

Cierpka M, Orlinsky D, Kächele H, Buchheim P (1997) Studien über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Wer sind wir? Wo arbeiten wir? Wie helfen wir? *Psychotherapeut* 42: 269-281

Manfred Cierpka¹, David Orlinsky², Horst Kächele³, Peter Buchheim⁴

WER SIND WIR? WO ARBEITEN WIR? WIE HELFEN WIR?

Studien über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Zusammenfassung: Psychotherapie ist in den industrialisierten Ländern ein fester Bestandteil der modernen Heilkunst geworden. In diesen Gesellschaften übernehmen die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wichtige soziale und kulturelle Aufgaben. Zunächst wird deshalb der Kontext dargestellt, in dem das Wissen über Psychotherapie als Methode akkumuliert wurde. Eine Betrachtung der impliziten jedoch widersprüchlichen Perspektiven, die offenbar die Forscher über Psychotherapeuten zu haben scheinen, ist zunächst notwendig, um die Art und Weise der Fragestellungen in den Studien zu beleuchten.

Nach einer Reflexion der gesellschaftspolitischen Aufgaben der Psychotherapie geht es dann in diesem Übersichtartikels darum, die unterschiedlichen Studien über die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ihren Einfluß auf die Behandlung des Patienten zusammenzufassen. Der rote Faden ergibt sich aus der Fragestellung, welches forschungsbasierte Wissen über Psychotherapeuten auf welche Weise klinisch genutzt werden kann.

Schlüsselworte: Psychotherapie als Beruf, Psychotherapieforschung, Therapeutenvariable, Burn-out

¹ Schwerpunkt Familientherapie, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universität Göttingen

² Department of Human Development, University of Chicago

³ Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universität Ulm

⁴ Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Technischen Universität München

Wer sind wir?

Hat der alte Hexenmeister
Sich doch einmal wegbegeben!
Und nun sollen seine Geister
Auch nach meinem Willen leben.
Seine Wort' und Werke
Merkt' ich und den Brauch,
Und mit Geistesstärke
Tu' ich Wunder auch.

Erst die Meister beherrschen die Geister, heißt es bei Goethe. Auch die Psychotherapeuten tun gut daran, nicht vorschnell ihre 'Zauberkraft' auszuüben. Wir benötigen Wissen und Fertigkeiten, also ein gutes Maß an Erfahrung, die wir zunächst in der Ausbildung und dann in der Praxis erwerben. Ernsthaft wird von niemandem in der Gemeinschaft der Psychotherapeuten bestritten, daß die Praxis in diesem "unmöglichen" Beruf (Freud 1937, S. 388) viel Erfahrung erfordert. Im Gegensatz zu dieser Annahme ist die empirisch gesicherte Basis über die Zusammenhänge von Erfahrung und anderer Therapeutenvariablen mit der Praxis der Psychotherapie und damit der Behandlung der Patienten jedoch sehr schmal. Was wissen wir über die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, ihren Beruf und die Relevanz dieser Dimensionen für die Behandlung der Patienten?

1. Die soziale Einbindung der Psychotherapeuten und ihre Funktion für die Gesellschaft

Psychotherapeuten in unserem heutigen modernen Verständnis findet man in und um die größeren Städte niedergelassen, überall dort, wo die Bevölkerung einen Lebensstil pflegt, der dem gegenwärtigen technologie- und konsumorientierten globalen ökonomischen System entspricht. In vielen Ländern, besonders in Europa und in Nordamerika, trifft dies auf nahezu die gesamte Bevölkerung zu, möglicherweise mit Ausnahme jener Menschen, die in unzugänglichen Gebieten leben. In bestimmten Ländern trifft diese Feststellung vielleicht nur auf eine kleine "modernisierte" Elite zu, die z.B. in oder um eine Hauptstadt lebt. Gemeinsam ist diesen Ländern, daß es sich um urbanisierte und technologisierte Gesellschaften handelt. Was sind die soziologischen Besonderheiten dieser Gesellschaften? Welche sozialen und kulturellen Aufgaben übernehmen die Psychotherapeuten in diesen Gesellschaften?

In den urbanisierten und technologisierten Gesellschaften leben viele Menschen in den Städten, sie stützen sich auf die Technologie und die Wirtschaft, die modernen Kommunikationstechniken, die Sozialverwaltung und den Staat. Die Ökonomie wird über die unpersönliche Marktwirtschaft organisiert, sie ist konzentriert auf Industrie und Dienstleistungsbereiche. Die geforderte geographische und soziale Mobilität führt dazu, daß Gemeinden und Kommunen Auflösungserscheinungen zeigen, so daß die heutige Familie als Gemeinschaft isoliert bleibt. Dies führt oft dazu, daß die Menschen versuchen, eine eigene Privatsphäre und einen persönlichen individualisierten Lebensstil zu entwickeln, in dem sie Befriedigung, Unterstützung und ihre persönliche Wertschätzung finden können, um psychisch stabil zu bleiben. Die Kultur gilt als rational und weltlich orientiert, sie basiert auf der Wissenschaft und nicht auf tradiertem (z.B. religiösem) Glauben. Das Individuum wird in seiner Autonomie und moralischen Integrität als sich selbst verpflichtet angesehen, begrenzt eigentlich nur durch die staatlichen Rechts- und Moralvorschriften. Eine aufklärerische Sichtweise der Psyche bedeutet, daß die Seele nicht erlöst wird, sondern als verborgen gebliebenes Selbst entdeckt, entwickelt und die damit einhergehenden Sehnsüchte so weit wie möglich erfüllt werden. Die Entwicklung, der Fortschritt und die Innovation wird mehr geschätzt als Kontinuität und Tradition. Diese kulturellen Einflüsse stützen und legitimieren einen Lebensstil, die der diesseitigen, nicht der jenseitigen, Welt zugewandt ist. Individuen, die in den städtischen und technologisierten Gesellschaften aufwachsen, unterliegen insofern auch den typischen Belastungen, die von diesen sozialen Institutionen, kulturellen Norm- und Wertsystemen und Lebensstilen hervorgebracht werden. Streß entsteht durch die geographische und soziale Mobilität, den schnellen Generationswechsel, das Gefühl der Anonymität und der Unpersönlichkeit, oftmals verbunden mit dem Gefühl der Ohnmacht, das mit der Institutionalisierung und Bürokratisierung der Gesellschaft einhergeht. Der Brüchigkeit und emotionalen Bedürftigkeit in den seltenen Beziehungen steht die Sehnsucht nach Selbsterfüllung und Unterstützung durch die Sozial- und Intimpartner gegenüber. Diese konflikthaften Bedingungen führen zu Problemen im Leben, die mit emotionalem Streß und psychosomatischen Erkrankungen einhergehen (wenn psychologische oder biologische Vulnerabilitäten dazukommen), und zu Beziehungsschwierigkeiten zwischen den Paaren, Familien und im Arbeitsbereich.

Eine nicht einmal einhundert Jahre alte Psychotherapie ist eine Spezialität, die in diesen städtischen und technologisierten Gesellschaften hervorgebracht wurde, um mit Streß, Vulnerabilitäten und Krankheiten fertigzuwerden. Sie wird als Wissenschaft praktiziert, von säkularisierten wissenschaftlich ausgebildeten Profis ausgeübt, die naturwissenschaftlich begründete rationale Methoden anwenden. Die Psychotherapeuten grenzen sich ab von magischen und rituellen Heilsformen, die von Schamanen ausgeübt werden, um den bösen Geist mit Hilfe des Zaubers und der Beschwörungen auszutreiben. Während die traditionellen Völker Hilfestellung bei ihren Schamanen, Zauberern, Heilern und Hohepriestern suchen, gehen die Menschen aus den eher gebildeten, städtischen und technologiefreundlichen Schichten (natürlich nicht immer!) zu den Psychotherapeuten.

Den Beruf des Psychotherapeuten gibt es jedoch immer noch nicht. Dies hängt möglicherweise damit zusammen, daß Psychotherapie als eine Antwort auf die oben geschilderten Belastungsfaktoren sehr unterschiedliche professionelle Identitäten hervorgebracht hat. Psychotherapie wird in den verschiedensten Ländern praktiziert, oftmals als eine Spezialdisziplin der Ärzte, oder der Psychologen, Sozialarbeiter, Krankenschwestern, Erzieher, Berater und anderer Berufsgruppen (Wiseman und Zlotnick 1989).

Heute reicht das für den Laien und kaum noch übersehbare Spektrum der medizinisch orientierten Kompetenzschulung und Spezialisierung von dem Erwerb psychotherapeutischer Basiskompetenzen im Rahmen von Balintgruppenarbeit und Kenntnissen für die Psychosomatische Grundversorgung, den berufsbegleitenden Weiterbildungen für die Zusatzbezeichnungen "Psychotherapie" und "Psychoanalyse" über die neuen Gebietsbezeichnungen "Psychiatrie und Psychotherapie", "Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie" und "Psychotherapeutische Medizin" bis zum Psychoanalytiker. Integriert in das System sind die kassenärztlich lizenzierten psychologischen Psychotherapeuten. Am Rande des Systems - bislang noch nicht integriert, aber auf Integration hoffend arbeiten Angehörige verschiedener Berufe mehr oder minder intensiv psychotherapeutisch (Kächele & Buchheim 1996).

Diese Vielfalt der psychotherapeutischen Herkunftsberufe und Tätigkeitsfelder ist keinesfalls einzigartig für die BRD. In anderen westlichen Ländern, speziell in den USA, entwickelte sich eine psychoanalytisch-psychodynamische Psychiatrie (Redlich & Freedman 1966) , zugleich erwuchs eine nicht-ärztliche,

nicht psychoanalytische, behavioral oder humanistisch geprägte Psychotherapie-Profession aus den clinical psychology programs (Shakow 1969). Es kommt hinzu, daß nach Untersuchungen in den USA von Bascue and Zlotowski (1980) und Chiles et al. (1991) 80% der Patienten, die bei Psychologen in Behandlung sind, gleichzeitig Medikamente wegen ihrer Beschwerden und Probleme einnehmen. Woodward und Mitarbeiter (1993) haben daher die Aspekte der Dynamik und des Behandlungsvertrags in diesem Drei-Personen-System näher untersucht. Verhalten, Persönlichkeit und Dynamik von drei Personen (Patient - Psychotherapeut – Pharmakotherapeut) interagieren in vielfältiger Weise auf der realen Ebene und der Übertragungsebene der therapeutischen Beziehung. Daher werden zur besseren Bewältigung der Komplexität und der potentiellen Probleme in dieser Zusammenarbeit grundsätzlich häufige und ausgiebige Kontakte zwischen den an der Behandlung eines Patienten beteiligten Therapeuten empfohlen

Die gegenwärtige Auseinandersetzung in Deutschland aber auch anderenorts zwischen den Berufsgruppen, was als legitimierte Psychotherapie bezeichnet werden kann und was nicht, spiegelt insofern das noch nicht fixierte neue Berufsbild. Die Psychotherapie in der deutschen Psychiatrie ist - nach einer langjährigen nachhaltigen Ausgrenzung - auf dem Wege, ein zentraler Bestandteil der psychiatrischen Weiterbildung und Tätigkeit zu werden. 1994 wurden von der Bundesärztekammer die Richtlinien über die Inhalte der Weiterbildung für die neuen Fachärzte für "Psychiatrie und Psychotherapie" und für "Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie" gleichzeitig mit den Richtlinien für den neuen Facharzt für "Psychotherapeutische Medizin" veröffentlicht

Eine genaue Definition, was man als Psychotherapie bezeichnen soll und was nicht, erscheint dennoch gar nicht so einfach. Dies bringt für die gesetzgebenden Organe die Schwierigkeit mit sich, zu entscheiden, wer Psychotherapie praktizieren darf und wer nicht.

Die Vielfalt der Psychotherapie-Szene ist trotz aller Kritik durch den verwirrend-komplexen Gegenstand selbst konstituiert. Ob dies einen Mangel darstellt, ist mehr als diskussionsbedürftig. Es könnte durchaus sein, dass die Vielfalt psychotherapeutischer Methoden und Anwendungsfelder so wie die Vielfalt anästhesiologischer Anwendungsfelder ein Schnittstellenfach konstituieren. Deshalb sollte dieses Fach neben der Verankerung in einzelnen medizinischen Fächern auch eine eigenständige starke - wissenschaftliche und didaktische - Basis haben. So haben es auch die Fachvertreter für

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in ihrer Stellungnahme zur Lage des Faches beschrieben (Hoffmann et al 1991).

Welche Gemeinsamkeiten kennzeichnen die Psychotherapeuten in den städtischen und technologisierten Gesellschaften trotz der eben geschilderten Variationen? Die modernen Psychotherapeuten werden sozial anerkannt, sie sind autorisierte Fachleute in der psychosozialen und behavioralen Theorie und Technik. Auf dem Hintergrund dieser soziokulturellen Perspektive bieten Psychotherapeuten in drei Bereichen Hilfe an - dem sozialen, dem kulturellen und dem psychologischen Bereich. In sozialer Hinsicht stellen die Therapeuten dem Hilfesuchenden eine empathisch-unterstützende Beziehung zur Verfügung, die sich von den sonstigen Beziehungserfahrungen im persönlichen Leben des Patienten unterscheidet. Ob es nun beabsichtigt ist oder nicht, Therapeuten tragen dazu bei, daß dem isolierten Individuum das Gefühl vermittelt wird, daß die Gemeinschaft sich seiner annimmt. Dem demoralisierten Menschen wird Aufmerksamkeit und Vertrauen entgegengebracht, Ohnmacht wird in das Gefühl verwandelt, wieder etwas bewirken und etwas verändern zu können. Kulturhistorisch gesehen, stellen die Psychotherapeuten den Hilfesuchenden einen Verstehensprozeß zur Verfügung, der zum Wegweiser durch die subjektiven Erfahrungen und die Leidensprozesse in intimen Beziehungen werden kann. Darüber hinaus stellen die Therapeuten dem Hilfesuchenden ein spezielles Vokabular zur Verfügung, mit dem er seine Erfahrungen beschreiben und interpretieren kann. Psychologisch gesehen, stellen Therapeuten in der Regel bessere kognitive Beziehungs- und Selbstmanagement-Fähigkeiten zur Verfügung, auf die die Patienten in ihrem sonstigen Leben nicht zurückgreifen können. Dadurch tragen die Therapeuten dazu bei, daß das soziale Funktionieren, die persönliche Bedürfnisbefriedigung und der Umgang mit sich selbst gestärkt wird.

Unabhängig von ihrer theoretischen Orientierung scheinen sich die Therapeuten auf diese basalen Einflußfaktoren verständigt zu haben. Möglicherweise trägt dazu bei, daß Psychotherapeuten immer eine empathisch-supportive Beziehung aufbauen müssen, daß sie Theorien verwenden müssen, um Veränderungen abschätzen zu können, daß sie Fertigkeiten benützen müssen, um das persönliche Leben der Klienten oder Patienten zu verbessern, die sich an sie gewandt haben. In welchem Ausmaß ihnen die Hilfestellung gelingt, hängt nicht nur davon ab, wie begabt der Therapeut ist, welche Ressourcen der Patient hat

und welche therapeutische Methode angewandt wird. Wir meinen, daß Psychotherapeuten über die reine Anwendung der Verfahren hinaus dem Hilfesuchenden als Mensch eine besondere, therapeutische Beziehung anbieten.

2. Die unterschiedlichen Perspektiven bei der Erforschung des "Objekts" Psychotherapeut

In der Gruppe der Therapieforscher finden sich zumindest zwei Meinungen, wie mit diesem Forschungsgegenstand umgegangen werden sollte. Der vorherrschende Blickwinkel richtet sich eher an den Schulrichtungen und deren Methoden aus. Eine andere Richtung wird von der kleinen Gruppe der Psychotherapieforscher vertreten, die sich im Wesentlichen auf die Ergebnisse der psychotherapeutischen Prozeß- und Ergebnisforschung stützen.

Die Vertreter der ersten Richtung sehen die therapeutische Effizienz im Methodeninventar und in der Behandlungstechnik begründet, die in der Therapie angewandt werden. Sie meinen, daß idealerweise im Hinblick auf die Effizienz (in experimentellen Untersuchungsdesigns) und im Hinblick auf die Effektivität (in Feldstudien) eine psychotherapeutische Methode evaluiert werden muß. Die Untersuchungspläne sollten am besten nicht behandelte Kontrollgruppen (Ergebnisforschung) beinhalten und mit anderen therapeutischen Maßnahmen (vergleichende Ergebnisforschung) verglichen werden. Die effektiven sollen von den weniger effektiven Methoden unterschieden werden. Für die Zukunft wird angestrebt, eine Eingrenzung und Verbesserung von spezifischen, empirisch überprüften therapeutischen Methoden bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen zu identifizieren, die als sicher, effektiv und effizient für eine spezifische Symptomatik gelten können. Die Behandlungen sollen natürlich auch von den Institutionen des Gesundheitssystems anerkannt sein. Entsprechende Ausbildungsgänge für Kliniker müssen eingerichtet werden.

Unter dieser Perspektive muß der Therapeut in einer empirisch überprüften Behandlungsmodalität gut ausgebildet sein. Die Therapeuten sind allerdings nicht nur "Behandlungstechniker", sie müssen ja auch etwas von den zugrundeliegenden Theorien verstehen, und sie müssen diese Behandlungstheorien auch auf verschiedene Patienten in den unterschiedlichsten Situationen anwenden können. Trotzdem bleibt der Therapeut jemand, der die richtige Behandlungsmethode zur richtigen Zeit am richtigen Patienten kompetent durchführt. Die Effektivität des Therapeuten basiert auf seiner

Fähigkeit, die richtige Behandlung adäquat anzuwenden. Daraus folgt für die meisten Forscher, die diese Position unterstützen, daß sich Forschung über Psychotherapeuten darauf konzentrieren muß, mehr darüber herauszufinden, wie die Ausbildungsbedingungen gestaltet werden können, wie die geeigneten Ausbildungskandidaten besser selektiert werden können und wie die Kompetenz des Therapeuten in der jeweiligen Behandlungssituation besser gesteuert werden kann, um die Effektivität der Therapien zu steigern. Die Behandlungsprogramme müssen so gestaltet werden, daß die Fort- und Weiterbildung des Therapeuten zu neuen und verbesserten Behandlungsmethoden beiträgt (Matarazzo und Patterson 1986). Dies alles sind notwendige und nützliche Themen für die Forschung über Psychotherapeuten, aber sie sind offensichtlich sehr eng gefaßt.

Die Vertreter der anderen Richtung sind eher davon überzeugt, daß die therapeutische Effizienz mit der Qualität der Beziehung zusammenhängt, die sich zwischen dem Therapeuten und dem Patienten entwickelt. Die Betonung liegt darauf, wie der Patient die Beziehung erfährt und nicht welche Behandlungsmethode angewandt wird. Allerdings geht es um ganz besondere Qualitäten einer therapeutischen Beziehung, die vom Patienten auch als etwas Besonderes erfahren wird. Das "Besondere" ist, daß die Psychotherapeuten dem Patienten "etwas" zur Verfügung stellen, worin es dem Patienten sonst in seinem Leben eher mangelt. Dieses "etwas" kann ganz einfach moralische Unterstützung sein oder vertieftes Verständnis für seine Probleme, emotionale Rückenstärkung, eine Unterstützung, sich einer Herausforderung zu stellen, etc.. Auf jeden Fall beruht die therapeutische Effektivität auf der Fähigkeit, sich auf eine besondere, für den Patienten "maßgeschneiderte" Beziehung einzulassen. Die persönlichen Qualitäten des Therapeuten und seine Fähigkeit, einen besonderen zwischenmenschlichen Raum zu gestalten, zählen also mehr als die angewandten Behandlungstechniken.

Diese zweite Richtung verlagert den Schwerpunkt der Forschung auf die Charakteristika von Patienten und Therapeuten und ihre Kommunikation und Interaktion in den therapeutischen Sitzungen (Prozeßforschung). Seit die Möglichkeit besteht psychotherapeutische Behandlungen mit Videotechnik aufzunehmen und auch die Mimik der Interaktionspartner zu erfassen, können in der therapeutischen Dyade Blick-, Sprach- und Mimikverknüpfungen hergestellt und die dyadenspezifischen affektiven Austauschprozesse untersucht

werden (Krause 1997). So wurde von Krause und seiner Arbeitsgruppe in der Studie "Multikanale Psychotherapie-Prozeßforschung" (Krause 1989) u.a. der Frage nachgegangen, welche Relationen zwischen erinnerndem Erzählen von vergangenen Beziehungen und der aktuellen Beziehungsgestaltung in der Therapie bestehen und ob sich das Verhältnis der beiden in Abhängigkeit vom Erfolg unterscheiden würde. Ein Ergebnis war, daß in der erfolgreichen Behandlung der Therapeut diejenigen Affekte zeigte, die man beim Patienten hätte erwarten können (Merten et al. 1996, Anstadt et al 1996) .

Konsequenterweise nimmt man an, daß über den therapeutischen Prozeß mehr herausgefunden werden kann, wenn man die Arbeit der Psychotherapeuten und sie selbst untersucht, als wenn man im experimentellen Setting die Therapeuten-Variable kontrolliert und dadurch neutralisiert. Außerdem muß berücksichtigt werden, daß viele der kontrollierten Studien zwar versuchen, die "Patienten-Variablen" zu kontrollieren, die Therapeuten werden jedoch nur ausnahmsweise randomisiert den Behandlungen zugeteilt, so daß bei eher geringen Behandlungseffekten oftmals nicht sicher ausgeschlossen werden kann, ob der geringe Effekt nicht eher durch den Einfluß der Therapeuten zustande kam. Ähnlich wie bei randomisierten Kontrollgruppen-Designs die Patienten-Variablen kontrolliert werden, um etwas über weniger oder sehr erfolgreiche Therapien herauszufinden, müßten auch die differentiellen Charakteristika von Therapeuten festgehalten werden, und zwar sowohl aus der subjektiven Patienten- als auch aus der Therapeutensicht. Nur so kann man mehr Informationen darüber erhalten, was Patienten als mehr oder weniger hilfreich bei ihren Therapeuten erachten.

3. Wie Psychotherapeuten helfen: Eine Zusammenfassung der Forschung

3.1 Der Psychotherapeut als Gegenstand der Therapieforschung

Die Effektivität des Therapeuten basiert auf seiner Fähigkeit, die richtige Behandlung adäquat anzuwenden. Daraus folgt für die meisten Forscher, die diese Position unterstützen, daß sich Forschung über Psychotherapeuten darauf konzentrieren muß, mehr darüber herauszufinden, wie die Ausbildungsbedingungen gestaltet werden können, wie die geeigneten

Ausbildungskandidaten besser selektiert werden können und wie die Kompetenz des Therapeuten in der jeweiligen Behandlungssituation besser gesteuert werden kann, um die Effektivität der Therapeuten zu steigern.

Beutler et al. (1994) geben einen Überblick über die empirische Untersuchung von Therapeuten-Variablen. In ihrer zwei-dimensionalen Taxonomie (S. 231) lassen sich extratherapeutische von therapiespezifischen Merkmalen unterscheiden. Extratherapeutische Merkmale sind Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, sozio-ökonomischer Status, die als vorgegebene Bedingungen des Therapeuten aufzufassen und auch als Merkmale gut zu objektivieren sind. Als zu erschließende Merkmale finden sich diskrete Persönlichkeitsmerkmale, emotionales Wohlbefinden, Einstellungen und Überzeugungen. Dieser Gruppe von Merkmalen stehen Charakteristika gegenüber, die sich durch die Zugehörigkeit der Therapierichtung kennzeichnen lassen wie z.B. der berufliche Werdegang, der therapeutische Stil und die therapeutischen Interventionen. Beziehungsfähigkeit und Erwartungen des Therapeuten an den Patienten gehören zu dem stärker erschlossenen Kennzeichen dieses Feldes.

Objektive, situationsübergreifende Merkmale

- # Alter
- # Geschlecht
- # Ethnizität

Subjektive, situationsübergreifende Merkmale

- # Persönlichkeit und Bewältigungs-Stile
- # emotionales Wohlbefinden
- # Werte, Haltungen und Überzeugungen
- # kulturelle Muster

Subjektive, therapiespezifische Zustände

- # Therapeutische Beziehung
- # Sozial vermittelte Haltungen
- # Erwartungsmuster
- # Therapeutische Orientierung

Objektive, therapiespezifische Zustände

- # beruflicher Hintergrund
- # Kurztherapie
- # Kinder
- # Art der Behandlung x Problem
- # Beruf
- # Erfahrung

Tab. 1 Taxonomie der Therapeuten-Merkmale (Beutler et al. 1994)

Anhand einer solchen Taxonomie wird deutlich, daß die Persönlichkeit des Therapeuten nur als eine Komponente unter vielen anderen betrachtet werden muß, die die komplexe Tätigkeit des Psychotherapeuten bestimmen. Die einschlägige empirische Literatur zu dem Thema der Persönlichkeit - in Abgrenzung zu den berufsrollen-spezifischen Merkmalen - ist überschaubar. Das Interesse, das der Persönlichkeit des Therapeuten als einer Bedingung für günstige Behandlungsverläufe entgegengebracht wird, hat sich allerdings in der Therapieforschung angesichts der vielfältig nachgewiesenen Bedeutung anderer Beziehungs- und Technikfaktoren sehr abgeschwächt.

Der einzige Bereich, in dem weiter nach persönlichkeitsstypischen Merkmalen gefahndet wird, betrifft das sog. Matching von Therapeut und Patient. So konnte im groß angelegten Indiana Matching Project (Berzins 1977) gezeigt werden, daß Therapeuten, die mit abhängigkeits-orientierten, submissiven und gehemmten Patienten erfolgreich waren, jene waren, die sich selbst als autonomie - orientiert, dominierend und individualistisch beschrieben. In der umgekehrten Konstellation ließ sich der gleiche Befund erheben. Dieses Ergebnis erinnert an die in Gießen durchgeführten Untersuchungen zu diagnostischen Urteilsstereotypen in psychoanalytischen Erstinterviews, bei denen ebenfalls eine Reziprozität zwischen Persönlichkeitsstruktur des Interviewers und der von ihm bevorzugten Patientenstrukturen gefunden wurde (s.d. den instruktiven Rückblick von Beckmann 1988).

Zusammenfassend läßt sich aufgrund der 1994 neu aktualisierten Übersicht von Beutler und Mitarbeitern sagen, daß die vorliegende empirische Literatur zum Einfluß der Persönlichkeit auf den Verlauf von Psychotherapie keine konkreten Schlußfolgerungen zuläßt, insofern hat die bisherige Forschung die Bedeutung eines ganzheitlichen Konzeptes der "Persönlichkeit des Psychotherapeuten" für den Verlauf und Ergebnis von Psychotherapie erheblich relativiert (Kächele 1992). Es könnte sein, daß sich eine gewisse Ähnlichkeit zwischen Therapeut und Patient sowohl im Alter, im Geschlecht und der ethnischen Zugehörigkeit im Hinblick auf die Drop-out Rate der Patienten als günstig darstellt; hier wiederum fördert eine gewisse Unähnlichkeit in bestimmten interpersonellen und kognitiven Stilen den Therapieprozess und bestimmt das Ergebnis mit.

Diese Zusammenhänge sind jedoch nur schwach, und es erscheint unwahrscheinlich, daß sie für einen Großteil der erwünschten Veränderungen verantwortlich sind.

Die Untersuchung anderer Therapeutenvariablen scheint für das Erreichen von guten psychotherapeutischen Ergebnissen ergiebiger zu sein. Das persönliche Wohlergehen des Therapeuten, seine soziale Haltung, seine Erwartungen und seine psychotherapeutische Kompetenz erweisen sich in einigen Studien als konsistente und bedeutsamere Variablen für den Behandlungserfolg. Vielfältige Facetten der vom Therapeuten zu realisierenden Berufsrolle können konzipiert werden, die sich auf die Gestaltung der therapeutischen Situation und Beziehung auswirken. Subjektive und objektive rollenspezifische Merkmale interagieren mit den Faktoren der Behandlungstechnik: die Applikation eines jeden Mittels geschieht durch die Person des Therapeuten jeweils im Medium der vorherrschenden therapeutischen Beziehung.

Die Wirkmächtigkeit der therapeutisch-hilfreichen Beziehung - in 24 meta-analytischen Studien aufgearbeitet und zusammengefasst von Horvath & Symonds (1991) - fällt besonders in den Verantwortungsbereich des Therapeuten. Hier ist der Ort, wo ein starkes Interesse für Menschen in Kombination mit einem humanitären Bedürfnis, anderen Menschen bei ihren psychischen Problemen zu helfen, als allgemeine Merkmale einer Psychotherapeutenpersönlichkeit lokalisiert werden können (Garfield 1982, S.69).

Die spezifischen Wirkungen der verschiedenen Therapiemethoden zeigen spezifische Veränderungen (Grawe 1981). Die methodenspezifische Instrumentalisierung läßt sich empirisch belegen. Psychoanalytisch orientierte Therapeuten fokussieren erwartungsgemäß stärker auf Kindheitserfahrungen. Die Übertragungsdeutungen sind tatsächlich ein Markenzeichen des Psychoanalytikers (Piper et al. 1991). Im Vergleich hierzu sind Vertreter der psychodynamisch-interpersonellen Therapieformen, die von Sullivan u.a. herkommen, bereits von der Betonung der Kindheitserfahrungen abgerückt und beschreiben sich als persönlich deutlich mehr engagiert und aktiver als Analytiker (Strupp & Binder 1991). Kognitiv-behaviorale Therapeuten verwenden ein relativ stark strukturiertes Vorgehen; Fragen und Klarifikationen sind ihre hauptsächlichsten spezifischen Instrumente, im Versuch dem Patienten eine Problemlösungsstrategie nahe zu bringen. Dem Patienten einen gezielten Erwerb einer Wissensbasis über das symptomatische Verhalten zu vermitteln, gilt ihnen mehr als die von Analytikern favorisierte Wiederbelebung vorwiegend emotional geprägter Erlebensmuster. Das Feld verhaltenstherapeutischer Techniken hat sich zwar in eine

Vielzahl einzelner Prozeduren aufgelöst, so daß kaum mehr von einer homogenen Technik gesprochen werden kann; trotzdem bleibt charakteristisch, daß die spezifischen Techniken der Verhaltenstherapie direkter als andere Therapieverfahren auf das unmittelbar beobachtbare Verhalten einzuwirken versuchen. Empirische Belege zeigen, daß eine therapeutische Beziehung auch in einem verhaltensorientierten Rahmen wesentlich zur Verhaltensänderung beiträgt. Die relativ späte "Entdeckung" des Widerstandes in der Verhaltenstherapie und seine Anerkennung trägt dem nun Rechnung. Wenn "Widerstand" zum großen Teil daraus resultiert, daß ein Patient mit begrenzter Flexibilität sich nicht auf ein gegebenes Angebot einstellen kann, dann ist es am Therapeuten, dem Patienten ein Angebot zu machen, das dessen Möglichkeiten entspricht (Caspar, 1982, S. 454).

Ambühl et al. (1995) konnten in einer Studie zeigen, daß das Festhalten an der theoretischen Orientierung einen erheblichen Einfluß auf die formulierten Therapieziele hat. Viele der untersuchten Therapeuten neigen allerdings dazu, mindestens zwei Therapierichtungen zu verfolgen und in der Praxis zu verwenden. Dieses Interesse an der Integration scheint auch mit der klinischen Erfahrung zuzunehmen (Cierpka et al. 1993b).

Ergebnisse der empirischen Therapieforschung müssen stets in den klinischen Alltag rückübersetzt werden. Am deutlichsten zeigen diese die Ergebnisse, die mit der Einführung manualisierter Therapieformen gewonnen werden konnten. Zwar konnte belegt werden, daß durch manual-gesteuerte Therapie die Variabilität der Ergebnisse, die durch unterschiedliche Therapeuten-Kompetenz entsteht, verringert werden kann (Crits-Christoph et al. 1991), aber zugleich zeigen die Ergebnisse des Vanderbilt II-Projektes, daß der Gewinn an technischer Kompetenz durch einen Verlust an therapeutischem Geschick und Unterstützungsbereitschaft bezahlt werden muß (Henry et al. 1993).

3.2 Die Passung zwischen Therapeut und Patient

In den Überlegungen über die Funktionen des Behandlungsmodells des Therapeuten spielt nicht nur die Erkrankung des Patienten sondern auch das Behandlungsmodell des Therapeuten eine entscheidende Rolle (Orlinsky 1994). Dazu kommt eine dritte Variable, die er als Passung zwischen Behandlungsmodell und Erkrankung bezeichnet. Das Wesentliche in seinem Passungsmodell ist die Verschränkung zwischen dem Behandlungsmodell des Therapeuten und der Erkrankung des Patienten und die Verschränkung therapiebezogener Merkmale auf einer anderen Ebene. Passungen ergeben sich

so zwischen dem Behandlungsmodell und der Erkrankung des Patienten, zwischen der therapeutischen Beziehung, die vom Therapeuten angestrebt wird und vom Patienten angeboten wird und auch im Konsens zwischen Kooperation zwischen Patient und Therapeut im Hinblick auf die Therapieziele und die damit einhergehenden Aufgaben. Eine Übereinstimmung in der Sichtweise der Erkrankung zwischen Patienten und Therapeut kann als weitere Passung bezeichnet werden.

Diese Kriterien der Passung sind maßgebend, ob es zu so etwas wie einem "fit" zwischen Therapeut und Patient kommen kann. Es hilft den Therapeuten nicht, wenn sie sich an dieser Stelle etwas vormachen: jeder Therapeut fühlt sich zwangsläufig mit einigen Behandlungskonzepten wohler bzw. besser aufgehoben als mit anderen, auch wenn man berücksichtigt, daß einige mit einem breiteren Spektrum von Konzepten arbeiten können als andere. Gute Therapeuten müssen nicht nur herausfinden, was sie gut können, sondern auch, was sie weniger gut können. Dazu ist ein Wissen über ihre eigene Persönlichkeit, über ihr eigenes philosophisches Menschenbild notwendig, damit sie lernen können, mit welchen Patienten sie besonders gut und mit welchen sie besonders schlecht arbeiten können. Persönliche und berufliche Entwicklungen der Therapeuten sind gefordert, um dieses Spektrum der Behandlungsmodelle für die Probleme der Patienten zu erweitern. Strupp (1955) konnte z.B. zeigen, daß die eigene analytische Selbsterfahrung zu einem unterschiedlichen behandlungstechnischen Umgang mit experimentell gesetzten bedrohlichen Situationen führt.

"Therapeuten, die von vielen Lehrmeistern lernen, können ihnen passend erscheinende Behandlungsmodelle integrieren, indem sie eine tiefgreifende menschliche Einfühlsamkeit entwickeln, die allen guten Therapeuten gemein ist" (Orlinsky 1994 S.7).

Wie sich Psychotherapeuten persönlich und beruflich entwickeln

Theoretische Vorüberlegungen führten bei Skovholt und Roennestad (1992) zu einem forschungsbasierten Modell über Entwicklung, das über die gesamte professionelle Lebensspanne hin formuliert werden konnte. In semistrukturierten Interviews mit 100 Psychotherapeuten konnten sie mit qualitativen Methoden Themen herausarbeiten, die offensichtlich in verschiedenen Stufen der beruflichen Entwicklung von Therapeuten mehr oder weniger relevant sind. Die gewonnenen Daten aus den semistrukturierten Interviews wurden innerhalb der Forschungsgruppe diskutiert und zu Kategorien weiterentwickelt und den

entsprechenden Themen zugeordnet. Zwei Jahre nach Forschungsbeginn wurden diese Themen, die persönlich für jeden einzelnen der Psychotherapeuten herausgearbeitet wurden, mit den Therapeuten selbst noch einmal durchgesprochen. Für die Differenzierung von Stufen stellten sich die folgenden Themen als relevant heraus: Zentrale Aufgabe, Vorherrschender Affekt, Wesentliche Einflußfaktoren, Rollenverhalten und Arbeitsstil, Konzeptbildungen, Lernprozeß, Maße für die Effektivität und die eigene Zufriedenheit

Acht Kohorten ließen sich dann bilden, die durch unterschiedliche "Entwicklungsziele" charakterisiert werden können. Diese Stufen kennzeichnen die Autoren mit den Begriffen der Identitätsentwicklung: *Imitation der Technik von Experten zu Beginn der Ausbildung, eingeschränkte Autonomie, Erkundungsstufe, Integration, Individuation, Professionelles Selbst*. Die Anfänger werden als lernend am Modell, in der fortgeschrittenen Stufe nach Identifizierungsmöglichkeiten suchend beschrieben, die weiter fortgeschrittenen Ausbildungsteilnehmer integrieren ihr Wissen mit ihrer Erfahrung, nach der Ausbildung bildet sich der eigene therapeutische Stil heraus, die 'master-Therapeuten' - die Zaubermeister in Goethes Gedicht - verfügen über erfahrungsbasiertes klinisches Wissen, verbunden mit realitätsgerechter Selbstakzeptanz. Insofern können die Forscher in ihrem Stufenmodell zeigen, daß bestimmte Entwicklungslinien bestehen und sich Entwicklung in Stufen vollzieht.

Die ansteigenden Stufen symbolisieren ein aufeinander Aufbauen und eine Integration von Theorie und Praxis. Mit zunehmender Erfahrung wird der persönliche Stil gefunden. Ronnestadt und Skovholt sprechen von einem Professionellen Selbst, das erreicht wird, wenn die therapeutische Identität durch eine Integration der persönlichen und professionellen Entwicklung sich entwickeln konnte.

In diesem Stufenplan sind beim Übergang von der theoretischen Wissensvermittlung zu den ersten Patientenkontakten und von der Ausbildungssituation in die berufliche Praxis Krisensituationen zu erwarten (Cierpka 1993). Ausbildungsinstitute sollten darauf vorbereitet sein.

Die Internationale Studie zur Entwicklung der Psychotherapeuten

Etwa 20 Kliniker und Forscher schlossen sich 1989 zusammen, um die persönliche und berufliche Entwicklung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten systematisch zu untersuchen. Diese Gruppe von Mitgliedern der *Society for Psychotherapy Research (SPR)* gründete das *Collaborative*

Research Network (CRN) mit dem Ziel, eine *Internationale Studie zur Entwicklung von Psychotherapeuten (ISDP)* durchzuführen. Die Entstehungsgeschichte und die Fragestellungen der Studie wurden im deutschsprachigen Raum von Ambühl (1994) dargestellt.

Das Hauptanliegen dieser Studie besteht darin, die persönliche Entwicklung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihrer professionellen Rolle zu studieren. Die ISDP verfolgt drei Hauptziele: Das erste und grundlegendste Ziel der Studie bezieht sich auf die Frage, wie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verschiedene Aspekte der "Entwicklung" erleben und diese sich in ihrer Tätigkeit manifestieren. Ein zweites Ziel besteht im Vergleich psychotherapeutischer Entwicklung zwischen unterschiedlichen beruflichen Disziplinen, zwischen verschiedenen theoretischen Orientierungen und zwischen nationalen und kulturellen Bedingungen. Und drittens soll untersucht werden, welche Einflüsse sich aus den verschiedenen Bereichen der Ausbildung, der Arbeit und den persönlichen Erfahrungen auf die Entwicklung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten begünstigend, anregend oder gelegentlich auch hindernd auswirken. Die ISDP soll die Entwicklung über den ganzen Zeitraum der beruflichen Erfahrung erfassen, also das gesamte Spektrum vom Ausbildungsteilnehmer bis zum erfahrenen Therapeuten. In Anbetracht der überraschenden Vielfalt verschiedener institutioneller Formen und Traditionen in den verschiedenen Kulturen und Ländern (vgl. Orlinsky et al. 1989) wurden die Begriffe "Psychotherapeut" und "Psychotherapie" sehr weit gefaßt, um alle relevanten Praktiker und Praxisformen miteinzubeziehen. Unter "Psychotherapeut" werden die ausgebildeten Mitglieder von sozial anerkannten Berufen in den jeweiligen Staaten verstanden, die psychotherapeutisch tätig sind. "Psychotherapie" beinhaltet derzeit anerkannte psychosoziale Behandlungen für persönliche Probleme, funktionale Symptome und emotionale Not. Diese Behandlungen basieren auf verschiedenen theoretischen Orientierungen und können in verschiedensten Settings durchgeführt werden.

Als Instrument zur Erfassung der persönlichen und beruflichen Entwicklung wurde der sog. "Common Core Questionnaire (CCQ)" - zu deutsch: Basisfragebogen entwickelt. Der Basisfragebogen enthält 400 Items, wobei die allermeisten anhand von Antwortvorgaben und Ratings eingeschätzt werden. Aus der nahezu unüberschaubaren Anzahl interessierender Aspekte der Entwicklung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurden neun Bereiche herausgearbeitet:

1. Berufliche Ausbildung: Berufsbezeichnung, Ausbildung und Tätigkeit (z.B. Psychiater, Psychologe, Psychoanalytiker, Psychotherapeut, Sozialarbeiter); Art, Dauer und Schwerpunkt der psychotherapeutischen Weiterbildung (z.B. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Familien-

oder Gruppentherapie). 2. Praktische Berufserfahrung: Art und Dauer der psychotherapeutischen Berufserfahrung in verschiedenen Settings (z.B. in stationären oder ambulanten Einrichtungen), in Bezug auf die Modalität (z.B. Einzel-, Paar-, Familien- oder Gruppentherapie) und die Altersgruppe der behandelten Patienten. 3. Entwicklung als Therapeut insgesamt: Einschätzung der persönlichen Entwicklung als Psychotherapeut unter Berücksichtigung der anfänglichen und derzeitigen therapeutischen Fähigkeiten, der primären theoretischen Orientierungen (psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch, kognitiv, humanistisch, systemorientiert) einschließlich der Einflüsse auf die Entwicklung durch die Formen der Weiterbildung (z.B. Therapieerfahrung, formelle Supervision, Teilnahme an didaktischen Kursen und Seminaren, persönliche Therapie, eigene Lebenserfahrung). 4. Eigene Therapieerfahrungen: Grundsätzliche Einstellung zum Wert von Selbsterfahrung und zu früheren und derzeitigen Erfahrungen in persönlicher Therapie, Analyse oder Beratung. 5. Theoretische Orientierung: Fragen nach den theoretischen Konzepten, auf denen die derzeitige therapeutische Tätigkeit basiert, nach den therapeutischen Zielen und den Idealvorstellungen von der eigenen therapeutischen Haltung gegenüber Patienten. 6. Gegenwärtige Entwicklung als Therapeut: Fragen zum gegenwärtigen Entwicklungsstand und zu den positiven und negativen Einflüssen von Fort- und Weiterbildung auf die laufende Entwicklung. 7. Derzeitige therapeutische Praxis: Anzahl Therapiestunden in verschiedenen therapeutischen Settings (z.B. in stationärer oder ambulanter Einrichtung), Zufriedenheit, Kontrolle und Unterstützung im Arbeitsfeld, Burn-Out; Anzahl Fälle in verschiedenen Modalitäten (Einzel-, Paar-, Familien-, Gruppentherapie), Altersverteilung und Störungsgrad der behandelten Patienten sowie Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit. 8. Wahrgenommene Qualität der therapeutischen Arbeit: Beurteilung der laufenden therapeutischen Tätigkeit mit Augenmerk auf die Schwierigkeiten in der therapeutischen Arbeit und deren Bewältigung, Handhabung des therapeutischen Rahmens, Selbstwahrnehmung als TherapeutIn sowie Stärken und Schwächen als TherapeutIn. 9. Zur Person: Charakterisierung durch Angaben zur Person, Lebenssituation, zur Befriedigung und Belastung im Leben, zum Selbstkonzept und zu Einstellung und Verhalten in engen zwischenmenschlichen Beziehungen.

"Entwicklung" wird in der Studie mittels vier, konzeptuell aufeinander bezogener Variablen erfaßt, die unabhängig voneinander operationalisiert werden. Es wird unterschieden zwischen der derzeit erlebten Entwicklung, der retrospektiv konstruierten Entwicklung, der komparativen Kohortenentwicklung und der individuellen longitudinalen Entwicklung. Während die ersten drei Aspekte mit dem Basisfragebogen erfaßt werden, beinhaltet die longitudinale Entwicklung die Erfassung von Veränderungen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Zeitverlauf, die anhand eines verkürzten Fragebogens (LID) erfaßt wird.

Der Basisfragebogen wurde bisher in zwölf Sprachen übersetzt, weitere Übersetzungen sind in Bearbeitung. In zirka zwanzig Staaten werden derzeit Daten von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gesammelt. Für die Dateneingabe steht ein Manual zur Verfügung, das gewährleisten soll, daß die Daten korrekt und überall in derselben Weise eingegeben werden. Der

gemeinsame CRN-Datenpool, in den sämtliche erhobenen Daten gelangen, umfaßt derzeit (Juni 1997) Daten von 3000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Zur Zeit sind verschiedene Publikationen im Druck, in denen der Hintergrund der Studie, der Forschungsplan und die Evaluation des Fragebogens beschrieben werden (Orlinsky et al., im Druck). Zwei Originalarbeiten in diesem Heft (Ambühl et al., Willutzki et al.) zu diesem Thema stammen aus dem CRN und basieren auf dem ISDP-Datensatz. Die folgenden Fragestellungen wurden bislang in der Studie untersucht:

1. Wer übt mit welcher Ausbildung, welcher beruflichen Identität und welchem theoretischen Hintergrund in den verschiedenen Ländern und Kulturen eine sozial anerkannte psychotherapeutische Tätigkeit aus?

Es gibt weltweit keine einheitliche Profession der Psychotherapie. Während Anwälte durch die Anwaltskammer, Ärzte durch die Ärztekammer vertreten werden, wird die Psychotherapie - wie Henry et al. (1971) schon vor vielen Jahren festgestellt haben - immer als Teilgebiet bestimmter Berufe (der Ärzte, Psychologen, Pastoren, Sozialarbeiter, Schamanen, etc.) praktiziert. Mit diesen verschiedenen Berufsbildern geht auch ein differenziertes Verständnis der psychosozialen bzw. psychosomatischen Erkrankungen einher. Dementsprechend groß ist die Unterschiedlichkeit in der Konzeption der psychotherapeutischen Heilkunst, in den beruflichen Qualifikationen, in der Zertifizierung der Ausbildung, in den Praxisbedingungen einschließlich der Vergütung der psychotherapeutischen Tätigkeit.

In einer Studie (Cierpka et al. 1993a) wurden französische Psychotherapeuten und Psychoanalytiker mit deutschen Psychotherapeuten und Psychoanalytikern im Hinblick auf ihre psychotherapeutischen Praxisbedingungen verglichen. Es stellten sich erhebliche Unterschiede in den Arbeitsbedingungen, in den Behandlungsmodalitäten und auch in den Charakteristika der behandelten Patienten dar. Nationale Reglementierungen, institutionelle Bedingungen und Interessen prägen ganz wesentlich die psychotherapeutische und psychoanalytische Praxis. In dieser Arbeit kamen die Autoren - in Anlehnung an Kurzweil (1989, S. 1) - zu dem Schluß, daß es offensichtlich so ist, daß jedes Land sich seine Psychotherapie schafft, die es für seine spezifischen Bedingungen auch benötigt. Die in der Einführung dieser Arbeit formulierte Einbettung der Psychotherapie in den soziokulturellen und gesellschaftlichen Kontext reflektiert sich in diesen statistischen Ergebnissen.

Die Psychotherapeuten sind sich dieser Unterschiedlichkeit in den äußeren Parametern wenig bewußt. Orlinsky et al. (1996) sprechen von einer "pluralistischen Ignoranz" und meinen damit, daß die Therapeuten das Berufsbild innerhalb der Landesgrenzen zwar kennen, über die Landesgrenzen hinaus jedoch eine bemerkenswerte Unkenntnis über die internationalen Unterschiede zeigen.

2. Wie und in welchem Ausmaß entwickeln sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Laufe ihrer beruflichen Karriere?

In der Regel dauert die berufliche Entwicklung von Psychotherapeuten - genau so wie ihre persönliche Entwicklung - ein Leben lang an. Eine systematische Studie (Orlinsky et.al. 1997) auf der Basis des internationalen erhobenen Datensatzes von über 2.300 CCQ-Fragebögen zeigt, daß sich diese Entwicklung in verschiedenen Dimensionen vollzieht. Psychotherapeuten, die am Anfang ihrer Ausbildung stehen, berichten genau so wie sehr erfahrene Psychotherapeuten, die bereits bis zu 40 Jahren Berufserfahrung haben, über eine ständige Entwicklung in ihrer Berufsausübung aber auch in ihrer Motivation für weiteres Wachstum. Diese Aufrechterhaltung der positiven Arbeitsmoral erscheint notwendig, um mit Patienten immer wieder neue therapeutische Arbeitsbündnisse eingehen zu können und bei ihnen Hoffnung auf Veränderungen ihres Leidens auszulösen. Eine zweite Dimension stellen die therapeutischen Fertigkeiten dar. Psychotherapeuten, die am Anfang ihrer Ausbildung stehen, berichten einen besonders hohen Zugewinn an therapeutischen Fertigkeiten, während sehr erfahrene Therapeuten eher einen bescheideneren Zuwachs angeben. Genau umgekehrt verhält es sich bei der dritten Dimension, dem Überschreiten der persönlichen Einschränkungen, denen jeder Therapeut unterliegt. Obwohl sich gerade die weniger erfahrenen Psychotherapeuten ihrer "blinden Flecken" besonders bewußt zu sein scheinen, berichten auch noch sehr erfahrene Therapeuten über persönliche Einschränkungen im Umgang mit dem Patienten. In diesem Zusammenhang bot es sich auch an, die Schwierigkeiten und Bewältigungsstrategien in der psychotherapeutischen Arbeit eingehender zu untersuchen. Schröder (1997) kommt in seiner Studie zu einer 3-Faktoren-Lösung, wenn er alle Fragen einer Schwierigkeitskala zugrunde legt, die mit dem Entwicklungsstand von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Zusammenhang stehen könnten. Im Faktor 1 "Der schlechte Therapeut" werden die Schwierigkeiten eher den Therapeuten selbst zugeordnet. Diese Schwierigkeiten reflektieren die

Selbstzweifel der Therapeuten. Im Faktor 2 "Der schlechte Patient" werden die Patientinnen und Patienten für die Schwierigkeiten der Therapeuten verantwortlich gemacht. Im Faktor 3 "Die schlechte Welt" sind Schwierigkeiten aufgeführt, die ganz offensichtlich mit äußeren Umständen und Realitäten sowohl der Therapeuten als auch der Patienten zu tun haben. Diese Schwierigkeiten fordern von den Therapeuten Bewältigungsstrategien, was sich wiederum als Herausforderung für ihre persönliche und berufliche Entwicklung darstellt.

3. Gibt es Gemeinsamkeiten in der Entwicklung verschiedener Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder verläuft diese unterschiedlich je nach beruflichem-, theoretischem- oder kulturellem Hintergrund?

Auf die Frage "Wie möchten Sie in Ihrer therapeutischen Arbeit idealerweise sein?" nannten die überwiegende Mehrheit der international erhobenen Stichprobe von über 2300 Therapeuten der verschiedensten Schulen den Wunsch "akzeptiert (97 %), engagiert, tolerant, warmherzig (alle 91 %) und intuitiv (86 %) sein zu wollen (Orlinsky et al. 1996). Dieselben Psychotherapeuten beurteilen sich im Durchschnitt hinsichtlich der Art ihres tatsächlichen therapeutischen Stils mit ihren Patienten und sogar in ihren persönlichen Beziehungen nahezu exakt ebenso positiv: also akzeptierend (97 %), engagiert (91 %), tolerant (90 %), involviert und warmherzig (88 %). Es besteht also kaum eine nennenswerte Diskrepanz in der Einschätzung zentraler Dimensionen von idealem Selbstbild und realem Beziehungsverhalten im beruflichen und im persönlichen Bereich. Orlinsky et al. (1996) berechneten Faktoren-Analysen für die Skalen des idealen und tatsächlichen Beziehungsstils im Umgang mit Patienten. Sie fanden drei Dimensionen für den tatsächlichen Beziehungsstil (die 56 % der Varianz aufklären) und drei sehr ähnliche Dimensionen für den idealen Beziehungsstil (die insgesamt 52 % der Varianz aufklären). Der erste Faktor repräsentiert jeweils eine grundsätzliche therapeutische Haltung der Akzeptanz, der zweite ein gefühltes Engagement und der dritte ein Gefühl der Effizienz. Wenn es den Psychotherapeuten allgemein mehr oder weniger gelingt, sich in dieser Weise gegenüber ihren Patienten zu verhalten, stellt sich natürlich die Frage, welche Konsequenzen dies für den Behandlungsprozeß und das Ergebnis der Psychotherapie haben könnte.

In Anlehnung an das Konzept des interpersonellen Verhaltens (vgl. Leary 1957; Benjamin 1974; Carson 1969) darf angenommen werden, daß die bei den Therapeuten konstatierten Beziehungsstile komplementäres Beziehungsverhalten

bei den Patienten hervorrufen, sofern sie positiv unterstützendes Verhalten kennzeichnen. Die engagierte, warmherzig, akzeptierende Haltung in der Beziehung der Therapeuten zu den Patienten kann als eine "Art archimedischer Hebel" bezeichnet werden, der das Verhalten des Patienten auf positives Annäherungsverhalten ändern kann (Orlinsky et al. 1996, S. 109). Ein solches interpersonelles Verhaltensmuster von Therapeuten, das bei den Patienten im Sinne der Passungsdynamik reziproke Unterstützung hervorruft und verstärkt, trägt deutlich zur Entwicklung einer positiven therapeutischen Beziehung bei. Über das Schaffen der Arbeitsbeziehung hinaus werden jedoch auch allgemeinere Bedürfnisse des Patienten nach Nähe, Sicherheit und Vertrauen befriedigt. Außerdem stellt der Therapeut durch sein Beziehungsverhalten ein Modell dar, mit dem sich der Patient mehr oder weniger bewußt identifizieren kann. Wenn es den Patienten gelingt, dieses Modell zu "introjizieren", haben sie möglicherweise eine Alternative für ihr manchmal durchgängig feindseliges oder stark defensives Verhalten in Beziehungen.

Von Rad (1996) bewertet diese mangelnde Diskrepanz skeptisch. Er weist auf die vielen burn-out-Phantasien der Therapeuten hin, ihre wenig ansteckende Lebensfreude oder Fröhlichkeit, die ebenfalls zu konstatieren sei. Wie viele dieser im Selbstbericht angegebenen persönlichen Beziehungsstile sind also als Idealbild zu sehen, das in der Realität keinesweg erreicht wird? Gespannt darf man hier auf Einschätzungen von Fremdbeurteilern sein, die sicher bei der Einschätzung des persönlichen Beziehungsstils von Therapeuten zu unterschiedlichen Antworten kommen als diese selbst. Solche Studien, die Selbst- und Fremdurteil miteinander vergleichen, stehen bislang aus.

4. Welchen Einfluß haben Ausbildung, berufliche Tätigkeit, klinische und persönliche Erfahrungen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf die wahrgenommene Entwicklung?

Psychotherapeuten gehen in der Mehrzahl davon aus, daß sie mit zunehmender Erfahrung den Wünschen ihrer Patienten nach therapeutisch induzierter Veränderung immer mehr entsprechen können. Die empirisch gewonnen Ergebnisse unterstützen diesen Eindruck nicht. In dem Handbuchartikel von Beutler et al. (1994) zu diesem Thema wird darauf hingewiesen, daß die aus den Metaanalysen von Smith et al. (1980) und Prioleau et al. (1983) entnommenen Befunde, den Einfluß der klinischen Erfahrung der Therapeuten auf das Behandlungsergebnis als relativ gering ("moderate") anzeigen. Die Autoren des Handbuchartikels bleiben skeptisch gegenüber diesem Ergebnis, sie sehen hier

eher methodische Probleme bei der Erfassung der Variable in den zugrundeliegenden Studien. Dies fordert zu einer gründlichen Erforschung des Wirkfaktors "Erfahrung der Therapeuten" heraus. Die Ergebnisse der ISDP deuten darauf hin, daß "Erfahrung" am besten "in Jahren klinischer Tätigkeit" zu operationalisieren ist.

Das nächste gemeinsame Vorhaben der Gruppe besteht darin, anhand der CRN-Daten die wichtigsten Therapeutenvariablen in ihrer Komplexität zu beschreiben, mit dem Ziel, für künftige Psychotherapiestudien Vorgaben zur adäquaten Erfassung und Beschreibung des Therapeuten zu machen. Damit soll gewährleistet werden, daß diesen bislang vernachlässigten Variablen in Zukunft die adäquate Bedeutung beigemessen wird.

4. Diskussion

In der Erfolgsforschung konnte eindrucksvoll demonstriert werden, daß Psychotherapie für viele Behandlungsformen wirksam ist (Orlinsky et al. 1994). Hingegen tut sich die Psychotherapieforschung immer noch schwer, eindeutige Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen den verschiedenen Psychotherapieformen aufzuzeigen, obwohl große Anstrengungen in dieser Hinsicht unternommen werden. Im Grunde bedeutet dies, daß die Effektivität der Psychotherapie primär nicht auf die adäquate Anwendung von Behandlungsmethoden oder -techniken zurückzuführen zu sein scheint. Die Forschungsergebnisse weisen eher darauf hin, daß die Effektivität auf eine gute Beziehung des Patienten mit dem Therapeuten und den Erfahrungen, die er in dieser Beziehung macht, zurückzuführen ist. Die Empirie unterstreicht diese Aussage durch Ergebnisse in der Veränderungsforschung: Zur Verbesserung in der Symptomatik des Patienten kommt es z.B., wenn bestimmte Muster in der Patienten-Therapeut-Beziehung während der Sitzungen beobachtet werden können, die offensichtlich den Aufbau einer guten Beziehung fördern.

Trotzdem überwiegt immer noch die erste, frühere Sichtweise, weil offensichtlich die Medizin naturwissenschaftlich ausgerichtete kontrollierte Studien und damit begründete Behandlungsmethoden bevorzugt. Die soziokulturellen Bedingungen der modernen Gesellschaft schätzen den Pragmatismus, Instrumentalismus und die Effizienz im Vorgehen. Anstatt auf die unterschiedlichen Erfahrungen und die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehung zu setzen, ist es immer noch von Vorteil, Psychotherapie als wissenschaftlich begründetes Verfahren im Gesundheitssystem einer modernen

Gesellschaft auszuweisen, in der die Forschung mit objektiven Verfahren die Evaluation und die ständige Verbesserung der Methoden gewährleisten kann. Psychotherapie als "humanistische" (d.h. quasi-mystische) Wissenschaft bekommt dagegen leicht den Anschein, die systematische, wissenschaftliche Evaluation abzulehnen.

Natürlich gibt es keinen logischen Widerspruch zwischen diesen beiden Positionen. In der Praxis wenden auch die "beziehungsorientierten" Psychotherapeuten Behandlungstechniken an; und die "anwendungsorientierten" Therapeuten wissen, daß sie mit dem Patienten eine hilfreiche Beziehung aufbauen müssen, und wenn es auch nur darum geht, die Patienten für dieses bestimmte Verfahren zu motivieren. Möglicherweise sind es nur die Psychotherapieforscher, die diese beiden Sichtweisen künstlich voneinander unterscheiden, um bestimmte Variablen aus der komplexen Behandlungssituation herauszugreifen, während man versucht, die anderen Variablen zu kontrollieren. Für Forscher, die ihre klinische Erfahrung als Therapeuten nicht hinten anstellen, lautet die Frage auch nicht "entweder/oder?", sondern "wieviel von jedem?". Es ist aber festzuhalten, daß die Untersuchung der Ausbildungsmethoden, der Auswahl von Ausbildungsteilnehmern, dem Erwerb von Kompetenz und der Theorievermittlung nicht ausreicht, um dem Forschungsgegenstand gerecht zu werden. Die Perspektive muß ausgeweitet werden, damit man die Psychotherapie und die Psychotherapeuten nicht von ihrem institutionellen, sozialen und kulturellen Kontext herauslöst, in dem sie arbeiten.

Die Studien zeigen, daß für die Entscheidung, auf welche Behandlungsmodelle ein Therapeut zurückgreift, nicht nur Patientenmerkmale sondern auch Therapeutenmerkmale eine ganz wesentliche Rolle spielen. In erster Linie ist die Entscheidung des Therapeuten für ein Behandlungsmodell natürlich von seiner theoretischen Ausrichtung abhängig. Darüber hinaus spielen jedoch Persönlichkeitsmerkmale des Therapeuten, ja sogar sein philosophisches Menschenbild eine Rolle. Emotionale und technische Flexibilität des Psychotherapeuten, die Fähigkeit, Bedürfnisse und Wünsche so aufzugreifen, daß der Patient Realisierung und Verzicht in ein ausgewogenes Verhältnis bringen kann, dürfte ein Persönlichkeitsmerkmal des kreativen Therapeuten sein. Für die Ausbildung stellt sich die Frage, wie dies durch intensive Schulung erworben werden kann. Gerade unter Ausbildungsaspekten sollte folgende aus der Therapieforschung belegbare Botschaften aufgegriffen werden: nicht die statischen Elemente, die Eigenarten, die ein Psychotherapeut qua Person in die therapeutische Situation

einbringt, sind die entscheidenden, sondern seine dynamische Fähigkeit, sich jeweils auf einen anderen Menschen und dessen Defiziten einzustellen; dies, mehr alles andere, entscheidet über Erfolg und Mißerfolg. Die uns allen vertraute Verschiedenheit der Persönlichkeiten (trotz der empirisch gefundenen Gemeinsamkeiten im Beziehungsstil), die als Psychotherapeuten erfolgreich tätig sind, verweist darauf, daß wir statt von der Persönlichkeit des Psychotherapeuten, von der persönlichen Ausgestaltung der therapeutischen Rolle sprechen müssen (Thomä 1974).

Zur Zufriedenheit im eigenen Beruf scheint ganz wesentlich beizutragen, ob wir mit unserer therapeutischen Orientierung mit der von uns gewählten therapeutischen Schule und mit der von uns gewählten Praxis übereinstimmen. Vasco et al. (1993) haben die Dissonanzen der Therapeuten zwischen ihrer theoretischen Orientierung und ihrem praktischen Tun untersucht. Diese Autoren kommen zu dem Schluß, daß wir allen angehenden Therapeuten empfehlen müßten, noch ein viel größeres Gewicht auf die Kongruenz von persönlicher Weltanschauung, persönlichen Werten und Normen mit der zur Wahl stehenden theoretischen Orientierung in ihrer psychotherapeutischen Ausbildung zu legen. Für das Wohl von uns selbst und indirekt für das Wohl der Patienten scheint dies wünschenswert zu sein. Die Lebensqualität der Psychotherapeuten (Reimer 1994) dürfte durch größere Zufriedenheit und Kongruenzgefühl positiv beeinflußt werden.

Auch die Wahrnehmung der eigenen Rolle für die therapeutische Beziehung und für die Gestaltung der therapeutischen Situation führt zu einer veränderten Wahrnehmung, was Effektivität der Therapie und Zufriedenheit von Therapeut und Patient anbetrifft. Der meistens zu Beginn vorherrschende therapeutische Idealismus weicht einer eher realistischen Einschätzung der Möglichkeiten von Psychotherapie. Zur Zufriedenheit mit dem eigenen Erfolg in den Behandlungen trägt darüber hinaus auch die Erwartung an sich selbst bei. Eine adäquate Formulierung von Therapiezielen baut der beruflichen und meist auch persönlichen Enttäuschung vor (Willutzki et al., im Druck). Klinische Erfahrung drückt sich auch darin aus, daß ein Therapeut nur diejenigen Patienten in Behandlung nimmt, die er auch "verkräften" kann (Eckert et al. 1996). Wenn die Ziele (zur Symptombesserung, zur Veränderung des Lebensstils, der Beziehungen, zur inneren Strukturveränderung) nicht zu hoch gesteckt werden

Wer sind wir?

und der Therapeut seine grenzen kennt, ist mit der Zielerreichung auch eine Burnout - Prophylaxe (vgl. auch Fengler 1994) verbunden.

Literatur:

- Ambühl H (1994) Internationale Studie zur Entwicklung der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. *Psychotherapeut* 39: 336-338
- Ambühl H, Orlinsky D, Cierpka M, Buchheim P, Meyerberg J, Willutzki U (1995) Zur Entwicklung der theoretischen Orientierung von PsychotherapeutInnen. *Psychother med Psychol* 45:109-121.
- Anstadt Th, Merten J, Ulrich B, Krause R (1996) Erinnern und Agieren. *Zsch. psychosom. Med.* 42: 34-55
- Bascue LO, Zlotowski M (1980) Psychologists' practices related to medication. *J Clin Psychol* 36:821-825
- Beckmann D (1988) Aktionsforschungen zur Gegenübertragung. Rückblick auf ein Forschungsprogramm. In: Kutter P, Raramo-Ortega R, Zagermann R (Hrsg) *Die psychoanalytische Haltung*. Verlag Internationale Psychoanalyse, München, S 231-244.
- Benjamin LS (1994) Structural analysis of social behavior. *Psychological Review* 81:392-425
- Berzins JI (1977) Therapist-patient matching. In: Gurman AS, Razin AM (Hrsg) *Effective psychotherapy. A handbook of research*. Pergamon, Elmsford, N J, S 222-251
- Beutler LE, Machado, PP Allstetter Neufeldt S. (1994) Therapist variables. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 229-269.
- Carson RC (1969) *Interaction concepts of personality*. Aldine, Chicago.
- Caspar F (1982) Widerstand in der Psychotherapie. in Bastine R, Fiedler PA, Grawe K, Schmidtchen S, Sommer G (Hrsg) *Grundbegriffe der Psychotherapie*. Edition Psychologie, Weinheim
- Chiles JA, Carlin AS, Benjamin GAH (1991) A physician, a nonmedical psychotherapist and a patient: the pharmacotherapy-psychotherapy triangle. In: Beitman BD, Klerman GL (Eds): *Integrating Pharmacotherapy and Psychotherapy*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 105-118
- Cierpka M (1993) Zur professionellen Sozialisation von Psychotherapeuten. Vortrag DKPM-Tagung Freiburg, 13.12.93.
- Cierpka M, Botermans J-F, Orlinsky D, Dazord A, Buchheim P, Gerin P, & the Collaborative Research Network (1993a) Psychoanalysts and dynamically-oriented therapists in France and Germany: - A comparison of conditions of practice. Society for Psychotherapy Research Conference, Pittsburgh.
- Cierpka M, Buchheim P, Gitzinger I, Seifert Th, Orlinsky D (1993b) Persönliche und berufliche Entwicklungen von Psychotherapeuten. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 38: 334-351.
- Cierpka M, Hoffmann F (1993) Der Stand der Ausbildungsforschung in der Familientherapie. *Kontext* 24: 90-101.
- Crits-Christoph P, Baranackie K, Kurcias J, et al (1991) Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research* 1:81-91
- Eckert J, Hautzinger M, Reimer J, Wilke E (1996) Grenzen der Psychotherapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Hrsg) *Psychotherapie*. Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York
- Fengler J (1994) Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation, 3. Aufl. Pfeiffer, München.
- Freud S (1937) Die endliche und die unendliche Analyse. Fischer - Studienausgabe, Schriften zur Behandlungstechnik, S 357-392.
- Garfield S (1982) *Psychotherapie. Ein eklektischer Ansatz*. Beltz, Weinheim und Basel

- Grawe K (1981) Vergleichende Psychotherapieforschung. in Minsel WR und Scheller R (Hrsg) Brennpunkte der klinischen Psychologie: Psychotherapie. Kösel, München, S 149-183.
- Henry, W. E., Sims, J. H. & Spray, S. L. (1971). The fifth profession: Becoming a psychotherapist. San Francisco: Jossey-Bass.
- Henry W, Strupp H, Schacht T, Binder J, Butler S (1993) The effects of training in time-limited, dynamic psychotherapy: Changes in therapeutic outcome. J Consult Clin Psychol 61:441-447
- Hoffmann S, Schepank H, Speidel H (Hrsg): Denkschrift 90. Zur Lage der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland. PSZ-Verlag, Ulm, 1991
- Horvath AO, Symonds BD (1991) Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. Journal of Counseling Psychology 38:139-149
- Kächele H (1992) Die Persönlichkeit des Therapeuten und ihr Beitrag zum Behandlungsprozeß. Z psychosom Med Psychoanal 38:227-239
- Kächel H, Buchheim P (1996) Zur Professionalisierung der Psychotherapie in unserer Gesellschaft. Psychotherapie 1:
- Krause R (1989) Multikanale Psychotherapie-Prozeßforschung. Forschungsantrag an die Deutsche Forschungsgemeinschaft.
- Krause, R (1997) Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre. Bd 1: Grundlagen. Kohlhammer. Stuttgart
- Kurzweil E (1989) The Freudians - a comparative perspective. New Haven. Yale University Press.
- Leary T (1957) Interpersonal diagnosis of personality. New York. Ronald Press.
- Matarazzo RG, Patterson D (1986) Methods of teaching therapeutic skill. In: Garfield SL, Bergin AE (Hrsg), Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley,
- Merten J, Ullrich B, Anstadt Th, Buchheim B, Krause R (1996) Experiencing of affects and facial behavior in the psychotherapeutic process and its relation to success. A pilot-study. Psychotherapy Research.
- Orlinsky DE (1994) "Learning from many masters". Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. Psychotherapeut 39: 2-9.
- Orlinsky DE, Gerin P, Davis J, Ambühl H, Dazord A, Davis M, Willutzki U, Davidson C, Aapro N, Backx W, Botermans J-F, Iahns J-F (1989) SPR Collaborative Research Network International study of the development of psychotherapists: Background and research plan. Unveröffentlichtes Manuskript. University of Chicago.
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks B (1994) Process and outcome in psychotherapy. In Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th ed, Wiley. New York.
- Orlinsky DE, Willutzki U, Meyerberg J, Cierpka M, Buchheim P, Ambühl H (1996) Die Qualität der therapeutischen Beziehung: Entsprechen gemeinsame Faktoren in der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von PsychotherapeutInnen? Psychother med Psychol 46:105-113.
- Orlinsky DE, Ambühl H, Botermans J-F, Buchheim P, Cierpka M, Davis J, Davis M, Dazord A, Gerin P, Joo E, Meyerberg J, Northcut T, Parks B, Roennestad H, Scherb E, Schroder T, Shefler G, Stuart S, Vasco B, Willutzki U, and the SPR Collaborative Research Network. The development of psychotherapists. 1997 (zur Publ. eingereicht).

- Piper WE, Azim HFA, Joyce AS, McCallum (1991) Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy. *Arch Gen Psychiat* 48:946-953
- Prioleau L, Murdoch M, Brody N (1983) An analysis of psychotherapy versus placebo studies. *The Behavioral and Brain Sciences* 6:275-310.
- Redlich FC, Freedman DX: *The Theory and Practice of Psychiatry*, 3rd edn. Basic Books, New York, 1966
- Reimer C (1994) Lebensqualität von Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* 39:73-78.
- Schröder T (1997) Was lange währt wird auch nicht leichter - Schwierigkeiten und Bewältigungsstrategien in der psychotherapeutischen Arbeit. In: Janssen P L, Buchheim P, Cierpka M (Hrsg) *Psychotherapie als Beruf*. Vandenhoeck und Ruprecht. Göttingen.
- Shakow D: *Clinical Psychology as Science and Profession: A Forty Year Odyssey*. Aldine, Chicago, 1969
- Skovholt TM, Ronnestad MH (1992) *The evolving professional self: Stages and themes in therapist and counselor development*. Wiley. Chichester and New York.
- Smith ML, Glass GV, Millner TI (1980) *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, John Hopkins University Press.
- Strupp H (1955) The effect of the psychotherapist's personal analysis upon his techniques. *Jurnal of Consulting Psychology* 19:107-204
- Strupp HH, Binder J (1991) *Kurzpsychotherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Thomä H (1974) Zur Rolle des Psychoanalytikers in psychotherapeutischen Interaktionen. *Psyche* 28:381-394
- Vasco AB, Garcia-Marques L, Goldfried M (1993) "Psychotherapists know thyself!": Dissonance between metatheoretical and personal values in psychotherapists of different theoretical orientations. *Psychotherapy Research* 3: 181-196.
- von Rad M (1996) Psychotherapie als Beruf. *Psychother Psychosom med Psychol* 46:83-89.
- Willutzki U, Ambühl H, Cierpka M, Meyerberg J (im Druck) Zufrieden oder ausgebrannt: Die berufliche Moral von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In: Janssen P L, Buchheim P, Cierpka M (Hrsg) *Psychotherapie als Beruf*. Vandenhoeck und Ruprecht. Göttingen.
- Wiseman H, Zlotnick O (1989) Psychotherapy research in social context: A cross-national comparison of psychotherapy delivery systems. In: Abstracts, 3rd European Conference on Psychotherapy Research of the Society for Psychotherapy Research. Bern.
- Woodward B, Duckworth KS., Gutheil T G (1994) Pharmacotherapist-Psychotherapist Collaboration, *PSY 12 VOL23*

Adresse:
Manfred Cierpka
Schwerpunkt Familientherapie
Universität Göttingen
Humboldtallee 38
37073 Göttingen