützung sowie Struktur bietet (Stoltenberg, 1981). Während der nächsten Entwicklungsstufe befinden sich die Supervisanden in einem Autonomie-Abhängigkeitskonflikt und weisen eine schwankende Motivation auf; ihre Selbstwahrnehmung hat zugenommen und sie werden unabhängiger und lösen sich mehr von dem Modell des Supervisors (Stoltenberg, 1981). In dieser Phase benötigt der Supervisand viel Unabhängigkeit mit geringer normativer Struktur. Im nächsten Schritt entwickeln sie zunehmend eine eigene Identität, weisen eine stetigere Motivation auf, verfügen über ein erhöhtes Level an Empathie (Stoltenberg, 1981). Die letzte Entwicklungsstufe ist dadurch gekennzeichnet, dass Supervisanden eine angemessene Selbst- und Fremdwahrnehmung haben, sie ihre Stärken und Schwächen einschätzen können und sie freiwillig in wechselseitiger Abhängigkeit zu anderen stehen (Stoltenberg, 1981). Zu diesem Zeitpunkt braucht der Supervisand keine bestimmte Umgebung mehr. Der Einfluss der Supervision und die Ansprüche an Supervision sind also vor allem zu Beginn sehr hoch.

McNeill, Stoltenberg und Pierce (1985) testeten das Modell anhand einer Stichprobe von acht Supervisanden, die sich hinsichtlich ihrer Berufserfahrung unterschieden. Das Modell wurde insofern bestätigt, dass erfahrenere Supervisanden im Gegensatz zu unerfahrenen ein höheres Ausmaß an Selbstwahrnehmung, Autonomie und theoretischem Verständnis aufwiesen.

Ein weiteres Entwicklungsmodell von Supervision stellt das auf empirischem Weg entwickelte Modell von Skovholt und Rønnestad (1992) dar. Ausgehend von einer qualitativen Längsschnittstudien stellten sie ein sechsstufiges Entwicklungsmodell auf. Sie unterscheiden folgende Phasen: der laienhafte Helfer

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

(1), der Ausbildungsanfänger (2), der fortgeschrittene Auszubildende (3), der Berufsanfänger (4), der erfahrene Therapeut (5), der senior professional (6) (Skovholt & Rønnestad, 1992).

Die genannten Modelle konnten verdeutlichen, dass sich die Aufgaben von Supervision und die Reaktionen von Supervisanden auf Supervision über die Berufsspanne hinweg verändern. In der vorliegenden Studie wird es darum gehen, ob sich der Zusammenhang von Supervision und Arbeitsleben ebenfalls im Laufe des Berufslebens verändert.

### **2.6.2 Intervision.**

Als weiteres etabliertes Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie gilt die Intervision. Im Gegensatz zur Supervision, bei der sich Therapeuten Hilfe von erfahreneren Kollegen einholen, kommt es bei der Intervision zum wechselseitigen Austausch über die therapeutische Arbeit unter Kollegen. In der Verhaltenstherapie geht es hier weniger um die systematische Erweiterung von Kompetenzen, sondern eher darum neue therapeutische Perspektiven zu erlangen (Zimmer, 1996). In einer Gruppe aus mehreren Psychotherapeuten werden hier meist in regelmäßigen Abständen Behandlungsfälle vorgestellt und besprochen. Generell lässt sich sagen, dass Intervision in der Forschung stark vernachlässigt wird. Dieser enorme Unterschied wird einem bei der Literatursuche schnell vor Augen geführt. So listet Pubmed unter der Stichwortsuche „supervision psychotherapy“ 18106 Ergebnisse auf, unter der Stichwortsuche „intervision psychotherapy“ jedoch nur drei. Auch im Handbook of Psychotherapy and Behavior Change findet nur Supervision, nicht aber Intervision eine Berücksichtigung. Das mag zum Teil daran liegen, dass Supervision im Gegensatz zu Intervision während der Ausbildungszeit verpflichtend ist, so dass es sich leichter untersuchen lässt. Darüber hinaus sind Intervisionssitzungen schlechter vergleichbar, da sich die vorgestellten Fälle stark unterscheiden und die Rollen der teilnehmenden Personen nicht so klar festgelegt sind. Doch obwohl Intervision nicht verpflichtend ist, findet sie unter Therapeuten eine hohe Verbreitung und hohen Anklang. Laut einer Umfrage des Qualitätssicherungs-Ausschusses der Psychotherapeutenkammer Hessen wird Intervision von niedergelassenen Psychotherapeuten der höchste Stellenwert der Instrumente zur Qualitätssicherung

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

zu geschrieben, von der untersuchten Stichprobe nutzten 78% Intervision (Ochs et al., 2012).

Zu den Auswirkungen von Intervision auf das Therapeutenerleben oder Therapeutenmerkmale wurde mit den Suchmaschinen Pubmed, Psychinfo und Google Scholar keine Einträge gefunden. In einer qualitativen Studie von Derksen, Bensing, Kuiper, van Meerendonk und Lagro-Janssen (2015) wurde untersucht welche Faktoren das Einfühlungsvermögen von Allgemeinärzten beeinflussen. In einem umfassenden Interview wurden die Ärzte dazu befragt, welche Faktoren ihr Einfühlungsvermögen erhöht hätten. Sie betonten die Wichtigkeit der Intervision, die bei ihnen zu einer erhöhten Reflexionsfähigkeit und Selbstwahrnehmung geführt hätten (Derksen et al., 2015). Auch wenn es sich bei der untersuchten Gruppe nicht um Psychotherapeuten handelt, wird deutlich, dass es in Bezug auf Intervision eine enorme Kluft zwischen der Bedeutung in der Praxis und der Bedeutung in der Forschung gibt.

### **2.6.3 Selbsterfahrung.**

Selbsterfahrung ist genau wie Supervision auch ein bedeutsamer und inzwischen auch gesetzlich vorgeschriebener Teil der Therapeutenausbildung. Selbsterfahrung stammt ursprünglich aus der Psychoanalyse und geht zurück auf die beiden Konzepte Übertragung und Gegenübertragung, die für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung eine wesentliche Rolle spielen (Laireiter, 2009). Gemäß Freud ist die Selbstanalyse der Schlüssel um seine eigene komplexe und innere Abwehr zu verstehen (Freud, 1910). Die Idee Selbsterfahrung als festen, verpflichtenden Bestandteil der Ausbildung festzulegen, wurde erstmals 1918 von Sander geäußert (Rawn, 1991). Freud nannte als Ziele der Lehranalyse: 1) Die Demonstration der Wichtigkeit des Unbewussten, 2) Die Demonstration psychoanalytischer Techniken 3) Das Bewusstmachen unterdrückter Konflikte, damit sie keinen Einfluss auf die spätere Arbeit nehmen, 4) die Eignungsprüfung des Auszubildenden (Jacobs, 2011). Später rückte der unterrichtende Charakter jedoch in den Hintergrund und der therapeutische Aspekt wurde zentral (Jacobs, 2011). Die Auszubildenden sollten nun über mehrere Jahre hinweg eine umfassende klassische Analyse durchlaufen. Noch heute ist man sich nicht einig, worauf der Fokus gesetzt werden sollte. So spiegeln die durch die Conference on Psychoanalytic Education

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

and Research (COPER; 1974) eher den lehrenden Aspekt wieder. Demnach zielt die Lehranalyse auf folgendes ab: 1) Persönliche Erfahrungen mit Analyse gewinnen, 2) Überzeugung hinsichtlich der Wirksamkeit von Psychoanalyse, indem die Bedeutung unbewusster und bewusster Prozesse erfahrbar gemacht wird, 3) Die Entwicklung von Empathie, 4) Übertragung Gegenübertragung verstehen und erkennen können, 5) Das Erlernen psychoanalytischer Techniken. Doch in der aktuellen Literatur lassen sich auch Gegenbeispiele finden. So unterscheidet sich laut Rawn (1991) die Lehranalyse, die man als Auszubildender durchläuft, nicht von der Psychoanalyse, die man als Patient erlebt. Ziel ist hier ebenfalls die Veränderung der intrapsychischen Struktur. Auch Laireiter (2009) sieht das primäre Ziel in der Entwicklung und Veränderung der Persönlichkeit des Auszubildenden.

Auch in der Verhaltenstherapie ist Selbsterfahrung ein fester und verpflichtender Bestandteil der Ausbildung. Hinsichtlich der Rahmenbedingungen und der Ziele gibt es jedoch große Unterschiede zur Psychoanalyse. Selbsterfahrung wird in der Verhaltenstherapie während der Ausbildung hauptsächlich in der Gruppe durchgeführt. Ziel ist hierbei vorwiegend die Vermittlung von therapeutischen Techniken und die Analyse von motivationalen und berufsbezogenen Themen (Laireiter, 2009). Innerhalb der Verhaltenstherapie ist man sich über den Nutzen der Selbsterfahrung nicht einig. Grund hierfür könnte sein, dass auch die Interventionsmethoden und theoretischen Auffassungen innerhalb der Verhaltenstherapie breiter gestreut sind als es in der Psychoanalyse der Fall ist. Wenn man die Verhaltenstherapie aus lerntheoretischer Sicht betrachtet, handelt es sich um eine Reihe von Interventionsmethoden, die unabhängig von der eigenen Persönlichkeit erlernt und angewandt werden können (Kämmerer, Kapp, & Rehahn-Sommer, 2011). In der modernen Verhaltenstherapie gewinnt die Therapeuten-Patienten-Beziehung jedoch zunehmend an Bedeutung. Ausgehend von dieser Position wird Selbsterfahrung als wichtige Maßnahme angesehen, da die Person des Therapeuten zu einem wichtigen Bestandteil der Therapie wird (Kämmerer et al., 2011).

Die Wichtigkeit von Selbsterfahrung als festem Ausbildungsbestandteil wird auch von Ausbildungsteilnehmern/innen rückgemeldet (Laireiter, 2000). Die Auswirkungen von Selbsterfahrung auf therapeutische Kompetenzen und das Therapieergebnis konnten bislang nicht eindeutig belegt werden (Binder, 1993). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich sowohl das Ziel der Selbsterfahrung,

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

die Umsetzung der Selbsterfahrung als auch die Akzeptanz von Selbsterfahrung sich zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie stark voneinander unterscheiden. In der vorliegenden Studie soll daher untersucht werden, ob sich auch die Auswirkungen von Selbsterfahrung auf das Arbeitsleben unterscheiden je nach therapeutischer Orientierung.

### **2.6.4. Unterstützung durch Kollegen.**

Neben den genannten offiziellen Maßnahmen zur Qualitätssicherung gibt es auch informelle Maßnahmen, wie die Unterstützung durch Kollegen. So fanden Cushway und Tyler (1994) in ihrer Untersuchung, dass die Unterstützung durch Kollegen das Stresslevel am meisten reduziert. Der hohe Stellenwert der Unterstützung durch Kollegen wird auch in anderen Studien deutlich, die untersuchen welche Coping-Strategien Therapeuten am häufigsten anwenden (Austin, Rankel, Kagan, Bergum, & Lerner, 2005; Fothergill, Edwards, & Burnard, 2004). Wie oben bereits erwähnt wurde fanden Orlinsky und Ronnestad (2005) einen signifikanten Zusammenhang mit den beiden Dimensionen des Arbeitslebens. Zum einen fanden sie einen positiven Zusammenhang mit heilendem Engagement, zum anderen einen negativen Zusammenhang mit aufreibendem Engagement.

## **2.7 Ziel der vorliegenden Studie**

Inzwischen ist durch zahlreiche Studien gesichert, dass Psychotherapeuten sowohl einen Einfluss auf das Therapieergebnis, als auch auf den Therapieprozess haben. Das Interesse an der Erforschung von Psychotherapeuten wurde durch eine Studie von Orlinsky und Ronnestad (2005) verstärkt. Durch darauffolgende Studien konnte gezeigt werden, dass es sich sowohl bei den Dimensionen des Arbeitslebens als auch bei den Therapiestilen um klinisch relevante Konstrukte handelt, die mit dem Therapieergebnis (Heinonen et al., 2012), der therapeutischen Allianz (Nissen-Lie et al., 2015; Zeeck et al., 2012) und dem Burnout von Therapeuten zusammenhängen.

Ziel der vorliegenden Studie ist es nun, die Zusammenhänge der Therapiestile mit der Berufserfahrung, der Unterstützung am Arbeitsplatz und der Vielfalt an behandelten Störungsbildern zu analysieren. Darüber hinaus soll der Zusammenhang der qualitätssichernden Maßnahmen Supervision, Intervision und

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

Selbsterfahrung mit dem Therapiestil untersucht werden. Ausgehend von einem Entwicklungsmodell der Supervision (Stoltenberg, 1981) wird davon ausgegangen, dass der Zusammenhang von Supervision und Therapiestil abhängig von der Berufserfahrung der Therapeuten ist. Basierend auf den grundsätzlich unterschiedlichen Konzepten der Selbsterfahrung in Verhaltenstherapie und Selbsterfahrung in psychodynamischen Therapieformen, wird auch hier eine Interaktion vermutet.

### 2.8 Hypothesen

Die folgenden Hypothesen wurden auf der Basis der aktuellen Forschungslage generiert. Die genannten Rangreihenfolgen sind jeweils absteigend:

- I Die vier Therapeutengruppen<sup>3</sup> unterscheiden sich hinsichtlich der aktuell in Anspruch genommenen Supervisions-, Intervisions- und Selbsterfahrungsrate.  
Angenommene Rangreihenfolgen :
  - *Supervision*: effektive Praxis, beanspruchendes Arbeitsleben, distanzierte Praxis, gänzlich aufreibendes Arbeitsleben
  - *Intervision*: effektive Praxis, beanspruchendes Arbeitsleben, distanzierte Praxis, gänzlich aufreibendes Arbeitsleben
  - *Selbsterfahrung*: effektive Praxis, distanzierte Praxis, beanspruchendes Arbeitsleben, gänzlich aufreibendes Arbeitsleben
- II Die vier Therapeutengruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Berufserfahrung.  
Angenommene Rangreihenfolge: Effektive Praxis, beanspruchendes Arbeitsleben, distanzierte Praxis, gänzlich aufreibendes Arbeitsleben
- III Der Zusammenhang von Supervisionsrate und Therapiestil unterscheidet sich je nach Berufserfahrung der Therapeuten
- IV Die Therapeutengruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung von psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Therapeuten. Es wird angenommen, dass unter

---

<sup>3</sup> Die Therapeutengruppen werden durch die Einteilung der Stichprobe gemäß der Therapiestile gebildet

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

den Therapeuten mit effektiver Praxis mehr Psychodynamiker als Verhaltenstherapeuten sind.

**V** Der Zusammenhang von Therapiestil und Selbsterfahrungsrate unterscheidet sich je nach therapeutischer Ausrichtung

**VI** Die Therapeutengruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Größe des behandelten Störungsspektrums

Angenommene Rangreihenfolge: effektive Praxis, beanspruchendes Arbeitsleben, distanzierte Praxis, gänzlich aufreibendes Arbeitsleben

**VII** Die Therapeutengruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Unterstützung durch Kollegen.

Angenommene Rangreihenfolge: effektive Praxis, beanspruchendes Arbeitsleben, distanzierte Praxis, gänzlich aufreibendes Arbeitsleben

## **Methode**

### **3.1 Versuchsdesign**

Im Rahmen der vorliegenden Studie werden retrospektiv Daten aus einer korrelativen Querschnittsstudie auf Zusammenhänge und Gruppenunterschiede untersucht. Dementsprechend gibt es keine Kontrollgruppe.

### **3.2 Stichprobe**

Die Datenerhebung wurde zwischen August 2014 und November 2014 in Kooperation mit der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK BW) durchgeführt. Insgesamt 2.500 Psychotherapeuten wurde ein Anschreiben samt Fragebogen per E-Mail zugeschickt. Von den angeschriebenen Personen schickten 156 den Fragebogen per Fax, E-Mail oder postalisch zurück. Somit lag die Rücklaufquote bei 6.24 %. Aufgrund der Länge des Fragebogens (261 Items) ist davon auszugehen, dass vor allem sehr motivierte Personen den Fragebogen ausfüllten. Die Konsequenzen hieraus werden in der Diskussion ausgeführt. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und ohne Vergütung.

Die Probanden waren alle approbierte Psychotherapeuten, die als Kammermitglieder am psychotherapeutischen Versorgungssystem Baden-Württembergs beteiligt waren. Es wurden sowohl niedergelassene Psychotherapeuten (mit und ohne KV-Zulassung) als auch die an Institutionen angestellten Therapeuten einbezogen. Ausgeschlossen wurden Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Von den ursprünglich 156 Versuchspersonen wurden 147 in die Datenanalyse aufgenommen. Ausgeschlossen wurden Personen, die sowohl angaben, eine Approbation in Psychoanalyse oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie zu haben als auch eine Approbation in Verhaltenstherapie. Grund für das Ausschlusskriterium war, dass nicht nachvollziehbar ist, in welchem der Verfahren die qualitätssichernden Maßnahmen durchgeführt wurden. Von den in die Datenanalyse eingeschlossenen Personen waren 104 weiblich. Eine Person machte keine Angabe zu ihrem Geschlecht. Die Probanden waren im Alter von 30 bis 78 Jahren ( $M = 52.76$ ,  $SD = 11.07$ ). Etwas mehr als ein Drittel der Therapeuten hatte eine Approbation in Tiefenpsychologie ( $N = 59$ ), ein Fünftel in Analytischer Psychotherapie ( $N = 31$ ) und etwas mehr als die Hälfte in Verhaltenstherapie ( $N = 85$ ).

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

Insgesamt hatte etwas weniger als die Hälfte eine Approbation in einem psychodynamischen Verfahren ( $N= 62$ ), wobei ein Teil eine doppelte Approbation in Tiefenpsychologie und Psychoanalyse hatte. Die Therapeuten arbeiteten im Schnitt seit etwa 19 Jahren ( $M= 19.22$ ,  $SD= 10.55$ ), wobei der erfahrenste Therapeut seit 53 Jahren arbeitete und der unerfahrenste seit weniger als einem Jahr.

### 3.3 Messinstrumente

Die Daten wurden mittels des *Fragebogens zur Supervision, Intervision und Selbsterfahrung* (SUISE; ) erhoben, der in Zusammenarbeit mit der Medical School Hamburg und der LPK BW entwickelt wurde (Anhang A). Dem Fragebogen liegen mehrere, bereits validierte, Messinstrumente zugrunde. Er gliedert sich in 24 Itemblöcke und umfasst 261 Items insgesamt.

Das Kernstück des Fragebogens bildet die von Orlinsky und Ronnestad entwickelte *Arbeitsengagement Skala* (Orlinsky et al., 1999; Orlinsky & Rønnestad, 2005, 2006). Sie entspricht einem Auszug von 52 Items aus dem deutschsprachigen Basisbogen des *Development of Psychotherapy Common Core Questionnaire* (DPCCQ; Orlinsky & Ambühl, 1999). Mithilfe dieser Skala können Prozesse der therapeutischen Arbeit und der beruflichen Entwicklung aus der persönlichen bzw. subjektiven Sicht der Psychotherapeuten erfasst werden (Rønnestad & Orlinsky, 2006). Die Items lassen sich den beiden Oberskalen *heilendes Engagement* und *aufreibendes Engagement* zuordnen. Die Skala heilendes Engagement setzt sich aus den Unterskalen *Beziehungsfähigkeiten*, *Anteilnahme*, *Effektivität*, *Wertschätzung*, *Flow*, *konstruktive Coping-Strategien* zusammen. Aus den Unterskalen *Häufige Schwierigkeiten*, *Langweile*, *Angst* und *Vermeidung* lässt sich die Skala *aufreibendes Engagement* bilden. Das Antwortformat entspricht einer vier bzw. sechsstufigen Likertskala mit den Endpolen  $0=$  *überhaupt nicht* und  $5=$  *sehr* bzw.  $3 =$  *sehr*. Die Items sind ausnahmslos positiv gepolt. Die resultierenden Skalenwerte liegen zwischen 0 und 15.

Zusätzlich beinhaltet der verwendete Fragebogen Items aus dem Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden (FAHW; Wydra, 2005), sowie Items aus dem Fragebogen zur Veränderung durch Selbsterfahrung (FVS; Lieb & Weber, 2000). Darüber hinaus beinhaltet er Fragen zur Quantität, Kontinuität, den Rahmenbedingungen und der Bewertung von Supervision, Intervision und

THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

Selbsterfahrung. Hier war das Antwortformat entweder dichotom, auf einer Likertskala mit 4, 5 oder 7 Abstufungen, halboffen oder offen.

Inhaltlich lassen sich die Items des SUISE den von Beutler et al (1994) beschriebenen Therapeutenvariablen zuordnen (Aldag, 2014).

Tabelle 1.

*Inhaltliche Zuordnung der Items des SUISE (Aldag, 2014)*

Beurteilbarkeit	Situationsübergreifende Züge (Traits)	Therapiespezifische Zustände (States)
Objektivierbar	- Alter	- Professioneller Hintergrund
	- Geschlecht	- Therapeutischer Stil
Subjektiv	- Persönlichkeit	- Therapeutische Beziehung
	- Wohlbefinden	- Therapeutische Orientierung
	- Werte/Haltungen	

*Anmerkung.* Angelehnt an Beutler, L. E., Machado, P. P. P., & Neufeldt, S. A. (1994). *Therapist variables*: John Wiley & Sons.

**3.3.1 Skalenbildung.**

**3.3.1.1 Work Involvement Scale.**

Die Berechnung der Therapiestile erfolgte entsprechend dem Vorgehen von Orlinsky & Ronnestad (2005). Zunächst wurden die beiden Skalen heilendes Engagement und aufreibendes Engagement entsprechend des Vorgehens von Orlinsky & Ronnestad (2005) gebildet. Die so berechneten Skalen wurden auf ihre Unabhängigkeit getestet. Ausgehend von der Korrelation  $r = -.107$  wurde angenommen, dass die beiden Skalen unabhängig voneinander sind.

Im nächsten Schritt wurden die Cut-off Werte der sechzehnstufigen Skalen Healing und Aufreibendes Engagement festgelegt. Ausgehend von dem Vorgehen von Orlinsky und Ronnestad (2005) wurden die Cut-Off Werte so gelegt, dass zwei Drittel der Therapeutinnen ein hohes heilendes Engagement erleben ( $>9.92$ ) und zwei Drittel der Therapeutinnen wenig aufreibendes Engagement erleben ( $\leq 4.50$ ). Die resultierenden Werte sind vergleichbar mit denen von Orlinsky und Ronnestad (2005) verwendeten Werten für heilendes Engagement (9.55) und aufreibendes

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

Engagement (4.75). Entsprechend der so entstehenden Kategoriengrenzen für die vier Therapiestile wurde die Stichprobe in vier Therapeutengruppen eingeteilt.

### **3.3.1.2.      *Supervision, Intervision und Selbsterfahrung.***

Die in Anspruch genommene Supervision, Intervision und Selbsterfahrung wurde mittels der Items *Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme von Supervision*, *Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme von Intervision* und *Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme von Selbsterfahrung* erhoben. Die Therapeuten gaben an, ob sie die entsprechende qualitätssichernde Maßnahme *wöchentlich* (=1), *1-2 Mal im Monat* (= 2), *1-2 Mal im Quartal* (= 3), *weniger als einmal im Quartal* (= 4) oder *nie* (= 5) in Anspruch nehmen.

### **3.3.1.3      *Berufserfahrung.***

Mittels des Items *Dauer der therapeutischen Tätigkeit in Jahren und Monaten* wurde die Berufserfahrung erfasst. Das Antwortformat war hierbei offen. Ausgehend von den Angaben wurde die Dauer der therapeutischen Tätigkeit in Monaten errechnet.

### **3.3.1.4.      *Unterstützung durch Kollegen.***

Das Ausmaß an Unterstützung durch Kollegen wurde anhand der Frage: „Wenn Sie Schwierigkeiten haben, wie oft besprechen Sie das Problem mit einem Kollegen?“ (SUISE; Aldag, 2014) erhoben. Die Endpunkte der sechsstufigen Antwortskalen waren *0 = gar nicht* und *5= sehr*.

### **3.3.1.5.      *Störungsspektrum***

Anhand der Skala Störungsspektrum wird gemessen, wie groß die Bandbreite an Störungsbildern ist, die von den Therapeuten behandelt wird. Erfasst wurde die Skala mit Hilfe der Items *Häufigkeit Somatoforme Störungen*, *Häufigkeit Essstörungen*, *Häufigkeit Körperlich-/substanzbedingte Störungen*, *Häufigkeit Psychotische Störungen*, *Häufigkeit Angststörungen*, *Häufigkeit Posttraumatische Belastungsstörung*, *Häufigkeit Affektive Störungen*, *Häufigkeit Depressive Störungen*,

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

*Häufigkeit Störungen der Sexualpräferenz.* Die Skala Störungsspektrum ergibt sich aus der Anzahl der Störungen, die von den Therapeuten häufiger als nie behandelt werden. Fehlende Werte wurden als 0= *nie* gewertet.

### **3.3.1.6.      *Therapeutische Ausrichtung***

Die Therapeuten wurden am Anfang des Fragebogens nach dem Verfahren gefragt, das ihrer Approbation als Psychotherapeut/ zu Grunde liegt. Mögliche Antwortmöglichkeiten waren *Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie* und *Andere Verfahren*, wobei Mehrfachantworten möglich waren. Aufgrund der häufigen Mehrfachantwort Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologie wurde die übergeordnete Gruppe *Psychodynamische Verfahren* gebildet.

## **3.4 Reliabilität des Verfahrens**

Die von Aldag (2014) beschriebenen internen Konsistenzen der Subskalen der Arbeitsengagement Skala beziehen sich nur auf eine Teilstichprobe von 40 Personen. Grund hierfür ist, dass zu diesem Zeitpunkt die Rekrutierung noch nicht abgeschlossen war. Für die vorliegende Studie wurden die internen Konsistenzen daher nochmals berechnet. Ein Vergleich der Werte mit denen von Aldag (2014) und Orlinsky und Ronnestad (2006) befindet sich in Tabelle 2. Bezogen auf die Subskalen des Heilendes Engagements sind die Werte der Subskalen Teilnahme, Flow und konstruktive Coping-Strategien kritisch anzusehen. Sie liegen alle unter einem Wert von .50 und sind somit als zu niedrig anzusehen. In der vorliegenden Arbeit wird daher nur mit der übergeordneten Skala heilendes Engagement gerechnet, die eine ausreichend hohe Reliabilität aufweist. Gleiches gilt für die Subskalen von aufreibendem Engagement. Hier weist die Skala Vermeidung einen etwas zu niedrigen Wert auf. Die Reliabilität der übergeordneten Skala ist jedoch ausreichend hoch.

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

Tabelle 2.

*Interne Konsistenz der Skala Heilendes Engagement*

Subskala	Items	$\alpha$ ( $N_{Harland} = 147$ )	$\alpha$ ( $N_{Aldag} = 40$ )	$\alpha$ ( $N_{Orlinsky} = 4923$ )
Beziehungsfähigkeiten	4	.59	.59	.79
Anteilnahme	3	.32	.29	.67
Effektivität	4	.51	.50	.59
Wertschätzung	4	.61	.78	.69
Flow	4	.48	.64	.62
konstruktives Coping	6	.24	.38	.76
Heilendes Engagement	6	.60	-	.74

*Anmerkung.* Die Vergleichswerte beziehen sich auf die vorliegende Studie, Aldag (2014) und Orlinsky & Ronnestad (2006). Aldag (2014) macht in Ihrer Arbeit keine Aussagen zu der Reliabilität der Skala Heilendes Engagement.

Tabelle 3.

*Interne Konsistenz der Skala Aufreibendes Engagement*

Subskala	Items	$\alpha$ ( $N_{Harland} = 147$ )	$\alpha$ ( $N_{Aldag} = 40$ )	$\alpha$ ( $N_{Orlinsky} = 4923$ )
Häufige Probleme	8	.67	.81	.52
Langweile	4	.69	.66	.55
Angst	4	.59	.74	.64
Vermeidung	6	.46	.64	.48
Aufreibendes Engagement	4	.57	-	.66

*Anmerkung.* Die Vergleichswerte beziehen sich auf die vorliegende Studie, Aldag (2014) und Orlinsky & Ronnestad (2006). Aldag (2014) macht in Ihrer Arbeit keine Aussagen zu der Reliabilität der Skala Aufreibendes Engagement.

### 3.9 Datenauswertung

Die statistische Auswertung wurde mit der Software *IBM SPSS Statistics* für Windows, Version 24.0, durchgeführt. Ausgehend von dem vorliegenden Therapiestil wurde die Stichprobe in vier Gruppen eingeteilt. Unterschiede zwischen den Therapeutengruppen hinsichtlich der Therapeutenmerkmale wurden mittels ANOVA durchgeführt. Gruppenvariable war der Therapiestil mit den Stufen effektives, beanspruchendes und gänzlich aufreibendes Arbeitsleben, sowie distanzierte Praxis. Als abhängige Variablen wurden separat Supervisionsrate, Interventionsrate, Berufserfahrung, aufgesuchte Unterstützung durch Kollegen und Störungsspektrum untersucht. Da bei der Variable Selbsterfahrung keine Varianzhomogenität gegeben

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

war, wurde statt ANOVA ein Welch's F-Test durchgeführt. Der Zusammenhang zwischen Therapiestil und therapeutischer Ausrichtung wurde mittels Chi-Quadrat-Test berechnet. Die vermuteten Moderatoreffekte wurden mittels ANCOVA überprüft. Fehlende Angaben auf Itemebene wurden mittels multipler Imputation des Statistikprogramms IBM SPSS 24.0 ergänzt. Die höchste Anzahl an fehlenden Werten lag bei der Frage zur aktuell in Anspruch genommenen Selbsterfahrung vor. Hier fehlten 18 Werte, was einem Anteil von 12.24 Prozent entspricht. Mittels des Verfahrens wurden insgesamt fünf Datensets erstellt. Die Berechnungen wurden mit einem aus den fünf Datensets gemittelten Datensatz durchgeführt. Durch die multiple Imputation wurden auch Werte außerhalb der ursprünglichen Faktorstufen erstellt, was für die Durchführung einer ANOVA und ANCOVA ein Problem darstellt.

## Ergebnisse

### 4.2. Deskriptive Beschreibung der Variablen

#### 4.2.1. Therapiestil.

In der untersuchten Stichprobe liegen die Werte des heilenden Engagement zwischen 7.36 und 12.76. Im Mittel haben die Therapeuten ein heilendes Engagement von 10 ( $M= 10.46$ ,  $SD= 1.11$ ). Ausgehend von der Tatsache, dass die Skala von null bis 15 reicht, ist der Wert also überdurchschnittlich hoch. Auf der Skala aufreibendes Engagement sind Werte von 1.36 bis 6.95 zu verzeichnen ( $M= 4.01$ ,  $SD= 1.19$ ). Selbst der höchste Wert liegt also unter dem Mittelpunkt der Skala. Um zu überprüfen, ob die Skalen wie gefordert unabhängig voneinander sind, wurde die Interkorrelation getestet. Hier ergab sich ein Wert von  $r= -0.15$ ,  $p= 0.07$ . Es wird davon ausgegangen, dass die Skalen unabhängig voneinander sind. In der vorliegenden Studie lag bei dem Großteil der Stichprobe eine effektives Arbeitsleben vor und am seltensten ein gänzlich aufreibendes Arbeitsleben. Die entstehenden Gruppengrößen sind in Tabelle 4 zu sehen. Es zeigen sich Abweichungen von den Gruppenanteilen von Orlinsky und Ronnestad (2005). In ihrer Studie (Orlinsky & Ronnestad, 2005) zeigte sich bereits ein höheres aufreibendes Engagement bei deutschen Therapeuten im Vergleich zu Therapeuten aus anderen Nationen.

Tabelle 4.

*Vergleich der relativen Therapiestilhäufigkeiten.*

Therapiestil	Stichprobenanteil vorliegende Studie	Stichprobenanteil Orlinsky & Ronnestad (2005)
Effektives Arbeitsleben	47.6 %	50%
Beanspruchendes Arbeitsleben	19.7 %	23%
Distanzierte Praxis	18.4 %	17%
Gänzlich aufreibendes Arbeitsleben	14.3 %	10%

*Anmerkung.* Der Vergleich bezieht sich auf die vorliegende Studie ( $N= 147$ ) und die Studie von Orlinsky & Ronnestad (2005). Der Therapiestil wurde mittels DPCCQ gemessen (Orlinsky & Ronnestad, 2005)

### 4.2.2. Supervision, Intervision und Selbsterfahrung.

In der untersuchten Stichprobe wurde zwischen wöchentlich und nie Supervision in Anspruch genommen. Im Durchschnitt wurde ein- bis zweimal im Quartal Supervision beansprucht ( $M= 3.04$ ,  $SD= 0.86$ ). Intervision wurde von den untersuchten Therapeuten ebenfalls zwischen wöchentlich und nie aufgesucht. Auch diese qualitätssichernde Maßnahme wird im Mittel ein- bis zweimal im Quartal beansprucht ( $M= 2.51$ ,  $SD= 0.80$ ). Am seltensten wird Selbsterfahrung aufgesucht. Im Durchschnitt weniger als einmal im Quartal ( $M= 3.71$ ,  $SD= 0.77$ ). Aber auch hier ist die volle Bandbreite von wöchentlich bis nie vertreten. Die Werte sind ebenfalls in Abbildung

**Abbildung 2.** Gemittelte Häufigkeiten der Qualitätssichernden Maßnahmen

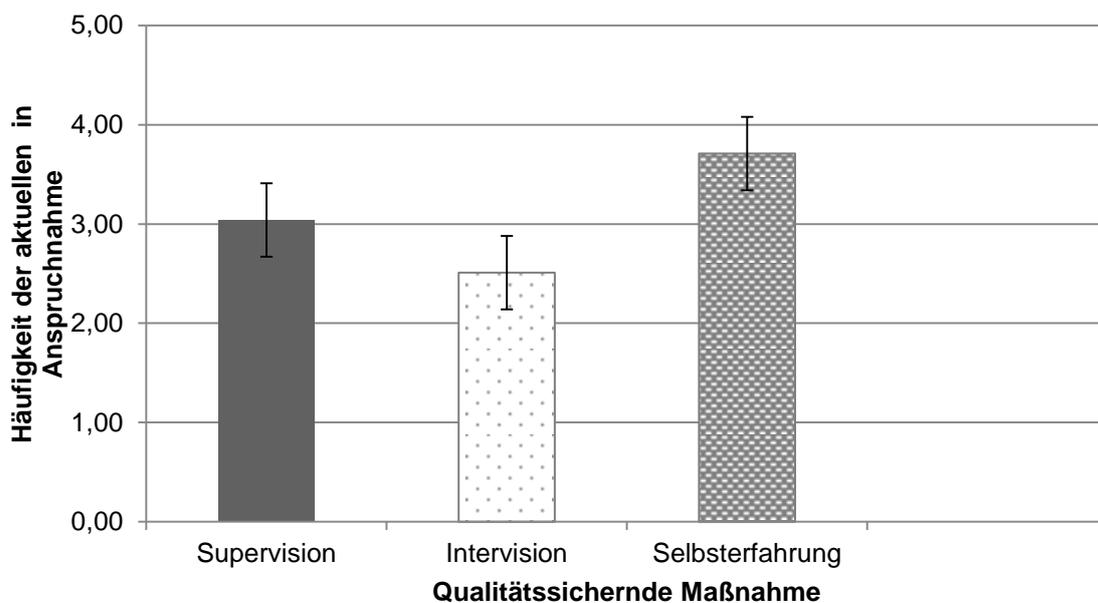


Abbildung 2. 1= wöchentlich, 2= 1-2 Mal im Monat, 3= 1-2 Mal im Quartal, 4 = weniger als einmal im Quartal, 5= nie

### 4.2.3. Unterstützung durch Kollegen.

Wie häufig Therapeuten Rat bei Kollegen aufsuchen wurde von ihnen auf einer fünfstufigen Likertskala mit den Endpunkten 0= gar nicht und 5= sehr angegeben. Die untersuchte Stichprobe bespricht, wenn sie Schwierigkeiten haben gar nicht bis

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

sehr oft das Problem mit einem Kollegen. Im Mittel gaben die Therapeutinnen einen Wert von vier an ( $M= 3.96$ ,  $SD= 1.01$ ). Sie suchen also recht häufig Rat bei Kollegen.

### **4.2.4. Berufserfahrung.**

Die in Monaten erfasste Berufserfahrung der Therapeutinnen lag zwischen einem Monat und 636 Monaten, also bei 53 Jahren. Im Mittel arbeiteten die Therapeutinnen seit 232 Monaten ( $M= 232.14$ ,  $SD= 127.92$ ), also etwa 19 Jahren. In der Stichprobe sind also mehrheitlich Therapeuten mit langjähriger Berufserfahrung.

### **4.2.5. Störungsspektrum.**

Von neun möglichen Störungsbildern behandelten die Therapeuten zwischen drei und neun Störungsbilder. Im Durchschnitt wurden sogar acht Störungsbilder behandelt ( $M= 7.76$ ,  $SD= 1.21$ ). Ein genauerer Blick in die Daten zeigt, dass am häufigsten depressive Störungen ( $M= 4.55$ ,  $SD= 0.72$ ), Angststörungen ( $M= 4.03$ ,  $SD= 0.98$ ) und affektive Störungen behandelt werden ( $M= 3.90$ ,  $SD= 1.18$ ). Am seltensten werden Störungen der Sexualpräferenz ( $M= 0.72$ ,  $SD= 0.92$ ), Psychotische Störungen ( $M= 1.09$ ,  $SD= 1.02$ ) und Körperlich-/substanzbedingte Störungen ( $M= 1.44$ ,  $SD= 1.22$ ) behandelt. Zwei Personen gaben an nie somatoforme Störungen zu behandeln. Acht Personen antworteten, dass sie nie Essstörungen therapieren. Körperlich-/substanzbedingte Störungen werden von 29 Personen nie therapiert. 41 Personen sagten aus, dass sie nie Psychotische Störungen behandeln. Von allen Therapeuten wurde angegeben, dass sie Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen und Depressive Störungen therapieren. Affektive Störungen werden von einem Therapeuten aus der Stichprobe nicht behandelt. Mit einer Gruppe von 73 Personen sind die Störungen der Sexualpräferenz das Störungsbild, das von den wenigsten therapiert wird.

### **4.2.6. Therapeutische Ausrichtung.**

Von den 147 in die Datenanalyse aufgenommenen Personen waren 85 approbiert in Verhaltenstherapie. Die übrigen 62 Personen hatten eine Approbation in einem psychodynamischen Verfahren. In tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

haben 59 Personen eine Approbation und in Psychoanalytischer Psychotherapie 31 Personen. Unter den Therapeuten mit psychodynamischer Ausrichtung gab es dementsprechend 28 Personen mit doppelter Approbation in tiefenpsychologisch fundierter und in psychoanalytischer Psychotherapie.

### **4.3. Hypothesenprüfende Analysen**

#### **4.3.1 Varianzhomogenität Levene-test.**

Mittels des Levene-Tests wurde die Varianzhomogenität überprüft. Es zeigte sich, dass die Varianzen der Variablen Berufserfahrung, Therapeutischen Ausrichtung, Supervision, Intervision, Unterstützung durch erfahrenere Therapeuten, Unterstützung durch Kollegen und Störungsspektrum sich nicht unterscheiden zwischen den Gruppen Effektives Arbeitsleben, Beanspruchendes Arbeitsleben, Distanzierte Praxis und Grundsätzlich aufreibendes Arbeitsleben. Bei der Variable Selbsterfahrung weisen die Gruppen unterschiedliche Varianzen auf  $F(3, 143) = 3.98$ ,  $p = 0.01$ .

#### **4.3.2. Hypothese I.**

Die vier Therapeutengruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der aktuell in Anspruch genommenen Supervision  $F(3, 143) = 1.66$ ,  $p = 0.18$ . Es zeigen sich ebenfalls keine Unterschiede in Hinsicht auf die in Anspruch genommene Intervision  $F(3, 143) = 1.53$ ,  $p = 0.21$  und die in Anspruch genommene Selbsterfahrung  $F_W(3, 55.616) = 2.17$ ,  $p = 0.10$ . Die Gruppenmittelwerte mit Standardabweichungen sind in Tabelle 5 zu sehen.

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

Tabelle 5

*Häufigkeit von Qualitätssichernden Maßnahmen je nach Therapiestil*

Therapiestil	Supervision		Intervision		Selbsterfahrung	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Effective	3.20	0.86	2.52	0.80	3.74	0.75
Challenging	2.86	0.74	2.41	0.91	3.83	0.61
Disengaged	2.97	0.90	2.76	0.78	3.89	0.64
Distressed	2.85	0.90	2.30	0.64	3.25	1.03

*Anmerkungen.* Der Therapiestil wurde mittels DPCCQ (Orlinsky & Ronnestad, 2005) gemessen. Die Frequenz der qualitätssichernden Maßnahmen wurde mittels einer fünfstufigen Likertskala gemessen mit folgenden Unterpunkten 1= *wöchentlich*, 2= *1-2 mal im Monat*, 3= *1-2 mal im Quartal*, 4= *weniger als einmal im Quartal*, 5= *nie*.

**4.3.3. Hypothese II.**

Ausgehend von der zuvor bestätigten Varianzhomogenität wurde eine ANOVA mit Gruppenfaktor Therapiestil und der abhängigen Variable Berufserfahrung gerechnet. Es zeigte sich, dass die Gruppen sich hinsichtlich der Berufserfahrung signifikant voneinander unterscheiden  $F(3, 142) = 4.122, p = 0.08$ . Ausgehend von der zuvor angenommenen Rangreihenfolge wurden mehrere geplante Vergleiche durchgeführt. Es zeigte sich, dass Therapeuten mit effektivem Arbeitsleben verglichen mit den anderen Therapeutengruppen die höchste Berufserfahrung haben  $T(143) = 2.49, p = 0.01$ . Therapeuten mit grundsätzlich aufreibendem Arbeitsleben haben entgegen der Annahme verglichen mit den anderen Therapeutengruppen nicht die geringste Berufserfahrung haben  $T(143) = 0.24, p = 0.81$ . Therapeuten mit beanspruchendem Arbeitsleben haben im Vergleich zu Therapeuten mit distanzierter Praxis und grundsätzlich aufreibendem Arbeitsleben nicht signifikant mehr Berufserfahrung  $T(143) = 2.47, p = 0.15$ .

**4.3.4. Hypothese III.**

Um zu überprüfen, inwieweit der Zusammenhang von Supervisionsrate und Therapiestil abhängig von der Berufserfahrung ist, wurde die Interaktion von

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

Berufserfahrung und Supervision anhand einer ANCOVA überprüft. Die Interaktion von Berufserfahrung und Supervision ist nicht signifikant  $F(10, 136) = 1.15, p = 0.33$ .

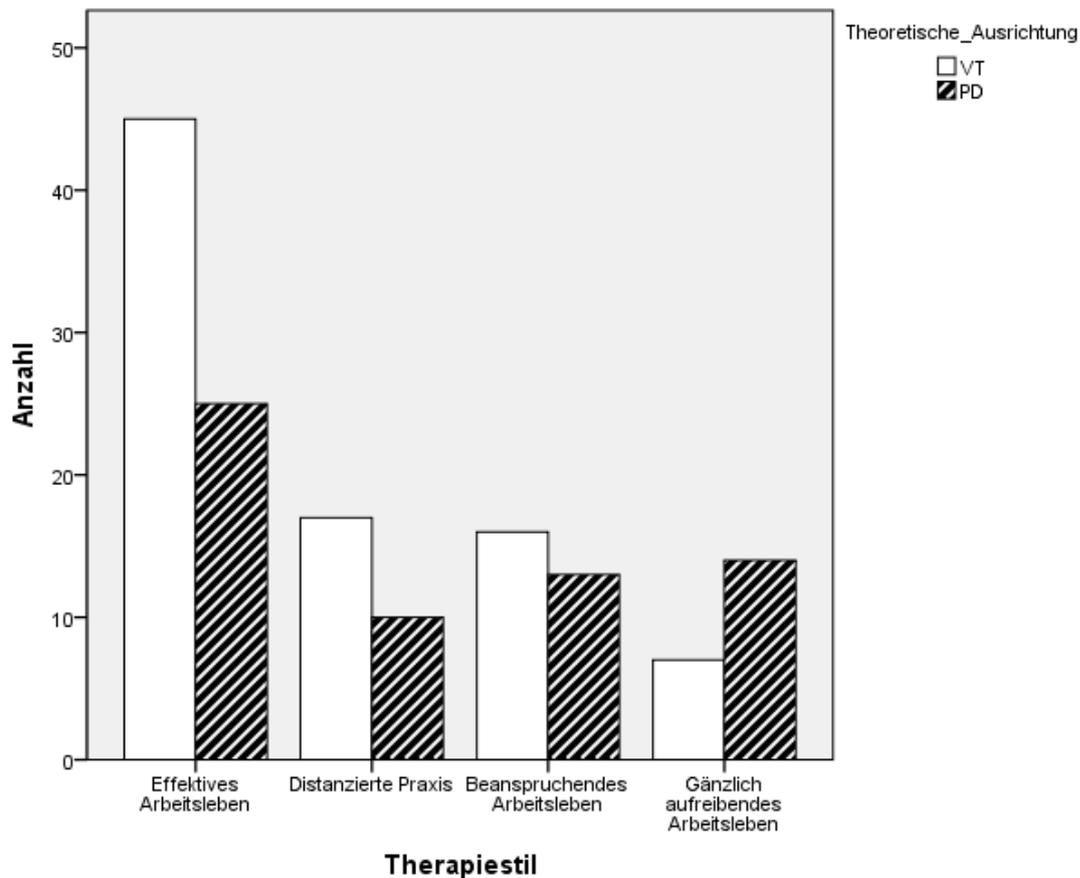
### **4.3.5. Hypothese IV.**

Die Daten zeigen, dass sich die Therapeutengruppen nicht hinsichtlich der Größe des behandelten Störungsspektrums unterscheiden  $F(3, 143) = 1.26, p = 0.29$ . So behandeln alle Therapeutengruppen durchschnittlich acht Störungsbilder (effektives Arbeitsleben:  $M = 7.96, SD = 1.00$ ; beanspruchendes Arbeitsleben:  $M = 8.07$ , Distanzierte Praxis:  $M = 7.59, SD = 1.12$ , grundsätzlich aufreibendes Arbeitsleben:  $M = 7.86, SD = 0.79$ ).

### **4.3.6. Hypothese V.**

Mit Hilfe eines Chi-Quadrat Tests wurde untersucht, ob sich die Häufigkeitsverteilung von Psychodynamischen Psychotherapeuten zu Verhaltenstherapeuten zwischen den Gruppen unterscheidet. Anhand einer Kreuztabelle wurden zunächst die erwarteten Häufigkeiten berechnet. Keine der erwarteten Häufigkeiten unterschreitet 20 Prozent. Ein Chi-Quadrat Test zeigte, dass sich die Häufigkeitsverteilung zwischen den Gruppen nicht signifikant unterscheidet  $\chi^2 (3) = 6.379, p = 0.08$ .

**Abbildung 3.** Theoretische Ausrichtungen in den Therapeutengruppen



*Abbildung 4.* Der Therapiestil wurde mittels TWIS () erhoben. PD= Psychodynamiker (Psychoanalytiker und Tiefenpsychologen), VT= Verhaltenstherapeuten.

#### 4.3.7. Hypothese VI.

Um zu überprüfen, inwieweit der Zusammenhang zwischen Therapiestil und Selbsterfahrungsrate von der Therapeutischen Ausrichtung moderiert wird, wurde eine ANCOVA durchgeführt. Die Interaktion zwischen den Faktoren Therapiestil und Selbsterfahrung erwies sich als nicht signifikant  $F(16, 130) = 1.43, p = 0.14$ .

#### 4.3.8. Hypothese VII-

Die Therapeutengruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der aufgesuchten Unterstützung durch Kollegen  $F(3, 143) = 1.875, p = 0.136$ . Unterstützung durch Kollegen wird, laut Daten, am häufigsten von Therapeuten mit beanspruchendem Arbeitsleben aufgesucht ( $M = 4.21, SD = 0.90$ ), gefolgt von

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

Therapeuten mit effektivem Arbeitsleben ( $M= 4.01$ ,  $SD= 1.06$ ) und Therapeuten mit distanzierter Praxis ( $M= 3.91$ ,  $SD= 0.90$ ). Am seltensten suchen Therapeuten mit grundsätzlich aufreibendem Arbeitsleben Unterstützung bei Kollegen ( $M= 3.54$ ,  $SD= 1.07$ ).

## **Diskussion**

Das therapeutische Erleben spielt sich auf zwei Dimensionen ab: heilendem und aufreibendem Engagement. Insgesamt werden vier Muster des therapeutischen Arbeitslebens unterschieden (Orlinsky et al., 2005). Befunde zu Zusammenhängen mit der therapeutischen Allianz (Nissen-Lie et al., 2015), dem Therapieergebnis (Heinonen et al., 2012) und Burnout-Symptomen bei Therapeuten (Zeeck et al., 2012), zeigen dass das therapeutische Erleben, auch Therapiestil genannt, von praktischer Relevanz ist. Daher soll die vorliegende Studie einen Beitrag dazu leisten, mehr über die Zusammenhänge mit dem Therapiestil zu erfahren. Ausgehend von den weitverbreiteten Qualitätssichernden Maßnahmen Supervision, Intervision und Selbsterfahrung wurde überprüft, was jeweils Therapeuten mit distanzierter Praxis, effektivem, beanspruchendem und gänzlich aufreibendem Arbeitsleben auszeichnet. Weitergehend wurden die Einflüsse der Berufserfahrung und der theoretischen Ausrichtung auf die Zusammenhänge von Supervision und Therapiestil bzw. Selbsterfahrung und Therapiestil untersucht. Darüber hinaus wurde überprüft, ob sich Ergebnisse von Orlinsky und Ronnestad (2005) zur Unterstützung am Arbeitsplatz und der Erfahrungsbreite replizieren lassen.

Aufgrund der hohen Anzahl an Hypothesen, werden die Hypothesen nacheinander einzeln besprochen. Zunächst werden die Annahmen mit den Befunden abgeglichen. Anschließend werden die Befunde inhaltlich interpretiert und in den aktuellen Forschungsstand eingeordnet. Abschließend werden Limitationen der vorliegenden Studie, sowie Implikationen für zukünftige Forschung und die Gestaltung der Psychotherapieausbildung und Qualitätssicherung während des Berufslebens gegeben.

### **5.1 Qualitätssichernde Maßnahmen**

#### **5.1.1 Supervision.**

Ausgehend von den Befunden, dass Supervision die Kompetenz der Supervisanden erweitert, ihr heilendes Engagement erhöht, ihre Selbstwirksamkeit steigert und Gefühle von Angst mindert, wurden unterschiedlich hohe Supervisionsraten für die Therapeutengruppen angenommen (Auckenthaler, 1999; Bambling, King, Raue, Schweitzer, & Lambert, 2006). Es wurde davon

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

ausgegangen, dass mit Abstieg der empfundenen Selbstwirksamkeit auch die Supervisionsrate abnehmen, gleiches gilt für das heilende Engagement. Entgegen der Annahme zeigte die Datenanalyse, dass sich die vier Therapeutengruppen hinsichtlich der Supervisionsrate nicht signifikant voneinander unterscheiden. Die Hypothese wurde somit nicht bestätigt. Für diesen Befund sind mehrere Gründe möglich: die Unterschiede in der Qualität von Supervision, die Heterogenität von Supervision hinsichtlich Setting und Zielsetzung und methodische Mängel der Studie.

### **5.1.1.1.      *Qualitätsunterschiede in der Supervision.***

In der vorliegenden Studie wurde ausschließlich die Supervisionsrate, nicht aber die Qualität der Supervision berücksichtigt. So gibt es neben Studien, die einen positiven Einfluss von Supervision auf das Therapieergebnis und die berufliche Entwicklung des Supervisanden finden (Lambert & Hawkins, 2001; Stein & Lambert, 1995) auch Studien, die keinen Einfluss berichten (Spence, Wilson, Kavanagh, Strong, & Worrall, 2001; Steinhelber, Patterson, Cliffe, & Legoullon, 1984). Darüber hinaus gibt es auch vermehrt Arbeiten zu den Schattenseiten von Supervision. So gibt es Untersuchungen, die auf Konflikte in der Supervision (Moskowitz & Rupert, 1983) sowie Kommunikationsprobleme (Yourman & Farber, 1996) hinweisen. Besonders schwerwiegend sind Befunde, die von sexuellen Übergriffen berichten. So kamen Bartell und Rubin (1990) zu dem Ergebnis, dass ungefähr 5% der Supervisanden sexuelle Kontakte innerhalb der Supervision angaben. Die genannten Gefahren von Supervision verdeutlichen, dass Supervision nicht nur positive Auswirkungen haben kann. Ein hohes Maß an Supervision geht also nicht unbedingt mit positiven Auswirkungen einher. Neben der Quantität der Supervision sollte daher in Zukunft auch die Qualität der Supervision berücksichtigt werden.

### **5.1.1.2      *Unterschiedliche Formen von Supervision.***

Ein weiterer Grund, warum es in der vorliegenden Studie keine Unterschiede gibt, könnte sein, dass nicht zwischen den einzelnen Formen von Supervision unterschieden wurde. In der aktuellen Untersuchung wurde Supervision als

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

einheitliches Konstrukt behandelt, obwohl es sowohl in der Umsetzung, als auch im Setting und hinsichtlich der Zielsetzung große Unterschiede gibt.

Auckenthaler (1999) unterscheidet mehrere Formen der Fallsupervision: Einzel-, Gruppensupervision. Darüber hinaus werden je nach Supervision auch unterschiedliche Methoden der Fallvorstellung eingesetzt (z. B. mündliche Berichte, Vorlage schriftlicher Unterlagen, Audio oder Videoaufzeichnungen, Live-Beobachtungen) und der Fallbesprechung bzw. -bearbeitung (z. B. Diskussion, Rollenspiel). Diese Unterschiede wurden in der vorliegenden Studie nicht berücksichtigt. In der untersuchten Stichprobe waren sowohl Psychotherapeuten mit verhaltenstherapeutischer als auch mit psychodynamischer Approbation. Das könnte ebenfalls zu Unterschieden geführt haben. So steht im Mittelpunkt der psychodynamisch orientierten Supervision die Fokussierung auf die Bewusstmachung und Bearbeitung der Konflikte sowie auf die Beziehungsdynamik zwischen Klient, Therapeut und Supervisor. In der Verhaltenstherapie liegt das Hauptgewicht auf dem Lernen von Theorie und Techniken und der Vermittlung von therapeutischen Fertigkeiten.

### **5.1.1.3. Limitationen.**

Die Abstufungen des verwendeten Messinstruments waren eventuell zu hoch, so dass die Unterschiede nicht erfasst werden konnten. So ist der Sprung von ein bis zweimal im Monat, also bis zu 24 Mal im Jahr zu ein bis zweimal im Quartal also mindestens viermal im Jahr vermutlich zu groß. Innerhalb dieser beiden Kategorien spielten sich die gemittelten Supervisionsraten ab.

### **5.1.2. Intervision.**

Ausgehend von der Literatur und dem aktuellen Forschungsstand zu Intervision, wirkt sich Intervision in erster Linie auf die Selbstwahrnehmung, die Reflexionsfähigkeit und das Einfühlungsvermögen aus. Darüber hinaus verhilft es den Therapeuten zu einer neuen Sichtweise auf Patienten.

Basierend auf den wenigen vorhandenen Befunden wurde angenommen, dass Personen mit effektivem Arbeitsleben die höchste Intervisionsrate haben, gefolgt von Personen mit beanspruchendem Arbeitsleben. Personen mit gänzlich aufreibendem Arbeitsleben sollten dementsprechend am seltensten in Intervision gehen. Die Hypothese konnte nicht bestätigt werden.

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

Auch hier stellt sich die Frage, ob der Effekt aufgrund der zu großen Abstufungen nicht erfasst werden konnte, da sich die gefundenen Werte zwischen den genannten Kategorien befinden.

Generell gibt es zu dem Thema Intervision und zu den Auswirkungen von Intervision noch zu wenige Studien. Ausgehend von den formulierten Zielen der Intervention ist zwar von einer Abnahme an Schwierigkeiten und einer Zunahme an Einfühlungsvermögen auszugehen, hierfür fehlt jedoch noch jeglicher Beweis.

### **5.1.3. Selbsterfahrung.**

Selbsterfahrung zielt darauf ab die berufliche Belastung zu reduzieren und die Beziehungsfähigkeit zu verbessern. Daher wurde angenommen, dass Personen mit effektivem Arbeitsleben am häufigsten in Selbsterfahrung gehen, gefolgt von Personen mit distanzierter Praxis, wobei Personen mit gänzlich aufreibendem Arbeitserleben am seltensten in Intervision gehen. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Therapeutengruppen. Die Hypothese konnte nicht bestätigt werden.

Wie auch bei den bereits genannten qualitätssichernden Maßnahmen, sollte auch hier neben der Häufigkeit die Qualität erfasst werden. Auch bei Selbsterfahrung gibt es immer wieder Befunde über negative Auswirkungen gibt. In der Psychoanalyse werden als Kritikpunkt häufig der verpflichtende Charakter, narzisstische Motive auf Seiten des Lehrtherapeuten und die Unklarheit über das Ziel der Lehranalyse genannt (Jacobs, 2011; Rawn, 1991). Vor allem während der Ausbildungszeit, kann es hier zu Problemen kommen. Konträr zu Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung zur Analyse kommen, kommen Auszubildende, weil sie dazu verpflichtet sind. Grund für die Analyse ist also nicht die eigene Motivation, sondern die Vorgabe des Ausbildungsinstituts. Indem der angehende Analytiker zu gleich selbst als heranwachsender Therapeut arbeitet und als Patient zunächst eine Regression erlebt, erlebt er einen Rollenkonflikt. Desweiteren befindet sich der Auszubildende in einem besonderen Abhängigkeitskonflikt, da der Lehranalytiker zugleich Lehrer ist.

Hier ist zuzusagen, dass Selbsterfahrung generell am seltensten von den drei Maßnahmen in Anspruch genommen wurde. So lagen die gemittelten Werte zwischen den beiden Kategorien ein- bis zweimal im Quartal und weniger als

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

einmal im Quartal, wobei die nächst niedrigere Stufe „nie“ lautet. Hier ist zu bemängeln, dass die Kategorie weniger als einmal im Quartal sehr viel Interpretationsspielraum zulässt. Denn sie trifft sowohl bei Personen, die alle halbe Jahr in Selbsterfahrung gehen, als auch bei Personen, die alle fünf Jahre in Selbsterfahrung gehen zu. Eine feinere Abstufung hätte auch hier eventuell einen Unterschied gezeigt. Des Weiteren wäre es interessant gewesen die Form der Selbsterfahrung zu berücksichtigen. Denn eine Selbsterfahrung in der Gruppe und Selbsterfahrung im Einzelsetting werden vermutlich unterschiedliche Auswirkungen haben.

Es bleibt also zu überprüfen, ob es tatsächlich keine Unterschiede zwischen den Therapiegruppen gibt, oder ob dieser Befund nur den zu groben Abstufungen, der fehlenden Unterscheidung der Qualität und der fehlenden Unterscheidung der Selbsterfahrungsformen zu zuschreiben ist.

### **5.1.4. Selbsterfahrung und Theoretischer Orientierung**

Ausgehend von den unterschiedlichen Zielen und dem unterschiedlichen Setting von Selbsterfahrung, wird davon ausgegangen, dass es eine Interaktion von Selbsterfahrung und theoretischer Orientierung gibt. Für die vorliegenden Daten konnte diese Hypothese nicht bestätigt werden.

Dieser Befund ist verwunderlich, da die Selbsterfahrung im psychodynamischen Setting viel mehr auf eine Steigerung des Arbeitslebens abzielt, da das eigene Erleben im Rahmen von Gegenübertragungen expliziter Bestandteil der Selbsterfahrung ist.

Eine mögliche Begründung ist, dass nicht kontrolliert wurde, ob sich die Therapeuten selbst in Behandlung befinden. Desweiteren waren die Selbsterfahrungsraten auch bei Psychodynamikern sehr gering. Weitergehend wäre es interessant, die vermuteten Unterschiede anhand von Auszubildenden zu untersuchen.

### **5.1.5. Supervision und Berufserfahrung.**

Ausgehend von einem Entwicklungsmodell der Supervision wurde hier ebenfalls von einer Interaktion von Supervision und Berufserfahrung ausgegangen. Die Hypothese konnte nicht bestätigt werden.

Etwa drei Viertel der Stichprobe haben über zehn Jahre Berufserfahrung. Seit mehr als fünf Jahren sind 95% der Stichprobe berufstätig. Die Gruppe der Berufsanfänger ist somit unterrepräsentiert. Um eine Interaktion feststellen zu können, sollten in Zukunft heterogene Stichproben gewählt werden.

## **5.2 Replikation**

### **5.2.1. Berufserfahrung.**

Ausgehend von der Studie von Orlinsky und Ronnestad (2005) wurde angenommen, dass sich die Therapeutengruppen hinsichtlich der Berufserfahrung unterscheiden. Es wird folgende Rangreihenfolge angenommen: effektives Arbeitsleben (1), beanspruchendes Arbeitsleben (2), distanzierte Praxis (3), gänzlich aufreibendes Arbeitsleben (4). Sowohl der angenommene Unterschied zwischen den Therapeutengruppen konnte durch die Daten bestätigt werden, als auch die angenommene Rangreihenfolge.

Die Befunde stehen im Einklang mit der Untersuchung von Orlinsky und Ronnestad (2005). Sie unterstützen die Hypothese, dass Berufsanfänger besonders vulnerabel sind und daher besonders viel Unterstützung benötigen. Anhand von Langzeitstudien sollte überprüft werden, ob im Laufe des Berufslebens ein Entwicklungsprozess stattfindet, der zu einer Verbesserung des Therapiestils führt oder ob es sich bei den Befunden um das Ergebnis eines Selektionsprozesses handelt. Es sollte jedoch berücksichtigt werden, dass Standardabweichungen von einem Zeitraum von zehn Jahren vorlagen. Es ist daher fraglich, inwieweit die Aussage, dass Therapeuten mit effektivem Therapiestil sich durch große Berufserfahrung auszeichnen. Weitergehend gilt es zu berücksichtigen, dass es sich sowohl bei der Gruppe der Personen mit großer Berufserfahrung, als auch bei der Gruppe mit effektivem Arbeitsleben, um die verhältnismäßig größten Gruppen handelt.

### **5.2.2. Störungsspektrum.**

Ausgehend von dem Befund, dass sich die Vielfalt der Arbeitserfahrung positiv auf das Arbeitsleben auswirkt, wurde angenommen, dass Personen mit positivem Arbeitsleben, eine hohe Bandbreite an Störungsbildern behandeln. Es zeigte sich jedoch kein Unterschied zwischen den Gruppen. Ein Grund für die Abweichung der Befunde von Orlinsky und Ronnestad (2005) ist, dass sie die Breite an Arbeitserfahrung über die Anwendung verschiedener therapeutischer Techniken definiert wurde.

Die Interpretation der vorliegenden Ergebnisse ist jedoch nur begrenzt interpretierbar, da einige methodische Mängel vorliegen. So findet sich in der Stichprobe eine starke Abweichung von einer Normalverteilung. Alle vier Therapiegruppen behandelten im Mittel acht von zehn Störungsbildern. Eventuell war das Kriterium der Störungsbilder, die häufiger als nie behandelt werden zu allgemein gefasst. Dieser Punkt ist vor allem kritisch, wenn man bedenkt, dass die durchschnittliche Berufserfahrung bei fast 20 Jahren liegt. So könnte es sein, dass jemand beispielsweise fast ausschließlich Depressionen behandelt, aber im Laufe seiner zwanzigjährigen Berufslaufbahn aber auch ein oder zweimal sieben andere Störungsbilder behandelt hat. Die beschriebene Person hätte somit einen Wert von acht erreicht, obwohl ihr Berufsleben sehr eintönig ist, was das behandelte Störungsspektrum angeht. Hier sollte der Cut-off Wert in zukünftigen Studien höher gesetzt werden und das Zeitfenster klarer abgesteckt werden.

In Zukunft wäre es interessant zu untersuchen, ob es bestimmte Störungen gibt, die sich positiv oder negativ auf den Therapiestil auswirken. Hierbei könnte man sich auf die Theorien der Übertragung und Gegenübertragung berufen. Hier sind einerseits die im OPD beschriebenen Gegenübertragungen zu nennen. Darüber hinaus gibt es auch empirische Befunde zu störungsspezifischen Gegenübertragungen. So lösen depressive Patienten bei Therapeuten Mitgefühl, Fürsorge und Freundlichkeit aus (Brody & Faber, 1996; McIntyre & Schwartz, 1998). Borderliner sorgen für Wut, Verwirrung, Feindseligkeit und Dominanz aber auch Resignation auf Seiten der Therapeuten (Brody & Faber, 1996; Salz, 1997; McIntyre & Schwartz, 1998). Patienten mit Schizophrenie lösen in ihren Psychotherapeuten Angst, Frustration und Hoffnungslosigkeit aus (Brody & Faber, 1996). Narzissten führen zu einem Gefühl der Unterdrückung und Kälte, während

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

Histrioniker zu Frustration, Abschalten und emotionalem Rückzug führen. Ausgehend von diesen Befunden wäre es spannend, ob sich diese Emotionen und Reaktionen bei häufigem Patientenkontakt auch im Therapiestil widerspiegeln.

### **5.2.3. Unterstützung am Arbeitsplatz**

Einer der Befunde aus der Studie von Orlinsky und Ronnestad (2005) ist, dass Unterstützung am Arbeitsplatz positiv mit heilendem Engagement assoziiert ist. In der vorliegenden Studie wurde die Unterstützung durch Kollegen erfasst. Im Gegensatz zu Supervision und Intervision handelt es sich hier um informelle Gespräche. Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen.

Das hauptsächliche Problem bei der Untersuchung der Hypothese ist, dass das Antwortformat ungeeignet ist. Üblicherweise werden konkrete Häufigkeitsangaben als Antwortformat gewählt. Hier wurde das Antwortformat 0= gar nicht bis 5= sehr gewählt. Zusätzlich wurden nur die Endpole der Skala genauer spezifiziert. Die restlichen Antwortmöglichkeiten wurden nur als Ziffern angegeben. Somit war der Interpretationsraum relativ groß.

Weitergehend ist fraglich, ob das Konstrukt der Unterstützung am Arbeitsplatz durch das Item wirklich abgebildet wird. In Zukunft sollte zusätzlich erfragt werden in welcher Form sich die Unterstützung abspielt.

## **5.3 Limitationen**

Im Folgenden soll vor allem auf allgemeine Probleme in Bezug auf die vorliegende Studie eingegangen werden.

Zunächst stellt sich das Problem der zu kleinen Stichprobe. Hier ist anzumerken, dass zunächst ein hoher Aufwand betrieben wurde, indem 2.500 Therapeuten angeschrieben wurden. Bei den Beantwortungsmöglichkeiten und der Rücksendung des Fragebogens wurden den Therapeuten entgegengekommen. Daher lässt sich vermuten, dass die Länge des Fragebogens mit 261 Items ausschlaggebend war. Beispielsweise wird die Häufigkeit der QM mit jeweils fünf Fragen erfasst. Zwar erfassen diese unterschiedlichen Aspekte und tragen somit zu einem umfassenden Bild bei, sie tragen jedoch auch dazu bei, dass der Fragebogen insgesamt 10 Seiten lang ist. Da nur ein geringer Prozentsatz zurückgesendet wurde, handelt es sich bei den

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

untersuchten Probanden vermutlich um sehr motivierte Therapeuten, so dass die Ergebnisse nur schwer generalisierbar sind.

Die so entstandene kleine Stichprobe erschwert den Vergleich der Daten mit früheren Befunden, beispielsweise in Bezug auf die Erhebung von Orlinky und Ronnestad (2005) mit fast 5000 Versuchspersonen. Die kleine Stichprobe ist vor allem gepaart mit den unterschiedlichen Gruppengrößen ein Problem. Während mit 70 Personen ausreichend viele Personen mit effektivem Arbeitsleben in die Datenanalyse eingeschlossen werden konnten, waren es nur 21 Personen mit gänzlich aufreibendem Arbeitsleben, so dass die angestrebte Größe von mindestens 30 Personen pro Kategorie nicht erreicht werden konnte.

Ein weiterer Grund aus dem Befunde nicht repliziert werden konnten ist die niedrige Reliabilität der Skalen, wobei die Reliabilität der Skala heilendes Engagement mit einem Wert unter 0.7 als fragwürdig und die Reliabilität der Skala aufreibendes Engagement mit einem Wert unter 0.6 als schlecht einzuordnen sind (George & Mallery, 2003). Möglicherweise sind die Items nicht trennscharf genug, was wiederum zu einem Ausbleiben von Gruppenunterschieden beitragen würde. Ein Betrachten der Abbildung 4 verdeutlicht, dass die in der Stichprobe vorhandenen Werte nur einen kleinen Bereich der beiden Dimensionen des Arbeitslebens abdecken.

Ein weiterer Faktor der zum Ausbleiben von Unterschieden beigetragen haben könnte sind die zum Teil sehr breiten Antwortkategorien. So können Unterschiede nicht erfasst werden, da die Antwortkategorien zu breit gefasst sind.

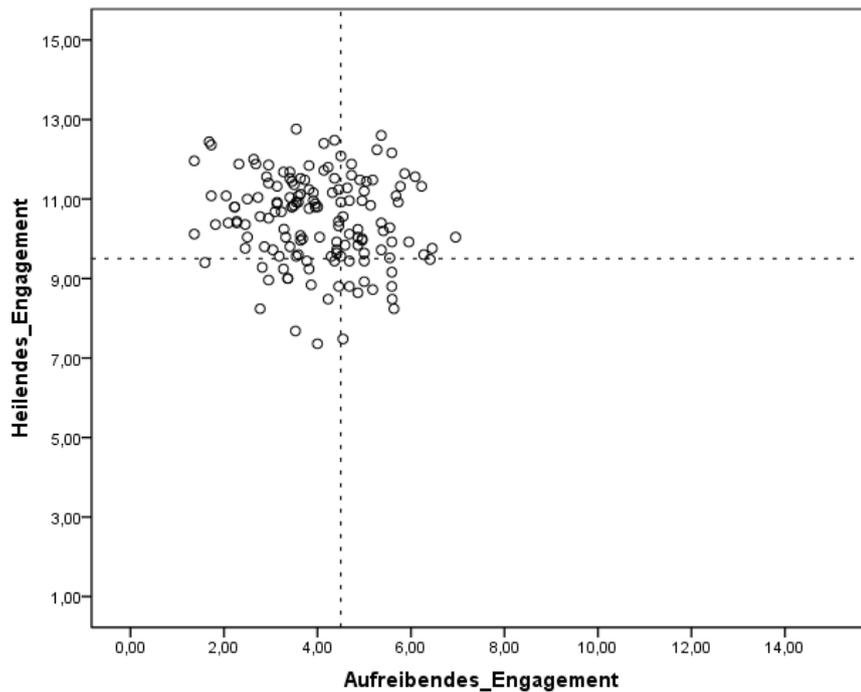
Die untersuchten Hypothesen haben sich vor allem auf Befunde zu den einzelnen Dimensionen gestützt und nicht auf Befunde zu den Therapiestilen. Das liegt hauptsächlich daran, dass Zusammenhänge mit den Therapiestilen bislang schlecht erforscht sind. Die vorliegende Studie leistet einen Beitrag dazu mehr über das therapeutische Erleben zu erfahren. Es zeigte sich jedoch, dass sich die bisherigen Befunde zu den einzelnen Dimensionen nur schwer übertragen lassen. Denn durch die Einteilung in vier Kategorien gehen viele Informationen verloren.

Ein weiteres generelles Problem bei der Untersuchung der Therapiestile ist, dass die Cut-Off Werte stichprobenabhängig festgelegt werden. Das erschwert die Generalisierung von Ergebnissen. Außerdem ist es kritisch anzusehen, dass auf diese Weise zwei Drittel der Stichprobe jeweils die wünschenswerte Ausprägung aufweisen. Bei der vorliegenden Studie macht sich das vor allem an den bereits

## THERAPEUTISCHES ARBEITSLEBEN

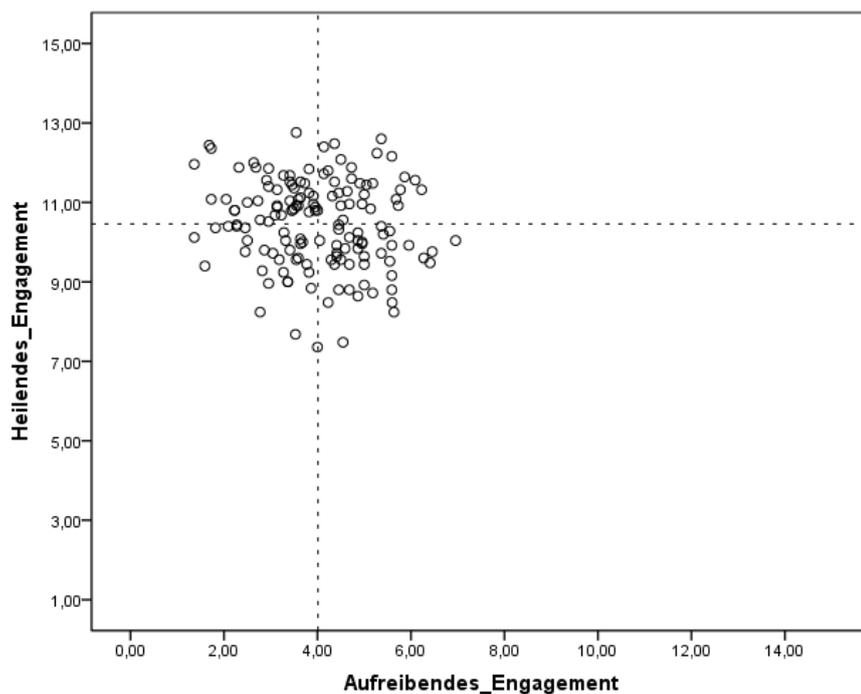
erwähnten unterschiedlichen Gruppengrößen bemerkbar. Anhand von Abbildungen 4 und 5 wird diese Problematik ersichtlich.

**Abbildung 4.** Kategoriengrenzen der vorliegenden Studie



*Abbildung 4.* Zu sehen sind die Werte der 147 Versuchspersonen der vorliegenden Studie auf den beiden Dimensionen des Arbeitslebens nach Orlinky und Ronnestad (2005). Die gestrichelten Linien entsprechen den Cut-Off Werten

**Abbildung 5** Beispiel für alternative Kategoriengrenzen



*Abbildung 5.* Zu sehen sind die Werte der 147 Versuchspersonen der vorliegenden Studie auf den beiden Dimensionen des Arbeitslebens nach Orlinky und Ronnestad (2005). Die gestrichelten Linien entsprechen dem Median.

#### **5.4 Forschungsausblick.**

Die vorliegende Arbeit hatte als Ziel zu überprüfen, was Therapeuten mit unterschiedlichem Therapiestil unterscheidet, da es sich hierbei um ein Konstrukt mit hoher Relevanz handelt.

Aus eben diesem Grund sollte in Zukunft noch mehr zu den Einflussfaktoren auf das therapeutische Erleben geforscht werden. Der größte Anteil der Befunde zu diesem Thema beschränkt sich auf korrelative Studien zu den Dimensionen heilendes und aufreibendes Arbeitsengagement. Da das therapeutische Erleben sich auf beiden Dimensionen abspielt ist es jedoch wichtig, dass der Therapiestil als Ganzes untersucht wird. Vor allem Langzeitstudien können mehr Informationen über die Entwicklung von Therapeuten und ihrem Therapiestil bringen. Ausgehend von den hohen Zusammenhängen mit der Berufserfahrung ist es wichtig zu untersuchen unter welchen Bedingungen es zu einer Verbesserung über die Zeit hinweg kommt.

Um den Einfluss von Qualitätssichernden Maßnahmen besser untersuchen zu können, ist es wichtig neben der Quantität auch die Qualität zu berücksichtigen. Befunde dazu unter welchen Bedingungen sich Supervision, Intervision und Selbsterfahrung positiv auf das Therapieerleben auswirken können einen Beitrag zur Verbesserung der Psychotherapeutenausbildung leisten. Momentan ist die Durchführung von Supervision und Selbsterfahrung sehr uneinheitlich. Es wäre interessant zu wissen, ob bestimmte Settings als andere

Die vorliegende Studie konnte einen Beitrag dazu leisten mehr über die Arbeits- und Erlebenswelt von Psychotherapeuten zu erfahren. Ausgehend von diesen Daten kann man zukünftig Antwortkategorien feiner auf die Versuchspersonen abstimmen, um mögliche Unterschiede messbar zu machen. Abschließen möchte ich die Arbeit mit einem Zitat von Parks (1996, S.12, aus dem Englischen übersetzt)

„Accounts by psychotherapists of their professional [work] suggest that the feelings they experience while practicing therapy are very important in motivating their therapeutic work and that, generally, therapists enjoy working with patients and derive a deep sense of personal satisfaction from doing therapy.“ (

## References

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review, 23*(1), 1–33.
- Aldag, A. (2014). *Supervision, Intervision und Selbsterfahrung als Implikatoren für die Weiterentwicklung intra- und interpersoneller Kompetenzen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten* (Masterarbeit). Medical School Hamburg, Hamburg.
- Auckenthaler, A. (1999). Supervision von Psychotherapie. *Psychotherapeut, 44*(3), 139–152. doi:10.1007/s002780050159
- Austin, W., Rankel, M., Kagan, L., Bergum, V., & Lemermeyer, G. (2005). To stay or to go, to speak or stay silent, to act or not to act: moral distress as experienced by psychologists. *Ethics & behavior, 15*(3), 197–212. doi:10.1207/s15327019eb1503\_1
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of consulting and clinical psychology, 75*(6), 842–852. doi:10.1037/0022-006X.75.6.842
- 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*(3), 317–331. doi:10.1080/10503300500268524
- Bartell, P. A., & Rubin, L. J. (1990). Dangerous liaisons: Sexual intimacies in supervision. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*(6), 442–450. doi:10.1037/0735-7028.21.6.442
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P., & Neufeldt, S. A. (1994). *Therapist variables*: John Wiley & Sons.
- Binder, J. L. (1993). Is it time to improve psychotherapy training? *Clinical psychology review, 13*(4), 301–318. doi:10.1016/0272-7358(93)90015-E
- Blatt, S. J., Sanislow, C. A. 3., Zuroff, D. C., & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: further analyses of data from the National

- Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1276–1284.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. doi:10.1037/h0085885
- Brown, G. S. J., Lambert, M. J., Jones, E. R., & Minami, T. (2005). Identifying highly effective psychotherapists in a managed care environment. *The American journal of managed care*, 11(8), 513–520.
- Cashwell, T. H., & Dooley, K. (2001). The Impact of Supervision on Counselor Self-Efficacy. *The Clinical Supervisor*, 20(1), 39–47. doi:10.1300/J001v20n01\_03
- Cushway, D., & Tyler, P. A. (1994). Stress and coping in clinical psychologists. *Stress Medicine*, 10. doi:10.1002/smi.2460100107
- Derksen, F., Bensing, J., Kuiper, S., van Meerendonk, M., & Lagro-Janssen, A. (2015). Empathy: what does it mean for GPs? A qualitative study. *Family practice*, 32(1), 94–100. doi:10.1093/fampra/cmu080
- Duncan, B. L., & Reese, R. J. (2012). *Empirically supported treatments, evidence based treatments, and evidence based practice. Handbook of psychology: Vol. 8.*
- Ellis, M. V., Ladany, N., Krenzel, M., & Schult, D. (1996). Clinical supervision research from 1981 to 1993: A methodological critique. *Journal of Counseling Psychology*, 43(1), 35–50. doi:10.1037/0022-0167.43.1.35
- Fothergill, A., Edwards, D., & Burnard, P. (2004). Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *The International journal of social psychiatry*, 50(1), 54–65.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference, 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Hartmann, A., Schröder, T., Orlinsky, D. E., & Zeeck, A. *Psychometric properties and application of the Therapist Work Involvement Scales: A Short form of the Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire*. Society for Psychotherapy Research. 41, Asilomar, Californien.

- Heinonen, E., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., & Knekt, P. (2012). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of affective disorders*, *138*(3), 301–312. doi:10.1016/j.jad.2012.01.023
- helgero. the-society-for-psychotherapy-research. Retrieved from <https://www.sv.uio.no/psi/personer/vit/emeritus/helgero/the-society-for-psychotherapy-research.pdf>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *48*(1), 9–16. doi:10.1037/a0022186
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, *36*(2), 223–233. doi:10.1037/0022-0167.36.2.223
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *38*(2), 139–149. doi:10.1037/0022-0167.38.2.139
- Hubble, M. A. (1999). *The heart & soul of change: What works in therapy* (1. ed.). Washington D.C. u.a.: American Psychological Association.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (Eds.). (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Jacobs, M. (2011). The aims of personal therapy in training. *Psychodynamic Practice*, *17*(4), 427–439. doi:10.1080/14753634.2011.613258
- Kämmerer, A., Kapp, F., & Rehahn-Sommer, S. (2011). Selbsterfahrung in der modernen Verhaltenstherapieausbildung. *Psychotherapeutenjournal*. (2), 146–151. Retrieved from [http://www.medhochzwei-verlag.de/fileadmin/medhochzwei/ptv/archiv/ptj\\_2011-2.pdf#page=18](http://www.medhochzwei-verlag.de/fileadmin/medhochzwei/ptv/archiv/ptj_2011-2.pdf#page=18)
- Kivlighan, D. M., & Shaughnessy, P. (1995). Analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. *Journal of Counseling Psychology*, *42*(3), 338–349. doi:10.1037/0022-0167.42.3.338
- Kramer, U., Roten, Y. d., Beretta, V., Michel, L., & Despland, J.-N. (2008). Patient's and therapist's views of early alliance building in dynamic

- psychotherapy: Patterns and relation to outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 55(1), 89–95. doi:10.1037/0022-0167.55.1.89
- Laireiter, A.-R. (Ed.). (2000). *Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis: Vol. 42. Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie: Empirische Befunde*. Tübingen: Dgvt-Verl.
- Laireiter, A.-R. (2009). Wenn wir &uuml;ber Selbsterfahrung reden, dann m&uuml;ssen wir &uuml;ber Ausbildung reden! *Verhaltenstherapie*, 19(3), 191–193. doi:10.1159/000229993
- Lambert, M. J. (1992). *Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists*: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. Aufl.). s.l.: Wiley. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=566385>
- Lambert, M. J., & Hawkins, E. J. (2001). Using Information About Patient Progress in Supervision: Are oUtcomes Enhanced? *Australian Psychologist*, 36(2), 131–138. doi:10.1080/00050060108259645
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 438–450. doi:10.1037/0022-006X.68.3.438
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52, 397–422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
- 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. doi:10.1037/0022-0167.32.4.630
- Möller, H. (2012). *Was ist gute Supervision?: Grundlagen - Merkmale - Methoden*. Kassel: Kassel Univ. Press.
- Moskowitz, S. A., & Rupert, P. A. (1983). Conflict resolution within the supervisory relationship. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14(5), 632–641. doi:10.1037/0735-7028.14.5.632

- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Hoglend, P. A., Ronnestad, M. H., & Monsen, J. T. (2015). Patient and therapist perspectives on alliance development: therapists' practice experiences as predictors. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(4), 317–327. doi:10.1002/cpp.1891
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 98–102. doi:10.1037/a0022161
- Ochs, M., Bleichhardt, G., Klasen, Jennifer, Mößner, Kathrin, Möller, H., Protz, J., & Rief, W. (2012). Mitgliederbefragung Supervision/Intervision. *Psychotherapeutenjournal*. (3), 28–35. Retrieved from [http://www.medhochzwei-verlag.de/fileadmin/medhochzwei/ptv/Dateien\\_divers/PTJ\\_3\\_2012.pdf#page=28](http://www.medhochzwei-verlag.de/fileadmin/medhochzwei/ptv/Dateien_divers/PTJ_3_2012.pdf#page=28)
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of clinical psychology*, 62(9), 1157–1172. doi:10.1002/jclp.20272
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). *Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal*. John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Ambühl, H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth* (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/direct.asp?db=pzh&jid=%22200504442%22&scope=site>
- Rawn, M. L. (1991). Training analysis and training psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 8(1), 43–57. doi:10.1037/h0079254
- Rønnestad, M. H., & Orlinsky, D. E. (2006). Therapeutische Arbeit und berufliche Entwicklung. *Psychotherapeut*, 51(4), 271–275. doi:10.1007/s00278-006-0496-8
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Proskurov, B. (2009). *Alliance, Negotiation, and Rupture Resolution*. Humana Press. Retrieved from [http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-59745-444-5\\_9/fulltext.html](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-59745-444-5_9/fulltext.html)

- Schreyögg, A. (2010). *Supervision: Ein integratives Modell* (5., erw. Aufl.). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (1992). *The evolving professional self: Stages and themes in therapist and counselor development. Wiley series on psychotherapy and counselling*. Chichester: Wiley.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore Md. u.a.: Johns Hopkins Univ. Press.
- Spence, S. H., Wilson, J., Kavanagh, D., Strong, J., & Worrall, L. (2001). Clinical Supervision in Four Mental Health Professions: A Review of the Evidence. *Behaviour Change*, 18(03), 135–155. doi:10.1375/bech.18.3.135
- Steel, C., Macdonald, J., Schroder, T., & Mellor-Clark, J. (2015). Exhausted but not cynical: burnout in therapists working within Improving Access to Psychological Therapy Services. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 24(1), 33–37. doi:10.3109/09638237.2014.971145
- Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(2), 182–196. doi:10.1037/0022-006X.63.2.182
- Steinheilber, J., Patterson, V., Cliffe, K., & Legoullon, M. (1984). An investigation of some relationships between psychotherapy supervision and patient change. *Journal of clinical psychology*, 40(6), 1346–1353. doi:10.1002/1097-4679(198411)40:6<1346::AID-JCLP2270400612>3.0.CO;2-L
- Stoltenberg, C. (1981). Approaching supervision from a developmental perspective: The counselor complexity model. *Journal of Counseling Psychology*, 28(1), 59–65. doi:10.1037/0022-0167.28.1.59
- Strotzka, H. (Ed.). (1978). *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen* (2., überarb. u. erweit. Auflage). München: Urban & Schwarzenberg.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. J. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(5), 914–923. doi:10.1037/0022-006X.73.5.914
- Whittaker, S. M. (2004). *A Multi-Vocal Synthesis of Supervisees' Anxiety and Self-Efficacy During Clinical Supervision: Meta-Analysis and Interviews*: Virginia

- Tech. Retrieved from  
<https://vtechworks.lib.vt.edu/bitstream/10919/28983/1/whittakeretd.pdf>
- 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. doi:10.1007/s002780050077
- Yourman, D. B., & Farber, B. A. (1996). Nondisclosure and distortion in psychotherapy supervision. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(4), 567–575. doi:10.1037/0033-3204.33.4.567
- Zeeck, A., Orlinsky, D. E., Hermann, S., Joos, A., Wirsching, M., Weidmann, W., & Hartmann, A. (2012). Stressful involvement in psychotherapeutic work: therapist, client and process correlates. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 22(5), 543–555. doi:10.1080/10503307.2012.683345
- Zimmer, D. (1996). Supervision in der Verhaltenstherapie. In J. Margraf (Ed.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen - Diagnostik - Verfahren - Rahmenbedingungen* (pp. 525–536). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; Imprint; Springer. doi:10.1007/978-3-662-08350-5\_37

## Anhang A



## Eigenständigkeitserklärung

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

Matrikelnummer: \_\_\_\_\_

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

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Anhang B



## 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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

	0= überhaupt nicht				3= sehr		0= 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"/>









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!