



**Fakultät für Gesundheit und Medizin
Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit**

Die Rolle der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung

**Endbericht
Juli 2014**

Projektleitung

Univ.-Prof. Dr. Anton Leitner, MSc
Univ.-Prof.in Dr.in Silke Birgitta Gahleitner

Wissenschaftliche Kooperation

Prof. Dr. Michael Märtens, Ehrenprofessor
Dr.in Brigitte Schigl, MSc, Ehrenprofessorin

Team

Mag.a Dr.in Katharina Gerlich, Mag. Gregor Liegl,
Heidemarie Hinterwallner, MA MA,
Mag.a Alexandra Koschier, Mag.a Christina Frank

Impressum

Anton Leitner, Silke Birgitta Gahleitner, Michael Märtens, Brigitte Schigl, Katharina Gerlich, Gregor Liegl, Heidemarie Hinterwallner, Alexandra Koschier, Christina Frank (2014)

Die Rolle der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung. Endbericht.

Wissenschaftliches Lektorat, Grafik & Gesamtgestaltung: Susanne Albrecht, Leverkusen

ISBN 978-3-902505-56-9

© 2014 Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit
Donau-Universität Krems, Fakultät für Gesundheit und Medizin

Inhalt

Einleitung	5
1 Stand der Forschung	10
1.1 Kompetenzentwicklung und Ausbildung	12
1.1.1 Kompetenzentwicklung im Ausbildungsbereich im fachpolitischen Kontext	12
1.1.2 Kompetenzentwicklung im Ausbildungsbereich im gesellschaftspolitischen Kontext	14
1.1.3 Kompetenzentwicklung in der Psychotherapieausbildung	16
1.2 Aufgaben, Funktionen und Ziele der Selbsterfahrung	18
1.3 Empirische Ergebnisse zu unerwünschten und erwünschten Aspekten der Selbsterfahrung	22
1.3.1 Unerwünschte Effekte von Selbsterfahrung	23
1.3.2 Erwünschte Effekte	26
1.4 Schlussfolgerungen	28
2 Fragestellung und methodisches Vorgehen	29
2.1 Fragestellung	29
2.2 Untersuchungsdesign	29
2.3 Methodisches Vorgehen des qualitativen Untersuchungsteils	31
2.3.1 Qualitative Methodik – Gruppendiskussionen	31
2.3.2 Qualitative Methodik – Leitfadeninterviews	34
2.4 Methodisches Vorgehen des quantitativen Untersuchungsteils	35
2.4.1 Entwicklung des Fragebogens	35
2.4.2 Die Stichprobe	36
2.4.3 Die Datenanalyse	38
2.5 Überlegungen zu den Möglichkeiten und Grenzen der vorliegenden Untersuchung	39
3 Darstellung der Untersuchungsergebnisse	42
3.1 Qualitative Ergebnisse	42
3.1.1 Qualitative Ergebnisse der Gruppendiskussionen: Erklärungsmodell zum subjektiven Stellenwert der Selbsterfahrung	42
3.1.2 Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen: Korrespondenzen zum Europäischen Qualifikationsrahmen	52
3.2 Quantitative Ergebnisse	69
3.2.1 Subjektiv erlebter Nutzen der Selbsterfahrung	69

3.2.1.1	Einzelselfsterfahrung	70
3.2.1.2	Gruppenselfsterfahrung	77
3.2.1.3	Einzel- und Gruppenselfsterfahrung im Vergleich	83
3.2.2	Selbsterfahrungs-„Dosis“	83
3.2.2.1	Einzelselfsterfahrung	83
3.2.2.2	Gruppenselfsterfahrung	89
3.2.2.3	Selbsterfahrungs-Dosis im Vergleich	96
3.2.3	AusbildungskandidatInnen zu Psychotherapeutischen MedizinerInnen (Psy-3)	101
3.2.3.1	Nutzen der Selbstefahrung	101
3.2.3.2	Selbsterfahrungs-dosis	103
4	Die Bedeutung der Selbstefahrung in der Ausbildung: Perspektiven der vorliegenden Studie im Licht internationaler Forschung	107
4.1	Inhalte und Ziele der Selbstefahrung in der Ausbildung: Ein empiriebasiertes Modell	108
4.2	Hat Selbstefahrung in der Ausbildung einen Nutzen für angehende PsychotherapeutInnen – oder schadet sie eher?	111
4.3	Welche Art und welche Dosis an Selbstefahrung wünschen sich PsychotherapeutInnen?	114
4.4	Welche Kompetenzen erwirbt man durch Selbstefahrung in der psychotherapeutischen Ausbildung?	118
4.5	Schlussfolgerungen	121
	Literatur	124
	Tabellenverzeichnis	137
	Abbildungsverzeichnis	138
	Anhang	140
	Therapieverfahren in Österreich zum Zeitpunkt der Erhebung	140
	Die Rolle der Selbstefahrung in der Psychotherapieausbildung – Fragebogen	141
	Qualitative Ergebnisse im Original	143

Einleitung

Sich selbst gut in seinen Stärken und Schwächen, seinen Reaktionsbereitschaften und Entwicklungen zu kennen, ist eine unabdingbare Fähigkeit für PsychotherapeutInnen und andere ExpertInnen, die intensiv mit Menschen arbeiten. Nach Laireiter (1994) erfolgt eine Art selbstverständliche Selbsterfahrung bei allen Menschen im Alltag, z. B. bei Frustration von Wünschen oder wenn andere emotionale Belastungen auftreten. Wie aber erkennen PsychotherapeutInnen, dass sie genug bei sich selbst erkennen? Selbsterfahrung kann und sollte zu diesem Zweck gezielt und angeleitet geschehen, wie zum Beispiel in einer Selbsterfahrungsgruppe oder in einer Psychotherapie: durch eine systematische Unterstützung persönlicher und/oder beruflicher Reifeprozesse (Laireiter, 1994). Die Psychotherapie stellt einen der wenigen Berufe dar, bei dem eine Auseinandersetzung mit der eigenen Person in der Ausbildung und darüber hinaus verpflichtend ist (Thiel, 2010). In den 1970er- und 1980er-Jahren boomte der Wetteifer der verschiedenen Therapieansätze um die besten Wege zum Selbst und zur Selbsterkenntnis. So schrieben – um ein typisches Beispiel zu nennen – Seifert und Waiblinger (1986) in ihrem Überblickswerk mit dem Titel „Therapie und Selbsterfahrung: Einblick in die wichtigsten Methoden“ in der Einleitung:

„Von kompetenten Fachvertreterinnen und Fachvertretern werden 50 verschiedene Methoden der Behandlung oder Selbsterfahrung dargestellt. Bei der Darstellung haben wir uns bemüht, daß Verfahren, die sich überwiegend auf Körpererleben stützen oder vor allem im seelischen Bereich ansetzen beziehungsweise der geistigen Orientierung und Vertiefung dienen, gleichermaßen berücksichtigt werden.“ (Waiblinger & Seifert, 1986, S. 7)

Damals standen körper- und erfahrungsorientierte Vorgehensweisen im Zentrum der Betrachtung zum Thema Selbsterfahrung.¹ Heute ist eine Beschäftigung mit Fragen der Selbsterkenntnis ohne eine Berücksichtigung der Neuro-, Emotions- und Kognitionswissenschaften kaum mehr denkbar. Rasante Entwicklungen in diesen und anderen Forschungszweigen lassen ältere Ausführungen nahezu historisch anmuten. Dennoch sind die Methoden der Selbsterfahrung nicht verworfen worden, sondern kommen weiter zur Anwendung. Selbsterfahrung als Ausbildungselement ist zudem heute in vielen Ländern Europas in (Psychotherapie-)Gesetzestexten und deren Ausbildungsverordnungen verankert. Ist also doch – wie oben angesprochen – Selbstreflexion bei angehenden PsychotherapeutInnen heute eine selbstverständliche Notwendigkeit?

¹ Bis heute besitzt die Persönlichkeitsentwicklung der AusbildungsteilnehmerInnen in den lerntheoretisch geprägten Verfahren eine geringere Bedeutung als in den einsichtsorientierten. Das Verständnis des Begriffs bezieht sich dort stärker auf Phänomene wie Selbsterleben und Selbstreflexion sowie auf das Erreichen bestimmter ausbildungsbezogener Ziele (Laireiter, 1994). In der vorliegenden Untersuchung spiegelt sich das Phänomen insofern wider, als es äußerst schwierig war, verhaltensorientiert ausgerichtete ForschungsteilnehmerInnen zu gewinnen. In manchen statistischen Berechnungen, insbesondere mehrfaktoriellen Analysen, konnten sie aufgrund der geringen Fallzahl daher nicht berücksichtigt werden (siehe unten).

Im Rahmen der Durchführung des Forschungsprojekts „Risiken, Nebenwirkungen und Schäden durch Psychotherapie“ (RISK-Studie) von 2007 bis 2012 am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität Krems wurden wir eines Anderen belehrt. Die Ergebnisse des Projekts machten deutlich, wie sehr mangelndes Problembewusstsein – v. a. auf der Seite der Selbstreflexion und Selbsterkenntnis – auf TherapeutInnenseite unerwünschte Therapieverläufe begünstigen kann (Leitner et al., 2012, 2013).

Bereits in den 1990er-Jahren wurde bekannt, dass TherapeutInnen im Blick auf sich selbst eher zur Selbstüberschätzung als zur Selbstkritik neigen (Bachelor & Horvath, 1999; Busch & Lemme, 1992; Märtens 1995; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Dem stehen die – damals wie heute – im Rahmen der Psychotherapieausbildung erklärten Ziele Introspektionsfähigkeit und Selbstreflexion sowie eine empathische, anerkennende und wertschätzende Haltung gegenüber PatientInnen und KlientInnen gegenüber. Dieser Widerspruch unter PsychotherapeutInnen, einerseits Selbsterfahrung und Selbstreflexion als wichtige Wirkfaktoren für die berufliche Arbeit zu verstehen, andererseits – trotz jahrelanger Selbsterfahrung – unreflektiert zu reagieren, stellte den Anlass für das vorliegende Forschungsprojekt mit dem Titel „Qualitätsmerkmal oder Mythos? Die Rolle der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung“ am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit dar, in dem das Phänomen der Selbsterfahrung in der Ausbildung zum/r PsychotherapeutIn mit verschiedenen Forschungsmethoden untersucht werden sollte.

Dabei stießen wir – wie viele Forschungsgruppen zum Thema Selbsterfahrung zuvor – auf eine Reihe von Problemen. Nicht nur in Österreich, aber hier in besonders großer Vielfalt, existieren bei den jeweiligen Ausbildungsinstitutionen sehr unterschiedliche Vorgaben in Bezug auf Selbsterfahrung. Bereits im Aufnahmeprozedere können Selbsterfahrungsgruppen (ein bis vier Tage) oder Einzel-Aufnahmegespräche (eines oder mehrere) oder auch beides (Gruppenerfahrung und Einzelinterviews) festgelegt sein. Die Nichtaufnahme in einem Fachspezifikum schließt nicht aus, dass der/die BewerberIn in einem anderen Verfahren aufgenommen wird. Der Selbsterfahrungsprozess, den ein/eine AusbildungsteilnehmerIn durchläuft, unterscheidet sich in Ausmaß und Form beträchtlich. Allerdings ist die „Minstdosis“ Selbsterfahrung auf 200 Stunden festgelegt. Wie also in Anbetracht der Diversität forschungsbasiert Aussagen darüber treffen, wie man AusbildungskandidatInnen die für sie notwendige und Erfolg versprechende Form der Selbsterfahrung anbieten kann und sicherstellen, dass PatientInnen auf gut ausgebildete TherapeutInnen treffen, die über entsprechende selbstreflexive Fähigkeiten verfügen?

Das Problem zeigt sich auch an noch viel grundlegender Stelle: Bereits die Begrifflichkeit „Selbsterfahrung“ ist umstritten und weist eine lange Entwicklungsgeschichte auf: Schon das Orakel in Delphi forderte auf, sich selbst zu erkennen; „Selbstreflexion ... hervorgehend aus

meinem Urteil über mich“, bemerkte bereits Jaspers (1932/1956, S. 37); auch in den verschiedenen therapeutischen Verfahren ist Selbsterfahrung unterschiedlich definiert (Laireiter, 2008; Walch, 2000). „Sich selbst zu erfahren, bezieht sich auf die Erfahrung des eigenen Existierens in seinen einfachen und komplexen Formen, auf die Erfahrung des eigenen Wirkens und Funktionierens, auf die fortlaufenden Erfahrungen mit der eigenen Person. Auch wenn zu jeder gegebenen Zeit die Erfahrungen nur zu einem geringen Teil bewußt sind, so kann ein großer Teil dieser Erfahrungen dem Bewußtsein prinzipiell zugänglich gemacht werden, wenn das Individuum gewisse Empfindungen oder Erfahrungen in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen rückt“, so Hutterer (2000, S. 626f.).

Selbsterfahrung setzt das Vorhandensein von Selbst-Bewusstsein, kritischer Selbstbeobachtung und Selbstreflexion, aber vor allem auch eine ständige „Ko-respondenz“ mit anderen voraus – im Sinne einer „diskursive(n) Kultur der Wahrheitsfindung“ (Petzold, 2009, S. 89). So sind z. B. BeraterIn und KlientIn, PsychotherapeutIn und PatientIn in der therapeutischen Beziehung mit ihrer ganzen Person involviert. Dies impliziert auch eine angemessene „Selbstsorge“ (Foucault, 1985; vgl. auch Jansen, Brückner, Göttert & Schmidbauer 2012). Jeder gelingende therapeutische Prozess, jede gelingende Selbsterfahrung ist Analyse bzw. Differenzierung von Wirklichkeit. Er schafft damit Möglichkeiten der Integration bzw. Synthesebildung von Erkenntnissen über sich selbst (Petzold & Orth, 1993), womit ein schöpferisches Potenzial zur Kreation bzw. Ko-kreation angeregt und freigesetzt wird. Selbsterfahrung ist damit immer auch ein Prozess persönlicher Hermeneutik in gemeinsamen hermeneutischen Suchbewegungen. In der vorliegenden Studie wird Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung gefasst als „die angeleitete emotionale und kognitive Erfassung des Subjekts in seiner Entwicklung in seiner Lebenswelt sowie die unmittelbare Erfahrung von Mustern eigenen Denkens, Fühlens und Verhaltens in bestimmten Situationen und deren Reflexion und Integration“ (Forschungsgruppe Selbsterfahrung, 2013, S. 1).

Eine weitere Differenzierung zum Gegenstand der Selbsterfahrung in Psychotherapieausbildungen betrifft die verschiedenen Ausbildungsbestandteile der Selbsterfahrung. Dabei lässt sich unterscheiden in Gruppenselbsterfahrung und Einzelselbsterfahrung bzw. Eigen-therapie. Bedauerlicherweise wird in den meisten Studien zwischen diesen Bestandteilen nicht unterschieden. Nicht selten wird der Begriff Selbsterfahrung mit jenem der Eigen-therapie synonym verwendet. Auch zur Supervision wird er zuweilen unsauber abgegrenzt (vgl. die Handreichung des Bundesministeriums für Gesundheit, BMG, 2011). Nahezu unmöglich von Selbsterfahrung zu trennen sind auch die Beziehungserfahrungen, die AusbildungskandidatInnen in der Eigen-therapie mit ihren LehrtherapeutInnen oder in der Gruppe mit anderen Gruppenmitgliedern machen. Auch ist immer noch unklar, ob Gruppen- oder Einzelsettings geeigneter sind, auf die therapeutische Kompetenz Einfluss zu nehmen. Letztlich geht es – auch für den Bereich der Selbsterfahrung – jedoch immer um die Ent-

wicklung therapeutischer Kompetenz. Allerdings ist empirisch bis heute nicht belegt, welche Ausbildungselemente dazu inwieweit beitragen oder inwiefern biografische Vorerfahrungen ausschlaggebend sind und über die Ausbildung hinweg erhalten bleiben.

Entlang der soeben angestellten Überlegungen und der oben genannten Definition liegen dem Projekt folgende Fragestellungen zugrunde:

- Welche Bedeutung wird der Selbsterfahrung aktuell von (angehenden) PsychotherapeutInnen beigemessen?
- Welchen Nutzen hat Selbsterfahrung für (angehende) PsychotherapeutInnen in den verschiedenen therapeutischen Grundorientierungen?
- Wie lassen sich Nutzen und Effekt von Selbsterfahrung in der Ausbildung für die spätere Praxis detailliert beschreiben?
- In welche Ausbildungskontexte sind Selbsterfahrungsanteile eingebettet?
- Welche Risiken und daraus ableitbare Probleme der Selbsterfahrung lassen sich aufzeigen?

Die letzte Frage verweist auf einen weiteren wichtigen Aspekt, der keinesfalls ausgeblendet werden darf. Selbsterfahrungsprozesse innerhalb einer psychotherapeutischen fachspezifischen Ausbildung sind selbst Sozialisationsprozesse, denen Macht- bzw. Wahrheitsdiskurse anhaften (Bourdieu, 1997). Neben einer professionellen Kompetenzerweiterung wird auch ein personaler und sozialer Kompetenzzuwachs angestrebt. Darin liegt auch eine Gefahr der Selbsterfahrung, die neben der Theorie- und Methodikvermittlung ja das zentrale Element der Psychotherapieausbildung darstellt. Als Risiko (Märtens & Petzold, 2002) muss z. B. gesehen werden, dass den AusbildungskandidatInnen Werte und Verhaltenskodizes der jeweiligen Schule „aufgeprägt“ werden. Laireiter (2002) konnte im Zuge von Nebenwirkungsforschung derartige normierende Einflüsse aufzeigen. „Seelische Zurichtung“ (Dauk, 1989) verhindert dann die Möglichkeit des „Anders-seins“ (Foucault, 1966/1974). Somit stehen auch Lehrtherapien und Therapieausbildungen – ganz gleich welcher fachspezifischen Orientierung – in der paradoxen Problematik von Bildungsprozessen: Sie sollen bilden und formen, wollen eine Identität, also eine Konformität vermitteln, sollen dabei zugleich aber auch Freiraum für Eigenes lassen (Petzold & Sieper, 2008). Selbsterfahrungskonzepte sind demgemäß auch auf „Machtträchtigkeit“ hin zu untersuchen. In der vorliegenden Untersuchung wurden daher neben quantitativen verallgemeinernden Untersuchungsverfahren bewusst auch subjekttheoretische Forschungsansätze gewählt.

Aufgrund der Forschungslage – die in Österreich durch die jahrelangen Bemühungen von Frühmann und Petzold (1994a) und v. a. von Laireiter (2000a) gut aufgearbeitet war und durch den aktuellen Überblick im Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Lambert, 2013) erneut bestätigt wurde –, wurde übergreifend betrachtet deutlich, dass die Erkenntnisse zu den notwendigen und hinreichenden selbstreflexiven Kompetenzen bei

TherapeutInnen bis heute völlig unzureichend erforscht sind. Es ist bisher nicht empirisch belegt, welche selbstreflexiven Kompetenzen notwendig sind, damit TherapeutInnen ihre PatientInnen fördern und, wenn erforderlich, vor negativen Einflüssen schützen können. Dieser Umstand wiegt umso schwerer, wenn man sich vergegenwärtigt, dass das Psychotherapiegesetz hierzu dennoch Forderungen aufstellt, obwohl sie empirisch nicht abgesichert sind. Aufseiten der AusbilderInnen besteht die paradoxe Herausforderung darin zu erkennen, ob die AusbildungsteilnehmerInnen „erkennen“, ob sie genug über sich „erkennen“ und „erkennen“, was sie zu wenig „erkennen“.

Das Projekt wurde mit dem Ziel angestoßen, hierzu Konkretisierungen zu erarbeiten und für die Gestaltung psychotherapeutischer Ausbildungen zur Verfügung zu stellen.

Das Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit der Donau-Universität Krems bedankt sich beim Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds für die großzügige Unterstützung und Förderung dieses Forschungsprojekts.

Krems, den 1.7.2014

Univ.-Prof. Dr. Anton Leitner, MSc
Univ.-Prof.in Dr.in Silke Birgitta Gahleitner
Prof. Dr. Michael Märtens, Ehrenprofessor
Dr.in Brigitte Schigl, MSc, Ehrenprofessorin
Mag.a Dr.in Katharina Gerlich
Mag. Gregor Liegl
Heidemarie Hinterwallner, MA MA
Mag.a Alexandra Koschier
Mag.a Christina Frank

1 Stand der Forschung

Selbsterfahrung als Teil der Psychotherapieausbildung ist in der Entwicklung dieser Profession tief verwurzelt und seit einigen Jahrzehnten in allen therapeutischen Orientierungen im deutschen Sprachraum obligatorisch (Laireiter, 2014; Strauß & Kohl, 2009b). Sie wird in der Regel nicht in Frage gestellt. Neben Theorie, Methodenwissen, praktischer Ausbildung und Supervision wird Selbsterfahrung als eine unverzichtbare Säule der Psychotherapieausbildung angesehen (Berns, 2005). Dies gilt auch für Österreich, wo die psychotherapeutische Ausbildung dem Psychotherapiegesetz unterliegt (Bundesministerium für Gesundheit, 1990). Mit seiner Einführung 1991 wurde Selbsterfahrung als fester Ausbildungsbestandteil eingegliedert und mit einem gesetzlichen Mindestmaß festgesetzt: Für Lehrtherapie, Lehranalyse, Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung sind in Österreich mindestens 200 Stunden innerhalb der Psychotherapieausbildung vorgegeben (Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie [ÖBVP], 1990) und in Deutschland seit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 120 Stunden festgelegt. Da die Diskussion zu neuen Vorgaben für eine Ausbildung zum Psychotherapeuten gerade in mehreren Ländern anhält, betrifft das Thema eine aktuelle und kontroverse Diskussion.

Das seit 1. April 2013 in der Schweiz gültige Bundesgesetz über die Psychologieberufe (PsyG) hingegen verhält sich hinsichtlich der Selbsterfahrung völlig abstinert. Es macht keine Vorgaben über die Art und den Umfang von selbstreflexiven Ausbildungsbestandteilen, sondern definiert nur die notwendigen Kompetenzen, die durch Ausbildung erreicht werden sollen. PsychotherapeutInnen sollen „die berufliche Tätigkeit systematisch reflektieren und auch in kritischen Situationen reflektiert und selbstständig handeln“ (Art. 5, PsyG der Schweiz 2013). Die aktuelle Gesetzeslage in der Schweiz spiegelt hier die unklare Forschungslage wider.

Allerdings obliegt es den unterschiedlichen Psychotherapieverfahren bzw. Ausbildungseinrichtungen in allen Ländern, Selbsterfahrung für sich in einem großen Spielraum zu definieren, zu interpretieren und für ihr Curriculum auszugestalten (Laireiter, 2000b). In der Schweiz würde sogar die Möglichkeit bestehen, auf diesen Bestandteil der Ausbildung zu verzichten, wenn er für bestimmte AusbildungsteilnehmerInnen aufgrund der schon vorhandenen Kompetenzen nicht erforderlich ist. In Österreich wird die nötige Mindeststundenanzahl an Selbsterfahrung von verschiedenen AusbildungsanbieterInnen dagegen nicht selten höher angelegt als gesetzlich vorgeschrieben. Betrachtet man unterschiedliche Ausbildungsinstitute desselben Therapieverfahrens, so wird auch hier eine Heterogenität sogar innerhalb eines Verfahrens bezüglich der Mindeststundenanzahl deutlich (Ahlers & Binter, 2006). Gemeinsam ist fast allen therapeutischen Orientierungen der Standpunkt, dass eine persönliche Therapieerfahrung hilfreich für eine effektive Therapieausübung ist

(Buckley, Karasu & Charles, 1981; Prochaska & Norcross, 1983; Dobernig & Laireiter, 2000a).

Diese Übereinstimmung über die Notwendigkeit von Selbsterfahrung im Ausbildungskontext ist allerdings kaum empirisch überprüft, sondern beruht auf Traditionen (Berns, 2005; Caspar, 1998; Macran & Shapiro, 1998). Eigentherapie als eigenes Ausbildungselement geht auf Freud und die Psychoanalyse zurück: Insbesondere in Bezug auf das Beziehungsgeschehen und die Aspekte der Übertragung und Gegenübertragung hält man aus dieser Tradition heraus Selbsterfahrung für unabdingbar (Ermann, 2008; Herold & Weiß, 2008). Strupp (1955) sprach schon in der Mitte des letzten Jahrhunderts davon, dass seit Freud kein Ausbildungselement bedeutsamer sei als die persönliche Analyse der PsychotherapeutInnen. An dieser Priorisierung hat sich unter AusbildungskandidatInnen und aktiven PsychotherapeutInnen bis heute relativ wenig verändert, wie verschiedene aktuelle Befragungen zeigen (Orlinsky, Schofield, Schroder & Kazantzis, 2011; Rake & Paley, 2009).

Selbsterfahrung ist v. a. in den psychoanalytischen Schulen stark im Curriculum verankert (Jacobs, 2011). Dies zeigt die Vorbildwirkung der Psychoanalyse für andere psychotherapeutische Orientierungen. Aus der Geschichte der Psychoanalyse wissen wir andererseits, dass erst mit der Etablierung des Verfahrens auch die Frequenz, Qualität und Dauer der Lehr- und PatientInnenanalysen anstieg. Selbsterfahrung ist seither das Kernelement der Erlernung vieler psychotherapeutischer Verfahren und besonders der Lehrtherapie – eine Art ‚Metafaktor‘. Sie ist jedoch immer rückgebunden an das Therapieverständnis des zugrunde liegenden Ansatzes. So wurden die Ideen aus der Psychoanalyse von vielen Verfahren weiterentwickelt und abgewandelt, manchmal auch abgelehnt (Laireiter, 2000b). Vor allem in der stark empirisch orientierten Verhaltenstherapie der 1990er-Jahre stieß selbsterfahrungsorientierte Eigentherapie der PsychotherapeutInnen auf Skepsis. Damals schien weder die Persönlichkeit der PsychotherapeutInnen – der jetzt erhebliche Bedeutung nachgewiesen werden konnte (Baldwin & Imel, 2013; Hill, 2006; Wampold, 2001; Wampold & Brown 2005) – noch die Sinnhaftigkeit einer eigenen Therapie empirisch bestätigt (Schmelzer, 1994). Vor allem fanden sich keine konsistenten Nachweise (Garfield, 1994; vgl. Hautzinger & Janssen, 1997), dass es durch Selbsterfahrung zu erfolgreicheren Therapien oder effektiveren Interventionen mit PatientInnen kommt. Wenngleich eine Beschäftigung mit der Person der Therapeutin unterdessen völlig unstrittig ist, bleibt die damit verbundene Bedeutung der Selbsterfahrung für die therapeutische Kompetenzentwicklung weiterhin unklar.

Die Kritik an selbsterfahrungsorientierten Anteilen der Psychotherapieausbildung ist allerdings aufgrund der zentralen Bedeutung der Beziehung seit einigen Jahren, so Lieb (1998a), auch „im VT-Bereich weitgehend verstummt“ (ebd., S. 270). Andererseits wird der Selbsterfahrung und Eigentherapie in den meisten Psychotherapierichtungen aktuell ein nicht mehr ganz so zentraler Stellenwert eingeräumt wie in den 1970er- und 1980er-Jahren.

Damals gründete sich die Psychotherapieausbildung v. a. auf Selbsterfahrungselemente, während jetzt klinische Praktika, Theorie und Methodik sowie Supervision ebenfalls wichtige Standpfeiler der Ausbildung darstellen. Aktuell wird vor allem im englischsprachigen Raum aufgrund fehlender empirischer Daten wieder vermehrt kontrovers diskutiert, ob verpflichtende Selbsterfahrung im Rahmen der Psychotherapieausbildung überhaupt sinnvoll ist (Atkinson, 2006; Bayne & Jinks, 2010; Jacobs, 2011; Kumari, 2011; Moller, Timms & Alilovic, 2009; Orlinsky, Norcross, Rønnestad & Wiseman, 2005).

Im Folgenden sollen diese Entwicklungen entlang zentraler Forschungsergebnisse zum Thema Selbsterfahrung in psychotherapeutischen Ausbildungen nachgezeichnet werden.

1.1 Kompetenzentwicklung und Ausbildung

1.1.1 Kompetenzentwicklung im Ausbildungsbereich im fachpolitischen Kontext

Ein wesentliches Ziel der Psychotherapieausbildung ist nach Willutzki und Botermans (1997) die Entwicklung von Kompetenz bzw. von Vertrauen in die eigene therapeutische Kompetenz. Die Komponenten der Psychotherapieausbildung (Theorie, Selbsterfahrung, Praxis) sollen dabei schulenübergreifend die Expertise und Kompetenz der AusbildungskandidatInnen hervorbringen. Nach Weissman und KollegInnen (2006) klafft jedoch nach wie vor eine beachtliche Lücke zwischen Befundlage der Psychotherapieforschung und der gängigen Ausbildungspraxis. Einerseits wirkt die Einschätzung von Strauß und Freyberger (2009) plausibel, „dass aus wissenschaftlichen, berufspolitischen, ethischen Gründen und im Interesse der stetigen Verbesserung der Qualität psychotherapeutischer Maßnahmen die Ausbildung eine ganz zentrale Rolle spielt“ (S. 409). Andererseits ist nach wie vor ungeklärt, welchen Einfluss welche Elemente der Ausbildung tatsächlich auf die Qualität der Psychotherapie mit PatientInnen haben.

Diese Unsicherheit, inwiefern berufsspezifische Kompetenzen überhaupt über die Ausbildungsgänge vermittelt werden, teilt die Profession der Psychotherapie mit dem Ausbildungskontext verwandter Professionen (Schulze-Krüdener & Homfeldt, 2002) und der Ausbildungsforschung allgemein (Ericsson, Charness, Feltovich & Hoffman, 2006). Müller (2007) resümiert als Ergebnis einer umfassenden Studie im pädagogischen Bereich, dass das Studium „auf die Herausbildung beruflicher Qualifikation keine Habitus prägende Wirkung aufweist“ (S. 386). Er vermutet, dass das Studium nicht die „zentrale sozialisatorische Instanz beruflicher Identitätsbildung“ (ebd.) darstellt, sondern diese bereits vor dem Studium geprägt wird. Dieser sehr radikalen und auf nur eine Untersuchung bezogenen Position muss man sich nicht anschließen. Jedoch bleibt die Frage, wie eine Ausbildung oder ein Studium gestaltet werden soll, um möglichst kompetente Fachkräfte hervorzubringen, im psychosozialen Feld bisher noch relativ ungeklärt (vgl. z. B. die Diskussion im Bereich der Beratung bei Nestmann, 2008; zur Sozialen Arbeit Gahleitner et al., 2010, zur Erziehungs-

wissenschaft Kallert, 2000; Schewpe, 2000). Auch in der Psychotherapie selbst mangelt es an Untersuchungen, die die Effekte der verschiedenen Ausbildungselemente aufzeigen und den Einfluss der Ausbildung auf die jeweilige Expertise fokussieren (Hill & Knox, 2013, Laireiter, 2009; Sommerfeld, 2010).

Aus- und Weiterbildung kann heute zudem nicht mehr ohne Blick auf den europäischen und internationalen Kontext gestaltet werden. In dem Bestreben, Europa international wettbewerbsfähiger zu machen, wurde in den letzten zehn Jahren der Bildungsbereich reformiert. Rahmencurricula wurden entwickelt. Nach dem Europäischen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR; Europäische Kommission, 2008) müssen alle anerkannten Studiengänge sowie Aus-, Fort- und Weiterbildungen Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen in den Bereichen „Theorie- und Fachkompetenz“, „personale Kompetenz“, „Kontextkompetenz“ und „Methodenkompetenz“ vermitteln sowie zur „fachlichen Identitätsbildung“ inkl. ethischer Entscheidungskompetenz für den jeweils spezifischen Berufszweig beitragen. AbsolventInnen im Bereich psychosozialer Berufsgruppen sollten zusätzlich über eine stabile, belastungsfähige und ausgeglichene Persönlichkeit mit ausgeprägter Empathie für psychosoziale Aufgabenstellungen und darin beteiligte Personen verfügen. Ihre selbstkritische und reflektierte Haltung sollte ihnen die Ausübung einer professionellen Berufsrolle unter Einbeziehung der eigenen Persönlichkeitsmerkmale und auf der Basis eines reflektierten Welt- und Menschenbildes ermöglichen (ebd.).

Die nationalen Qualifikationsrahmen orientieren sich maßgeblich am europäischen Vorbild. Psychotherapie ist laut Schlögl (2009b) dem EQR-Lernniveau 7 und 8 zugeteilt. „InhaberInnen von Qualifikationen des Niveaus 7 verfügen über ExpertInnenwissen in ihrem Arbeits- oder Lernbereich sowie über Wissen aus anderen Disziplinen, das sie für die strategische Ausrichtung und Leitung komplexer Projekte, Funktionsbereiche oder Unternehmen einsetzen können. Durch die selbstständige Aneignung und kritische Reflexion neuer Informationen und Erkenntnisse sind sie in der Lage, zu Innovationen in ihrem Arbeits- oder Lernbereich beizutragen. InhaberInnen von Niveau 7-Qualifikationen sind darüber hinaus fähig, die Umsetzung strategischer Entscheidungen zu kontrollieren und die Verantwortung dafür zu übernehmen“ (Nationale Koordinierungsstelle für den NQR in Österreich, 2011, S. 30). Das Lernniveau 8 verlangt ExpertInnenwissen auf höchstem Niveau sowie umfassendes Wissen aus anderen Disziplinen, die Fähigkeit, neue Erkenntnisse zu generieren und neues Wissen zugänglich zu machen (ebd., S. 32). Infolge des Professionalisierungsdiskurses bemüht sich derzeit die European Association of Psychotherapy (EAP, 2013) um die Entwicklung von Kernkompetenzen für PsychotherapeutInnen in Europa. Sie will Definitionen bereitstellen, welche Fähigkeiten PsychotherapeutInnen mitbringen sollten, sowie Standards für Psychotherapieausbildungen setzen. In den Ausbildungsgängen psychosozialer Berufsgruppen sollten demnach außerdem die Handlungskompetenzen herausgebildet

werden, das jeweils erworbene theoretische, auch klinische Wissen für die Planung, Gestaltung und Evaluation von professionell begleiteten Veränderungsprozessen unter Beachtung selbstreflexiver Momente einsetzen zu können.

Als zentral in Bezug auf diese Kompetenzen gelten die Lernergebnisse, nicht etwa die Lernwege und Lerninhalte (Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, 2012). Der Begriff „Lernergebnis“ ist kein stabiles Konstrukt, sondern zeigt im engeren Sinne auf, was sich bei einer Person in Hinblick auf Fähigkeiten, Werte, Haltungen, Wissen und Fertigkeiten seit Beginn des Lernprozesses entwickelt und verändert hat. PsychotherapeutInnen beispielsweise handeln wie alle psychosozialen Berufsgruppen dabei stets vermittelt durch die eigene Person. Das bedeutet, die Realisierung, der Output der Professionalität, ist „gebunden an das Medium der Interaktion und Kommunikation“ (Gildemeister, 1983, S. IX). Es bedarf daher einer andauernden „selbstreflexiven“ Aneignung und Gestaltung der Berufsrolle, „sich als Handelnder in diesem Spannungsfeld ... als ‚sein eigenes Werkzeug‘ zu erfahren, sich als solches ‚einzusetzen‘“ (ebd., S. XI; vgl. auch Hanses, 2010). Dazu ist auch eine Reflexion der zugehörigen Machtverhältnisse, der „Wahrnehmung und Brechung unterschiedlicher Wissensarrangements und Wissensordnungen“ (Hanses, 2010, S. 366) unabdingbar, die auch psychotherapeutisches Arbeiten betrifft.

1.1.2 Kompetenzentwicklung im Ausbildungsbereich im gesellschaftspolitischen Kontext

Die soeben ausgeführten Überlegungen verschiedener Disziplinen und Professionen aus psychosozialen Arbeitsfeldern betonen einstimmig Selbsterfahrung und Selbstreflexivität als zentrale Säule helfender Berufsgruppen (Dewe, 2009, 100). Dies entspricht den an vielen Stellen formulierten Anforderungen an AusbildungskandidatInnen der Psychotherapie, denen innerhalb der Psychotherapieausbildung vermittelt werden soll, ihre Persönlichkeit professionell in der Praxis einzusetzen (Kahl-Popp, 2004). Bezüglich der Kernkompetenzen, die in der Psychotherapieausbildung erworben werden sollen – fachlich-konzeptionelle Kompetenz, Methodenkompetenz, personale Kompetenz und Beziehungskompetenz –, stehen also die beiden letztgenannten immer wieder im Vordergrund des Interesses.

Der Anteil der Selbsterfahrung in der Psychotherapie-Ausbildung wird aus dieser Perspektive vehement gefordert. In der Hochblüte des „Psychobooms“ in den 1970er- und 1980er-Jahren standen die selbsterfahrungsorientierten Ausbildungsanteile in vielen Therapieverfahren im Vordergrund der Ausbildungskonzepte. Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für AusbildungskandidatInnen haben sich seither jedoch beträchtlich verändert. Die Alltagswelt hat sich beschleunigt und verdichtet. Prozesse der Globalisierung und Individualisierung haben viele verschiedene berufliche Entwicklungsmöglichkeiten hervorgebracht, deren konstruktive Ausgestaltung jedoch zahlreiche neue Entscheidungsprozesse für Studierende und Ausbil-

ditionskandidatInnen beinhaltet. Vielfältige Chancen und Übergänge prägen die Lebensrealität: Lebenswelten, Lebensorte, Lebenskonstellationen und Lebensumstände in Beruf und Öffentlichkeit, die jeweils zugehörigen Rollen, Funktionen und Aufgaben, eigene Bedürfnisse und Ansprüche haben eine unübersichtliche Vielfalt entwickelt (Weinhold & Nestmann, 2012).

Die dabei entstehenden vielfältigen Chancen, aber auch Risiken für die beteiligten und betroffenen Personen, die Anforderungen bei gleichzeitiger Enttraditionalisierung und Leistungsverdichtung (Beck, 1986), der andauernde Versuch, neue Entwicklungschancen und die sich eröffnenden Gelegenheiten zu nutzen, hat in Ausbildungskontexten häufiger zu einer gegenläufigen Tendenz geführt als noch vor 30 bis 40 Jahren. Als Antwort auf den zunehmenden Verlust kultureller Einbettung und Einbindung (Keupp, 2012) und im Zuge der zunehmenden Verschulung von Studiengängen seit der großen Studienreform, der Bolognareform, zeigen Studierende und AusbildungskandidatInnen heute ein völlig anderes Studienverhalten als noch vor 30 Jahren. Psychotherapie diffundierte erst im Zuge der Bolognareform und den Ideen zu lebenslangen Lernkonzepten in den Einzugsbereich der Universitäten. Insofern zeigen sich die Veränderungen hier besonders gravierend.

Studien- und Ausbildungsgänge werden nach Arbeitsmarktrelevanz und -orientierung sowie nach Kosten und Dauer gewählt und beurteilt. Leistungserfolg oder -misserfolg im Studium hat einen hohen Stellenwert für das Selbstwert- und Lebensgefühl und für die nachfolgende Berufskarriere. Ein möglichst effizienter Studienablauf spielt bei der zeitlichen Belastung von Studierenden und AusbildungskandidatInnen eine immer größere Rolle. Insgesamt hat die zeitliche Belastung für Studierende und AusbildungskandidatInnen zugenommen, Teilzeitstudien in Aus- und Weiterbildungsveranstaltungen sind die Regel geworden, und Studierende studieren wesentlich prüfungsorientierter, zielgerechter und abschlussorientierter als noch vor der Bolognareform (Fleck, 2013). Man kann diese Entwicklungen an vielen Stellen kritisch betrachten, auf jeden Fall aber haben diese Veränderungen zu neuen Erwartungen an Universitäten und Ausbildungsinstituten geführt, die sich dadurch immer mehr in Richtung Dienstleistungsorientierung entwickeln. Selbsterfahrung in ihrem reflexiven, zeitintensiven Charakter und nicht unmittelbar messbaren Output könnte aus dieser Perspektive die geeignete Passung an diese Studienbedingungen verlieren.

Aber: Bedeutet dies, dass Selbsterfahrung und Selbstreflexion mit diesen Entwicklungen auch die Bedeutung in Ausbildungsgängen verloren hat? Nach dem Europäischen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (Europäische Kommission, 2008) ist das Gegenteil der Fall. Auch aktuelle fachpolitische Überlegungen heben – gerade als Antwort auf gesellschaftliche Entwicklungen – verstärkt (selbst)reflexive Anteile als „unverzichtbares ... einzuklagendes Strukturmodell beruflichen Handelns“ (Dewe, 2009, S. 100) hervor. Um einer voreiligen Absage an selbsterfahrungsorientierten Lehrbestandteilen zu begegnen, die sich

weitgehend an Marktaspekten und Effizienz orientiert, ist eine Untersuchung der erwünschten Effekte reflexiver Anteile in der Psychotherapieausbildung umso notwendiger geworden.

1.1.3 Kompetenzentwicklung in der Psychotherapieausbildung

Der Widerspruch zwischen der zahlreich hervorgehobenen Bedeutung der Selbsterfahrung in psychotherapeutischen Ausbildungszusammenhängen einerseits und dem sich konträr dazu entwickelnden Verhalten der AusbildungskandidatInnen andererseits macht die Einschätzung und Erforschung von Selbsterfahrungsanteilen in Psychotherapieausbildungen schwierig und widersprüchlich. Die Untersuchung der Wirkweisen der Selbsterfahrung wie auch anderer spezifischer Ausbildungsaspekte auf die TherapeutInnenkompetenz erweist sich auch aus zwei weiteren Gründen als schwierig: wegen des bisher ungelösten Problems der spezifischen Kompetenzerfassung innerhalb der Psychotherapie (Strauß & Kohl, 2009b) und wegen der großen Heterogenität innerhalb der unterschiedlichen Ausbildungsmodalitäten (Rønnestad & Ladany, 2006).

Die letztgenannte Tatsache betrifft länderspezifische Ausbildungsunterschiede ebenso wie Ausbildungen innerhalb eines Landes (ebd.). Laut einer Studie zur Therapieausbildungssituation in den europäischen Ländern kommen Strauß und Kohl (2009b) zu dem Schluss, dass diese Länderunterschiede verschiedenste Variablen betreffen, wie zum Beispiel das Vorliegen einer gesetzlichen Regelung, Ort, Dauer und Kosten der Ausbildung, anerkannte therapeutische Orientierungen oder die Voraussetzungen, die AusbildungskandidatInnen erfüllen müssen, um zur Ausbildung zugelassen zu werden. Aber auch innerhalb eines Landes können Ausbildungsinhalte und Ausbildungsgestaltung deutlich variieren, was nicht zuletzt auf die unterschiedlichen therapeutischen Orientierungen zurückzuführen ist (Rønnestad & Ladany, 2006).

In Österreich fällt die Variationsbreite ähnlich wie in der Schweiz besonders stark aus. Da sich die vorliegende Studie auf Österreich bezieht, soll die Situation in diesem Land im Folgenden etwas ausführlicher beschrieben werden: Hier finden sich 22 offiziell anerkannte Verfahren – deutlich mehr als in jedem anderen EU-Staat (Strauß & Kohl, 2009a). Für alle in Österreich anerkannten psychotherapeutischen Fachspezifika gilt jedoch die Vorgabe aus dem Bundesministerium für Gesundheit, demzufolge Selbsterfahrung im Rahmen einer Psychotherapieausbildung eine Selbstexploration und Selbstreflexion der persönlichen Biografie ist, als Wirkfaktor für die professionelle psychotherapeutische Arbeit mit PatientInnen erkannt und gezielt gefördert werden soll (Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie, 1990). Die Psychotherapieausbildung in Österreich beinhaltet daher in diesem Bereich qua Gesetz folgende Zielsetzungen: das Erreichen von Introspektionsfähigkeit, Selbstreflexion sowie eine empathische, anerkennende und wertschätzende Haltung

gegenüber PatientInnen und KlientInnen. Ein Segment der Selbsterfahrung ist dabei auch, dass künftige TherapeutInnen die individuellen Alltagsanforderungen und Probleme meistern können und durch Eigentherapie ausreichend reflektiert haben. Allen Verfahren gemeinsam ist, dass sie gesetzlich anerkannte klinische Behandlungsmethoden und Instrumente der Gesundheitsförderung sind und jeweils Aufnahmebedingungen haben.

Das Psychotherapiegesetz verlangt folgende Voraussetzungen für die Ausbildung zum/r PsychotherapeutIn: Ein in Österreich anerkanntes psychotherapeutisches Fachspezifikum darf demnach nur absolvieren, wer eigenberechtigt ist, das 24. Lebensjahr vollendet hat und die weiteren Anforderungen laut Psychotherapiegesetz BGBl. Nr. 361/1990 § 10 (2) 3 bis 9 erfüllt. Dazu gehört die Absolvierung des Propädeutikums, die Zulassung vom Ministerium und ein geeignetes Grundlagenstudium bzw. eine Grundlagenausbildung. Des Weiteren ist zur Aufnahme und Zulassung zur Ausbildung eine positive Beurteilung von dafür speziell anerkannten Lehrenden des gewünschten Fachspezifikums in einem Aufnahmeverfahren – wie es das jeweilige psychotherapeutische Fachspezifikum empfiehlt – erforderlich. Bei aller Differenz der 22 Psychotherapieverfahren werden folgende Eignungskriterien der KandidatInnen dabei in unterschiedlicher Gewichtung in den Blick genommen:

- Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion
- Psychische Stabilität und Rollenflexibilität
- Kontaktfähigkeit und soziales Differenzierungsvermögen
- Einfühlungsvermögen
- Frustrationstoleranz
- Konfliktbewusstsein
- Fähigkeit, mit Emotionen umzugehen
- Wahrnehmungs- und Handlungsfähigkeit in komplexen und sozialen Situationen
- Fähigkeit, Nähe und Distanz zu regulieren
- Bewusstsein für die eigenen biografischen Zusammenhänge und
- Motivation zur Arbeit an sich selbst

In diesem Sinne können – auch noch im Verlauf der Ausbildung – Ausschlusskriterien sein:

- zu geringe Selbstwahrnehmungs- und Selbstreflexionsfähigkeit
- mangelnde Empathiefähigkeit
- schwere Persönlichkeitsstörungen
- unreife Persönlichkeitsstruktur
- mangelnde intellektuelle Begabung
- mangelnde Beziehungsfähigkeit
- mangelnde Frustrationstoleranz
- erschwelter Umgang mit aggressiven Impulsen
- mangelnde Belastbarkeit

- mangelnde soziale Kontakt- und Anpassungsfähigkeit
- auffällige Verhaltensstörung

AufnahmeprozEDUREN und/oder Screeningverfahren während der Ausbildung dienen dazu, die genannten Kompetenzen der Bewerberin oder des Bewerbers zu erfassen. Eine Ablehnung erfolgt je nach Tradition der Ausbildungseinrichtungen sehr unterschiedlich. Die Nichtaufnahme in einem Fachspezifikum schließt nicht aus, dass die BewerberIn in einem anderen Verfahren aufgenommen wird. Das österreichische Psychotherapiegesetz lässt den anerkannten Psychotherapieverfahren damit innerhalb dieser Rahmenbedingungen freie Hand in der Gestaltung ihrer Aufnahmeverfahren. Diesen Traditionen zufolge bestehen in Österreich bei den jeweiligen Ausbildungsinstitutionen unterschiedliche Vorgaben für ein Aufnahmeverfahren zur Ausbildung des jeweiligen psychotherapeutischen Fachspezifikums. So können Selbsterfahrungsveranstaltungen (ein bis vier Tage) oder Einzel-Aufnahmegespräche (eines oder mehrere) oder auch beides (Gruppenerfahrung und Einzelinterviews) zur Absolvierung der Aufnahme durchgeführt werden.

In der Ausbildung unterscheiden sich die Therapieverfahren zumindest bezüglich zweier Punkte: Zum Ersten sind die Ausbildungsinhalte aufgrund der spezifischen theoretischen und verfahrensbezogenen Hintergründe unterschiedlich. Diesbezüglich sind aufgrund des bisherigen Forschungsstandes allerdings keine Kompetenzunterschiede zu vermuten: Viele Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass die Wirksamkeit von Psychotherapie nur wenig auf die therapeutische Orientierung zurückzuführen ist (Berns, 2005; Strauß & Wittmann, 2012, siehe dazu auch das sogenannte „Dodo-Bird-Verdict“, Faust & Zlotnick, 1995). Zum Zweiten unterscheiden sich die in Österreich anerkannten Therapieverfahren untereinander stark bezüglich der Mindestanzahl der curricular vorgeschriebenen Selbsterfahrungsstunden, die für den erfolgreichen Abschluss der Therapieausbildung nötig sind. Dies gilt unabhängig von der gesetzlich vorgeschriebenen Mindeststundenanzahl, übersteigt sie teilweise sogar um ein Vielfaches. Die Gründe dafür liegen in den Aufgaben und Funktionen, die Selbsterfahrungsanteile erfahrungsgemäß in den Ausbildungen erfüllen und ihr auch weiterhin – trotz der empirisch ungeklärten Sachlage – zugeschrieben werden.

1.2 Aufgaben, Funktionen und Ziele der Selbsterfahrung

Gegenüber AusbildungskandidatInnen wird immer wieder angemerkt, „daß ein Patient bei einem bestimmten Kandidaten deshalb noch keine größeren Fortschritte in der Behandlung gemacht hat, weil der Kandidat mit seiner eigenen Entwicklung noch nicht weit genug vorangekommen ist“ (Pfaefflin & Kächele, 2000, S. 93). Da die Rolle der Selbsterfahrung als Ausbildungsbestandteil im Hinblick auf ihre Funktionen von verschiedenen AutorInnen unterschiedlich wahrgenommen und beschrieben wird, haben sich einige AutorInnen mit globalen, schulenübergreifenden Zielen auseinandergesetzt (Caspar, 1998). In der Verhal-

tenstherapie kann heute auf klare Aussagen bezüglich der Aufgaben und Funktionen von Selbsterfahrung zurückgegriffen werden (Seipel & Döring-Seipel, 1998). Unter den therapeutischen Fähigkeiten und Fertigkeiten in diesem Bereich werden – vergleichbar dem Europäischen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (Europäische Kommission, 2008) – vor allem Empathie, Erkennen der eigenen Reaktionen und selbstreflexive Auseinandersetzungsfähigkeit verstanden. Innerhalb der Selbsterfahrungsanteile besteht der Anspruch, diese Fertigkeiten zu erlernen (Berns, 2005; Petzold, 1994a; vgl. auch Petzold & Steffan, 1999).

Für Orlinsky und KollegInnen (2005) gibt es grundsätzlich zwei Ziele der Inanspruchnahme von Eigentherapie: *professionelle* Ziele und *personelle* Ziele. Personelle Ziele werden definiert als Steigerung des Wohlbefindens, während unter professionellen Zielen positive Auswirkungen auf die Effektivität und Qualität der therapeutischen Tätigkeit verstanden werden. Dieser Klassifizierung sehr ähnlich beschreiben Macran und Shapiro (1998) als Hauptziele der Selbsterfahrung den Anstieg der therapeutischen Wirksamkeit und das *Wahren des therapeutischen Wohlbefindens*. Genauer gesagt trägt demnach Selbsterfahrung dazu bei, Stress zu lindern, fördert das emotionale und geistige Wohlbefinden und lehrt die Auszubildenden, auf ihre eigenen Probleme aufmerksam zu werden. Die Eigentherapie hat außerdem zum Ziel, dass angehende TherapeutInnen sich in die Lage ihrer PatientInnen versetzen können, ihr Verhalten mit anderen PsychotherapeutInnen durch Vergleiche besser einschätzen und Interventionen selbst erfahren (Macran & Shapiro, 1998).

Nach Laireiter (2000b) können der Selbsterfahrung, sei es im Gruppen- und Einzelsetting, zusammenfassend folgende Funktionen und Aufgaben zugeteilt werden:

- *Therapeutische Funktion:* Im Fokus stehen hier psychische und interpersonale Störungen und Probleme, die innerhalb der Selbsterfahrung reduziert werden. Außerdem werden die psychischen und emotionalen Funktionen wie z. B. Empathie, Schwingungsfähigkeit etc. der PsychotherapeutInnen verbessert.
- *Sensibilisierung und Persönlichkeitsentwicklung:* Zentral sind die Sensibilisierung für eigene Verhaltens- bzw. Reaktionsmuster und die Entwicklung einer Sensibilität für das eigene Erleben und Verhalten. Die therapeutische und persönliche Beziehungsfähigkeit wird ebenso gefördert wie die Reifung und das Wachstum der Persönlichkeit der TherapeutInnen.
- *Präventive Funktion bzw. Belastungsreduktion:* Aufgrund möglicher Störungen im Selbsterfahrungsprozess stehen die Prävention und Reduktion von emotionalen Belastungen im Vordergrund. Bewältigungsstrategien und Risikoprävention sind Thema in der Selbsterfahrung angehender PsychotherapeutInnen.
- *Sozialisation und Identitätsstiftung:* Innerhalb der Selbsterfahrung findet die Identifikation mit der ausgewählten Psychotherapieorientierung und den dortigen Techniken und

Methoden statt. Ebenso wird die Eigentherapie als Sozialisationsgeschehen in der psychotherapeutischen Ausbildung erlebt.

- *Empathieförderung*: Die Selbsterfahrungsanteile ermöglichen es den Auszubildenden, in die Rolle der PatientInnen zu schlüpfen und empathisch zu reagieren. Eigentherapie sensibilisiert jedoch auch, sich der eigenen Grenzen bewusst zu werden, um auch auf Bedürfnisse und Reaktionen der PatientInnen adäquat reagieren zu können.
- *Methodisch-didaktische Funktion/Ausbildungsfunktion*: Selbsterfahrung hat außerdem die Funktion, die notwendigen Methoden, Techniken, Strategien der gewählten Therapieorientierung – u. a. über Lernen am Modell – zu erwerben.

Laireiter (2014) formuliert weiter drei große Gruppen von Selbsterfahrung in der Psychotherapie: Personenbezogene Selbsterfahrung und Eigentherapie, Praxisbezogene Selbsterfahrung und Selbstreflexion sowie Ausbildungs- oder methodenbezogene Selbsterfahrung. Insbesondere die beiden letzten Aspekte sind kaum erforscht, woraus Laireiter einen zukünftigen Forschungsbedarf formuliert (vgl. jedoch z. B. aktuell Bennett-Levy & Lee, 2012).

Petzold (1994b) formuliert zur Aus- und Weiterbildung von PsychotherapeutInnen für Integrative Leib- und Bewegungstherapie in seinem Buch „Lehrjahre der Seele“: „Der Therapeut geht den Weg, auf den er den Patienten bringen möchte: den Weg der Integration und Kreation“ (S. 323). Petzold führt zum besseren Verständnis dieses Prozesses neben den drei klassischen Kompetenz- und Performanzbereichen – personal, sozial und professionell – explizit einen weiteren Bereich an: die „Förderung des sozialen Engagements“ (ebd., S. 308f.). Damit wird ein an Erkenntnissen und Fähigkeiten orientierter Zielhorizont von Eigentherapie und Selbsterfahrung transzendiert und Selbstreflexion um eine ethische Dimension erweitert. Diesem Konzept ähnlich legen Seipel und Döring-Seipel (1998) einen Zielkatalog vor, der basierend auf verhaltenstherapeutischer Literatur zum Thema Selbsterfahrung zusammengestellt wurde, jedoch keine explizite ethische Dimension thematisiert. Dieser Katalog besteht aus 45 Einzelzielen, die sich innerhalb von fünf Funktionsklassen einordnen lassen:

- Didaktische Funktion
- Therapeutische Funktion
- Selbstreferenzielle und selbstreflexive Funktion
- Präventive Funktion
- Edukative Funktion

Die Selbsterfahrungsanteile der Ausbildung werden in ihren vielfältigen Formen vom Großteil der PsychotherapeutInnen anerkannt und für das therapeutische Handeln subjektiv als wesentlich wahrgenommen (Macran & Shapiro, 1998; Rizq, 2011). Andererseits gibt es mittlerweile einige Befunde, die auf negative Effekte obligatorischer Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung hindeuten (Grimmer & Tribe, 2001; Kumari, 2011; Moller, Timms

& Alilovic., 2009; Rønnestad & Ladany, 2006). Einige AutorInnen sprechen sich deshalb aktuell dezidiert gegen die Eigentherapie aus (Atkinson, 2006; Berns, 2005; Rief, Freyberger & Sartory, 2009). Bedenkt man, dass die Selbsterfahrung als obligatorischer Teil der Psychotherapieausbildung mit hohem finanziellem und zeitlichem Aufwand verbunden ist und auch oft emotionale Belastung aufseiten der TeilnehmerInnen beinhaltet, ist die Klärung des tatsächlichen Nutzens von Eigentherapie empirisch eine Notwendigkeit (Jacobs, 2011).

Augenblicklich noch wenig beachtet, jedoch evtl. von großer Bedeutung für das vorliegende Thema, sind die vielfältigen Befunde sozialpsychologischer Forschung zum Thema Selbsterkenntnis und Selbstreflexion. Damit eng verbunden sind alle Kompetenzen zur Verbesserung kommunikativer Fähigkeiten und zu dem Vermögen, Situationen und Menschen adäquat wahrzunehmen (Vazire & Wilson, 2012). Hierbei spielen insbesondere Erkenntnisse der Wahrnehmung emotionaler Prozesse eine zentrale Rolle. Menschen überschätzen gerne das Ausmaß zukünftiger Freude, während ihre Erwartungen, wie sie sich nach negativen Ereignissen fühlen, eher zutreffen. Mit dieser Feststellung fassen Kushlev und Dunn (2012) die Ergebnisse aus drei Studien zum Thema zusammen. Die beiden Phänomene werden als wesentliche Vorhersagefehler („forecasting errors“) beschrieben, wenn es darum geht, emotionale Zustände vorherzusagen. PsychotherapeutInnen machen hier keine Ausnahme. Inzwischen ist hinreichend bekannt, dass TherapeutInnen im Blick auf sich selbst eher zu Selbstüberschätzungen als einer realistischen Einschätzung neigen (vgl. Bachelor & Horvath, 1999; Busch & Lemme, 1992; vgl. auch Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994). Auch aktuelle Forschungsergebnisse (vgl. z. B. Lieberei & Linden, 2008) zeigen auf, dass die Berufsgruppe der PsychotherapeutInnen Wahrnehmungsverzerrungen zugunsten der eigenen Fähigkeiten aufweisen. In einer Studie zur Selbsteinschätzung von Walfish, McAlister, O'Donnell und Lambert (2009) gab rund die Hälfte der befragten TherapeutInnen an, es komme niemals zu Verschlechterungen bei den selbst behandelten PatientInnen. Wie auch bei anderen Wahrnehmungsverzerrungen sind die Effektstärken in diesen und anderen Studien allerdings nicht sehr beeindruckend, wenngleich sie auf systematische Zusammenhänge verweisen. Ausgeprägter sind die Effektstärken für Personen (Kushlev & Dunn, 2012, S. 278). Dieses Phänomen wiederum wirft die Frage nach der Bedeutung von Persönlichkeitsattributen auf. Menschen unterscheiden sich offensichtlich erheblich in der Ausprägung der Wahrnehmungsverzerrungen.

Ergeben sich aus diesen oder ähnlichen Befunden weitere Schlussfolgerungen für die Psychotherapieausbildung? Oder sind sozialpsychologische Erkenntnisse der Grundlagenforschung für die sehr spezifischen Herausforderungen in der Psychotherapieausbildung unbedeutend? Die Frage lässt sich derzeit aufgrund der Klüfte zwischen den verschiedenen Forschungsbereichen nur schwer beantworten. Dass Wahrnehmungsverzerrungen „die Regel“ sind und Menschen sich in der Ausprägung ihrer Wahrnehmungsverzerrungen

unterscheiden, sollte jedoch in psychotherapeutischen Kontexten mit reflektiert werden – in der Behandlung wie in der Ausbildung der zukünftigen BehandlerInnen.

1.3 Empirische Ergebnisse zu unerwünschten und erwünschten Aspekten der Selbsterfahrung

Dass der Selbsterfahrung in der Forschung bisher so wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, verwundert insbesondere dann, wenn man sich die bisherigen Forschungsbemühungen bezüglich anderer psychotherapiespezifischer Themen vor Augen führt: Bald nachdem Eysenck (1952) die Effektivität von Psychotherapie infrage gestellt und damit die damals gängigen Methoden zum Wirksamkeitsnachweis stark kritisiert hatte, waren aufgrund des davon ausgelösten Rechtfertigungsdrucks in der Psychotherapieforschung rasante Weiterentwicklungen zu verzeichnen (Berman & Norton, 1985; Strauß & Wittmann, 2012). Bereits in den 1970er-Jahren konnte aufgrund breit angelegter Metastudien eine hohe Wirksamkeit von Psychotherapie nachgewiesen werden (Smith, Glass & Miller, 1980).

Mittlerweile existiert eine erhebliche Anzahl an gut abgesicherten empirischen Befunden zur allgemeinen Effektivität von Psychotherapie sowie zu differenzierten Fragestellungen bezüglich spezifischer Wirkfaktoren und Wirkprinzipien (Lambert, 2013a; Strauß & Kohl, 2009b). Verschiedene AutorInnen kommen heute übereinstimmend zu dem Schluss, dass Psychotherapie im Allgemeinen beachtliche positive Effekte auf PatientInnenseite erzielt (Berns, 2005; Cooper, 2008; Lambert, 2004; Lambert & Ogles, 2004; Strauß & Wittmann, 2012). Allerdings finden sich bis dato relativ wenige Befunde darüber, welche Rolle verschiedene Aspekte der Psychotherapieausbildung dabei spielen (Rønnestad & Ladany, 2006; Strauß & Freyberger, 2009; Strauß & Kohl, 2009b). Strupp, Hadley und Gomes-Schwartz (1977) beispielsweise untersuchten PsychotherapeutInnenvariablen, die negative Therapieergebnisse mit sich bringen und fanden dabei neben technisch-verfahrensspezifischer Inkompetenz aufgrund unzureichender Ausbildung und Supervision einen zweiten negativen Faktor der TherapeutInnenpersönlichkeit: eine Kombination aus ungünstigen Persönlichkeitseigenschaften und persönlicher Unreife. Offenbar war dies jedoch unabhängig von der Qualität und Quantität der durchlaufenen Ausbildung.

Der unzureichende Forschungsstand zu Wirkung, Wirkungsweise und Effektivität von Selbsterfahrung im Ausbildungskontext ist neben den oben genannten gesellschaftlichen Veränderungsprozessen auf methodische Schwierigkeiten und mangelnde Qualität der Studien zurückzuführen (Daw & Joseph, 2007; Macran & Shapiro, 1998, Orlinsky et al., 2005; Rizq, 2011; Rønnestad & Ladany, 2006). Neben den schon erwähnten Problemen bezüglich der hohen Heterogenität unter verschiedenen Ausbildungsanbietern erweist sich die Operationalisierung verschiedener Outcome-Aspekte als schwierig (Macran & Shapiro, 1998; Strauß & Kohl, 2009b). Da die Selbsterfahrung als eine Ausbildungskomponente unter

vielen nie losgelöst von anderen Einflussfaktoren wie z. B. Supervision oder theoretischem Input untersucht werden kann, ist eine experimentelle Kontrolle der Prädiktorvariable „Selbsterfahrung“ fast unmöglich. Rizq und Target (2010a, 2010b) fordern zudem, die methodische und konzeptuelle Begrenzung quantitativer Herangehensweisen in den bisherigen Forschungsbemühungen bezüglich Selbsterfahrung um qualitative zu ergänzen. Wenngleich der aktuelle Forschungsstand keine eindeutigen Antworten bezüglich des direkten Einflusses von Selbsterfahrung auf die Therapie-Wirksamkeit liefern kann, finden sich doch verschiedene Studien, die sich mit der wahrgenommenen Veränderung aufseiten der TherapeutInnen auseinandergesetzt haben und zumindest indirekte Effekte vermuten lassen (Macran & Shapiro, 1998). Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die Befunde gegeben.

1.3.1 Unerwünschte Effekte von Selbsterfahrung

Da nicht alle AusbildungskandidatInnen von Eigentherapie gleich gut profitieren, gehen die Meinungen dazu, ob Selbsterfahrung in der Ausbildung verpflichtend sein soll, auseinander (Hill & Knox, 2013; Jacobs, 2011; Rake & Paley, 2009). Unter den Argumenten gegen eine verpflichtende Eigentherapie für AusbildungskandidatInnen finden sich nicht nur fehlende empirische Befunde zur Steigerung der therapeutischen Kompetenz, sondern auch mögliche Risiken und unerwünschte Auswirkungen. Während im deutschsprachigen Raum AusbildungskandidatInnen kaum über negative Effekte von Selbsterfahrung berichten (Lieb, 1998a, 1998b), deuten verschiedene internationale Studien darauf hin, dass Eigentherapie nicht nur von einem Teil der TherapeutInnen als unwirksam erlebt wird, sondern in einigen Fällen sogar mit erheblichen Belastungen einhergeht (Orlinsky et al., 2005). Nach Moller und KollegInnen (2009) kann sich Eigentherapie in der Ausbildung beispielsweise nachteilig auf andere Ausbildungselemente auswirken – u. a., indem die Ausbildung selbst in der Eigentherapie thematisiert wird und dies zu Verunsicherung führt. Es stellt sich jedoch die Frage, ob Belastungen und Verunsicherungen nicht in Ausbildungszusammenhängen einen angemessenen und notwendigen Lernprozess für Psychotherapeuten darstellen.

Zwar ist die aktuelle Forschungslage bezüglich negativer Effekte von ausbildungsbezogener Selbsterfahrung als mangelhaft zu beurteilen (Orlinsky et al., 2011), dennoch kann mit Orlinsky und Kollegen (2005) aufgrund der bisherigen Datenlage davon ausgegangen werden, dass bis zu 10 % der AusbildungsteilnehmerInnen in Eigentherapie von Belastungen betroffen sind. Schon in einer Befragung aus den 1970er-Jahren von Buckley und Kollegen (1981) klagten 21 % über aversive Effekte der Eigentherapie. Auf ein ähnliches Ergebnis, nämlich auf 22 % negative Erfahrungen, kamen Pope und Tabachnick (1994). Diese Zahlen stimmen mit verschiedenen Studien überein, die sich mit schädlichen Effekten von Psychotherapie im Allgemeinen befassen (Kraus, Castonguay, Boswell, Nordberg & Hayes, 2011;

Lambert, 2013b; Lambert, Hawkins & Hatfield, 2002; Linden & Strauß, 2012), und zeigen sich auch in aktuellen Erhebungen aus Österreich (Leitner et al., 2011; Liegl & Leitner, 2011; Märtens & Liegl, 2013). Somit ist zu vermuten, dass selbsterfahrungs-fokussierte Ausbildungsanteile – und darin spielt die Eigentherapie eine besondere Rolle – nicht weniger riskant sind als bei PatientInnen und anderen Ratsuchenden.

In einer Literaturübersicht fasst Rizq (2011) die möglichen negative Auswirkungen der Selbsterfahrung anhand der folgenden Themenbereiche zusammen: erhöhtes Stresslevel, Auswirkungen auf die Partnerschaft, Behandlungsfehler und therapeutische Inkompetenz der AusbilderInnen, zu viel oder zu wenig Identifikation mit dem bzw. der TherapeutIn, Rollenkonfusion aufgrund des Rollenwechsels zwischen TherapeutIn und PatientIn, emotionaler Missbrauch, sexuelle Annäherungsversuche, finanzielle Belastung, Sorgen bezüglich der Geheimhaltung und Angst bezüglich der Auswirkungen von Selbsterfahrung auf die Ausbildung. Ähnliche Ergebnisse ergab ein nationaler Survey von Pope und Tabachnick (1994) mit 800 PsychotherapeutInnen, die Eigentherapie in Anspruch nahmen. Allerdings muss hier nochmals unterschieden werden: Jene Risikofaktoren, die schwerwiegende negative Auswirkungen mit sich bringen, sahen die Befragten bei der Person des bzw. der LehrtherapeutIn, und zwar v. a. in Bezug auf sexuell motivierte Verhaltensweisen, Inkompetenz, emotionalen oder sadistischen Missbrauch, Vertrauensmissbrauch und Unverständnis. Eine gewisse Verunsicherung, ein erhöhter Stresslevel und einige der Auswirkungen auf das persönliche Umfeld hingegen sind möglicherweise eher zu verstehen als Konsequenz einer – prinzipiell erwünschten – Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie, der Berufsrolle und möglichen Belastungen darin, also evtl. als Zieleffekte von selbsterfahrungsorientierten Ausbildungseinheiten zu betrachten. Schmelzer (1996) beispielsweise befasst sich explizit mit Gefahrenquellen und nennt u. a. die Selbsterfahrung als Selbstzweck, die Möglichkeit einer sich entwickelnden psychischen Abhängigkeit von Selbsterfahrung, die mögliche Irrelevanz von Selbsterfahrung für die berufliche Tätigkeit sowie mögliche destruktive Effekte (vgl. hierzu auch Sulz, 2012). Es stellt sich die Frage, welche dieser Aspekte in einem produktiven Geschehen als tatsächlich unerwünscht zu betrachten sind. Diese Komplexität wird von vielen Studien nicht mit reflektiert.

In einer qualitativen Untersuchung anhand semistrukturierter Interviews von acht TherapeutInnen zur Wahrnehmung von Eigentherapie arbeitet Kumari (2011) als eine der vier gewonnen Hauptkategorien Belastung aufgrund der Eigentherapie heraus. Diese Kategorie beinhaltet Sequenzen, in denen deutlich wird, dass sich die Eigentherapie negativ auf die Arbeit mit PatientInnen ausgewirkt hat, dass der Zeitraum, in dem die Eigentherapie durchgeführt werden soll, nicht passend war und dass die verpflichtende Mindestanzahl an Selbsterfahrungsstunden Zeitdruck und eine erhebliche finanzielle Belastung mit sich

gebracht hatte (Kumari, 2011). Insbesondere der finanzielle Aspekt birgt nach Mearns, Flin, Gordon und Fleming (1998, zitiert nach Rizq, 2011) die Gefahr, dass Personen mit weniger finanziellen Ressourcen benachteiligt und im Rahmen einer Psychotherapieausbildung deshalb zusätzlichen Belastungen ausgesetzt sind. Diesbezüglich geben Seipel und Döring-Seipel (1998) zu bedenken, wie sehr Ausbildungsinstitute und LehrtherapeutInnen bzw. LehranalytikerInnen als „NutznießerInnen“ von der verpflichtenden Eigetherapie profitieren. Besonders bedenklich im Kontext der finanziellen Belastung ist die Frage nach einer verpflichtenden Mindeststundenanzahl. Dabei findet sich gerade bezüglich der Dauer der Eigetherapie besonders wenig empirische Unterstützung, dass hierbei mehr gleich besser sei. Zwar zeigen einige Befunde, dass das wahrgenommene Ausmaß an positiver Veränderung durch die Selbsterfahrung im Verlauf der Ausbildung zunimmt (Lieb, 1998a, 1998b), ob dies allerdings auf die Anzahl der bisher absolvierten Selbsterfahrungsstunden zurückzuführen ist, wurde durch die Forschung noch nicht bestätigt. Macran und Shapiro (1998) kommen bei der Betrachtung bisheriger Forschung zu dem Schluss, dass verschiedene Studien diesbezüglich zu sehr unterschiedlichen und teilweise widersprüchlichen Ergebnissen gelangen. So konnte Strupp (1955) beispielsweise zeigen, dass PsychotherapeutInnen zu mehr Aktivität im psychotherapeutischen Geschehen tendierten, wenn sie Eigetherapie in Anspruch nahmen. Die Dauer der Eigetherapie hatte allerdings darauf keinen Einfluss (ebd.).

Auch Orlinsky und Kollegen (2005) halten fest, es gebe keinerlei Evidenz dafür, dass die Eigetherapiemenge per se ein Indikator für bessere Wirksamkeit sei, die über das subjektive Erleben mit dem Label ‚hilfreich‘ hinausgeht. Nach Rønnestad und Ladany (2006) ist ein kurvilinearere Zusammenhang zwischen Eigetherapiemenge und Therapieerfolg am wahrscheinlichsten, wobei mittellange Eigetherapien am erfolgreichsten sind und weit überdurchschnittlich lange Eigetherapieprozesse häufig keine guten Ergebnisse zeigen oder Eigenschaften weniger geeigneter Ausbildungskandidaten verstärken bzw. nicht ausgleichen können. Dieses Ergebnis unterstützt eine aktuelle Untersuchung zu Risiken von Psychotherapie im Allgemeinen, bei der auch längere Prozesse mit mehr unerwünschten Wirkungen einhergehen (Leitner et al., 2012). Damit wird unterstützt, was schon in den 1980er-Jahren von Guy, Stark und Poelstra (1988) betont wurde: Eine höhere Dosis an Eigetherapie kann mit einem erhöhten Risiko negativer Auswirkungen einhergehen. In welchem Umfang Risiken aus Behandlungskontexten auf Ausbildungszusammenhänge übertragbar sind, ist bisher empirisch ungeklärt. Ob AusbildungsteilnehmerInnen möglicherweise über effektive Bewältigungsmechanismen verfügen, die sie vor negativen Effekten schützen und sie weniger gefährdet sind als PatientInnen in psychotherapeutischer Behandlung, erfordert weitere Aufmerksamkeit. Hierzu können aktuell nur Vermutungen angestellt werden; ob zum Beispiel die Annahme zutrifft, dass professionelles Wissen von

AusbildungsteilnehmerInnen diese vor Risiken schützt oder sie aufgrund guter psychischer Gesundheit resistenter sind. Die Frage der Bedeutung aktueller Symptombelastungen oder anders formuliert, die aktuelle psychische Gesundheit wurde deshalb in der vorliegenden Untersuchung als moderierende Variable erfasst.

1.3.2 Erwünschte Effekte

Abgesehen von den Schwierigkeiten, Effekte bestimmter Ausbildungsbestandteile zu erklären, berichten PsychotherapeutInnen in Selbsteinschätzungen überwiegend über positive Wirkungen ihrer Eigentherapie, sowohl in persönlicher als auch in professioneller Hinsicht. In der Regel sind sie mit der Selbsterfahrung überaus zufrieden (Hill & Knox, 2013; Orlinsky et al., 2011; Rake & Paley, 2009; Rizq & Target, 2008). Diese Befunde finden sich relativ homogen über verschiedene Länder und therapeutische Orientierungen hinweg (Orlinsky et al., 2005). Nach Laireiter (2000c) geben befragte PsychotherapeutInnen hinsichtlich persönlicher Effekte zu 83 % positive Effekte auf Selbsteinsicht und Selbstreflexion sowie 71,5 % auf die Reduktion von Belastungs- und Stresserleben an. Noch deutlicher ist die positive Bewertung der Auswirkung auf die professionelle Kompetenz mit je 98,5 % auf das Verständnis für den therapeutischen Prozess und auf das Erkennen und Verstehen der Dynamik der therapeutischen Beziehung. Je 97 % nennen positive Effekte auf das Erlernen therapeutischer Methoden sowie die Verbesserung der eigenen therapeutischen Wirksamkeit (vgl. auch aktuell Taubner, Zimmermann, Kächele, Möller & Sell, 2012). Der erlebte Nutzen der Selbsterfahrung zeigt sich auch daran, dass viele praktizierende PsychotherapeutInnen auch noch nach Beendigung der Ausbildung ihre Eigentherapie fortsetzen (Norcross, Bike, Evans, & Schatz, 2008; Rizq & Target, 2008), und zwar je nach Studie zwischen 66 % und 75 % der befragten TherapeutInnen (Macran, Stiles & Smith, 1999). In einer Studie von Daw und Joseph (2007) wurden dabei als Hauptmotive persönliches Wachstum und Umgang mit persönlichen Belastungen genannt, professionelle Gründe wurden seltener angeführt. Entsprechend zeigte sich in einer Befragung von 175 FamilientherapeutInnen, dass der Nutzen von Eigentherapie hauptsächlich in der Lösung persönlicher Probleme gesehen wird, während Stressoren, die in Verbindung mit der eigenen Profession und Arbeit stehen, seltener als potenzielle Eigentherapiegründe genannt wurden (Deacon, Kirkpatrick, Wetchler & Niedner, 1999). Pope und Tabachnick (1994) befragten 476 TherapeutInnen, davon gaben 84 % an, bisher zumindest einmal selbst Psychotherapie in Anspruch genommen zu haben. Die am häufigsten genannten Gründe waren Depressionen, Beziehungsprobleme, mangelndes Selbstbewusstsein und Ängste, erst danach folgten arbeitsbezogene Themen. Hiermit sind die Motive denen von anderen Nachfragenden ähnlich.

Dennoch spielt die Selbsterfahrung der subjektiven Einschätzung der meisten TherapeutInnen und AusbildungskandidatInnen zufolge eine wichtige Rolle bei der Erlangung professioneller Kompetenzen: In einer Studie, für die rund 4000 TherapeutInnen befragt wurden, zeigte sich, dass Selbsterfahrung konsistent als eines der drei wichtigsten von insgesamt 14 Ausbildungsbestandteilen wahrgenommen wurde (Orlinsky, Botermans, & Rønnestad, 2001; Petzold, Hass & Märten 1998). Dies gilt insbesondere für TherapeutInnen aus psychoanalytischer, systemischer und humanistischer Orientierung. Einzig unter VerhaltenstherapeutInnen wurde die Selbsterfahrung an die siebte Stelle gereiht. Auch im deutschsprachigen Raum schätzen verhaltenstherapeutische AusbildungsteilnehmerInnen die Wichtigkeit der Selbsterfahrung im Mittelfeld unter verschiedenen Ausbildungsbestandteilen ein (Lieb, 1998a). Dennoch wird das Maß an eigener Veränderung durch Selbsterfahrung auch in dieser Stichprobe als hoch positiv bewertet und zwar v. a. in Bezug auf Selbstvertrauen und Ressourcenentdeckung sowie Neuverstehen von sich selbst, ebenso wie für die Aneignung verhaltenstherapeutischer Methoden (Lieb, 1998b).

Schön, Frank und Vaitl (1998) stellen heraus, dass Selbsterfahrung in der Therapieausbildung sowohl personenbezogen als auch berufsbezogen sein sollte, um den Erwartungen der TeilnehmerInnen gerecht zu werden. Auch Macran und Shapiro kommen 1998 anhand einer eingehenden Analyse des damaligen Forschungsstandes zu dem Schluss, dass die meisten TherapeutInnen angeben, sowohl in persönlicher als auch in professioneller Hinsicht von Selbsterfahrung zu profitieren. Aus derselben Forschungsarbeit geht hervor, dass es zwar keine Evidenz für direkte Effekte von Eigentherapie auf den PatientInnen-Outcome gibt, allerdings kann ein positiver Einfluss auf jene TherapeutInneneigenschaften angenommen werden, die allgemein mit Therapiewirksamkeit assoziiert werden, wie z. B. Empathie oder Authentizität (Macran & Shapiro, 1998). Diese Ergebnisse unterstützend, kommen Orlinsky und KollegInnen (2011) in einem aktuellen Überblick zu dem Befund, dass Eigentherapie zur professionellen Entwicklung beiträgt, indem die Empathie gefördert und die Sensitivität gegenüber PatientInnen verbessert wird. TherapeutInnen geben in verschiedenen Untersuchungen an, dass die Eigentherapie zu einem gesteigerten Bewusstsein bezüglich Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen und bezüglich der therapeutischen Beziehung geführt habe (Macran et al. 1999). Zudem nutzen TherapeutInnen Selbsterfahrung, um ihre therapeutischen Fähigkeiten und Skills zu üben und zu festigen sowie eigene Probleme, Konflikte und Werte besser verstehen und professionell nutzen zu können (Orlinsky et al., 2011).

Murphy (2005) befasste sich in einer qualitativen Untersuchung mit der Frage nach dem Prozess, der zu Veränderungen im Zuge der Selbsterfahrung führt. Dazu befragte er in einem Gruppeninterview fünf psychologische BeraterInnen, die in ihrer Ausbildung mindestens 40 Stunden verpflichtende Eigentherapie absolviert hatten. Aufgrund der Auswertung

der so gesammelten Daten entwickelte Murphy ein 4-Phasen-Modell, das die ablaufenden Veränderungsprozesse in der Eigentherapie als Ausbildungsbestandteil beschreibt. Obwohl das Modell aufgrund seiner geringen Fallzahl in seiner Generalisierbarkeit begrenzt ist, wird es wegen der spezifischen Bedeutung für den Forschungsfocus der Studie skizziert:

1. *Phase: Reflexivity* – ungelöste persönliche Probleme, die auf die professionelle Arbeit mit PatientInnen Einfluss nehmen können, kommen ins Bewusstsein der AusbildungsteilnehmerInnen.

2. *Phase: Growth* – es kommt zu einer Stärkung des Selbstbewusstseins und der Fähigkeit, andere empathisch zu verstehen.

3. *Phase: Authentication* – der/die AusbildungsteilnehmerIn erlangt die Bestätigung, sich selbst in Passung mit den erlernten Techniken zu erleben und sich als zuversichtliches „Werkzeug“ wahrzunehmen.

4. *Phase: Prolongation* – die Eigentherapie wird in der finalen Phase als hilfreiches Instrument erlebt, das auch nach Abschluss der Ausbildung zur weiterführenden professionellen Entwicklung gut genutzt werden kann.

1.4 Schlussfolgerungen

Die an vielen Stellen deutlich gewordenen Widersprüchlichkeiten und Lücken in den Forschungsergebnissen zum Thema Selbsterfahrung in der Ausbildung der Psychotherapie auf der einen und dem immer noch großen internationalen Interesse an weiteren Ergebnissen auf der anderen Seite zeigen auf, dass nach wie vor viele Detailfragen ungeklärt sind. Welchen Nutzen hat Selbsterfahrung für welche AusbildungskandidatInnen? Gibt es therapieschulenspezifische Aspekte der Effekte von Selbsterfahrung? Wie lässt sich dieser Nutzen in der Ausbildung für die spätere Praxis beschreiben? In welche Ausbildungskontexte sind Selbsterfahrungsanteile eingebettet und welche Auswirkungen hat dies? Welche Risiken und Probleme der Selbsterfahrung in Ausbildungszusammenhängen können erwartet werden und wie können Risiken für AusbildungsteilnehmerInnen reduziert werden? Selbsterfahrung, so auch Strauß und Kohl (2009b), ist ein in der Forschung besonders vernachlässigter Ausbildungsbestandteil, dessen Einfluss auf die psychotherapeutische Kompetenz aktuell kontrovers diskutiert wird und bisher nicht als empirisch bestätigt angesehen werden kann (Berns, 2005). Die vorliegende Studie fokussiert diese Fragen mit einem triangulative mixed-method-Design, um einen mehrperspektivischen Zugang zu ermöglichen.

2 Fragestellung und methodisches Vorgehen

2.1 Fragestellung

Wie im Theorieteil dargestellt, ist Selbsterfahrung in ihrer Wirkung auf zukünftige PsychotherapeutInnen schwer empirisch zu erfassen. Aufgrund der widersprüchlichen Ergebnislage, die wesentlich aus dieser methodischen Schwierigkeit resultiert, wird ein facettenreicher Diskurs zum Thema (siehe Kap. 1) geführt. Einige ForscherInnen sprechen sich – beziehungsweise auf die ungesicherten Kenntnisse – sogar gegen Eigentherapie bzw. Selbsterfahrung als verpflichtenden Bestandteil von Ausbildungslehrgängen zur Psychotherapie aus. Auch die Heterogenität der Gesamtstundenanzahl der Selbsterfahrung in den verschiedenen Ausbildungslehrgängen spiegelt die Kontroverse zwischen diesen Argumentationssträngen wider. Demgegenüber stehen jedoch zahlreiche positive Ergebnisse über Selbsterfahrungsanteile in der Psychotherapieausbildung in verschiedenen qualitativen wie quantitativen Untersuchungen (vgl. aktuell Laireiter, 2014). Auch langjährige Praxiserfahrungen – von Beginn der Psychotherapie an – weisen auf die hohe Bedeutung der Selbsterfahrung in der Psychotherapie hin. Selbsterfahrung wird dabei als *die* entscheidende Professionssozialisation betrachtet.

Entlang dieser Überlegungen liegen der vorliegenden Forschungsarbeit folgende Fragestellungen zugrunde:

- Welche Bedeutung wird der Selbsterfahrung aktuell von (angehenden) PsychotherapeutInnen beigemessen?
- Hat Selbsterfahrung für (angehende) PsychotherapeutInnen in den verschiedenen therapeutischen Grundorientierungen einen unterschiedlichen Nutzen?
- Wie lassen sich der Nutzen und der Effekt von Selbsterfahrung in der Ausbildung für die spätere Praxis beschreiben?
- Wird Selbsterfahrung in unterschiedlichen Entwicklungsphasen (Ausbildung, Beginn und nach langjähriger Berufserfahrung) anders eingeschätzt?
- Beeinflusst die psychische Verfassung (Symptomwahrnehmung) die Bedeutung der Selbsterfahrung in der Ausbildung?
- Welche Faktoren beeinflussen und erschweren die Entwicklung von Standards?
- Welche Risiken und daraus ableitbare Probleme der Selbsterfahrung lassen sich aufzeigen?

2.2 Untersuchungsdesign

Da die Qualität von Selbsterfahrung für die Praxis der Psychotherapie forschungsmethodologisch so schwer fassbar ist, wurde bei dem vorliegenden Forschungsprojekt ein multimethodisches Vorgehen gewählt. In einem ersten Schritt hat sich das Forschungsteam

intensiv mit Studien und Quellen zur Thematik „Selbsterfahrung in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen“ auseinandergesetzt. Die Rechercheergebnisse wurden mit externen BeraterInnen aus Forschung und Praxis rückgekoppelt und diskutiert. Anschließend wurde eine Triangulation qualitativer und quantitativer Vorgehensweisen gewählt, wobei bei der Beantwortung der Forschungsfragen nach Flick (2011) der Fokus nicht primär auf unterschiedliche Erhebungs- und Auswertungsmethoden, sondern auf unterschiedliche Perspektiven – jene der (Lehr-)PsychotherapeutInnen und der PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision (i.A.u.S.) – gesetzt wurde. Diese beiden Perspektiven wurden in der Stichprobe der quantitativen Erhebung genauer eingegrenzt und als „Seniors“ bzw. „Juniors“ bezeichnet (vgl. Orlinky & Ronnestad, 2005). In der Stichprobe der qualitativen Erhebung wird zwischen der Gruppe der PsychotherapeutInnen (inkl. LehrtherapeutInnen) und PsychotherapeutInnen (i.A.u.S.) unterschieden. Zur Konkretisierung der Ergebnisse wurden Leitfadeninterviews mit TherapeutInnen durchgeführt. Zur argumentativen Interpretationsabsicherung und der Praxisrelevanz (Auckenthaler, 1990) wurden die Ergebnisse in begleitenden ExpertInnenrunden und Veranstaltungen immer wieder zur Diskussion gestellt und kommunikativ validiert.

Das Vorgehen der Untersuchung lässt sich in fünf Phasen gliedern:

Untersuchungsdesign	Untersuchungsmethodik und Forschungsschritte
Phase 1	umfassende Recherche, Einbindung von ExpertInnen
Phase 2	Fragebogenscreening mit Psychotherapie-AusbildungskandidatInnen (N = 53), zwei Tiefeninterviews mit AusbildungskandidatInnen, Auswertung der Screenings und Interviews, Leitfadententwicklung für Gruppendiskussionen
Phase 3	sieben Gruppendiskussionen mit (Lehr-)TherapeutInnen, drei Gruppendiskussionen mit PsychotherapeutInnen i.A.u.S., SE-Fragebogenentwicklung, qualitative Auswertung
Phase 4	Fragebogenaussendung SE-Fragebogen & Brief SCL an PsychotherapeutInnen 1993-1995 & 2009-2011 und Psychotherapie- sowie Psy-3-AusbildungskandidatInnen
	Quantitative Auswertung, sieben vertiefende Leitfadeninterviews mit PsychotherapeutInnen und PsychotherapeutInnen i.A.u.S.
Phase 5	Triangulation der Ergebnisse, Präsentation der Ergebnisse mittels Vorträgen, Publikationen

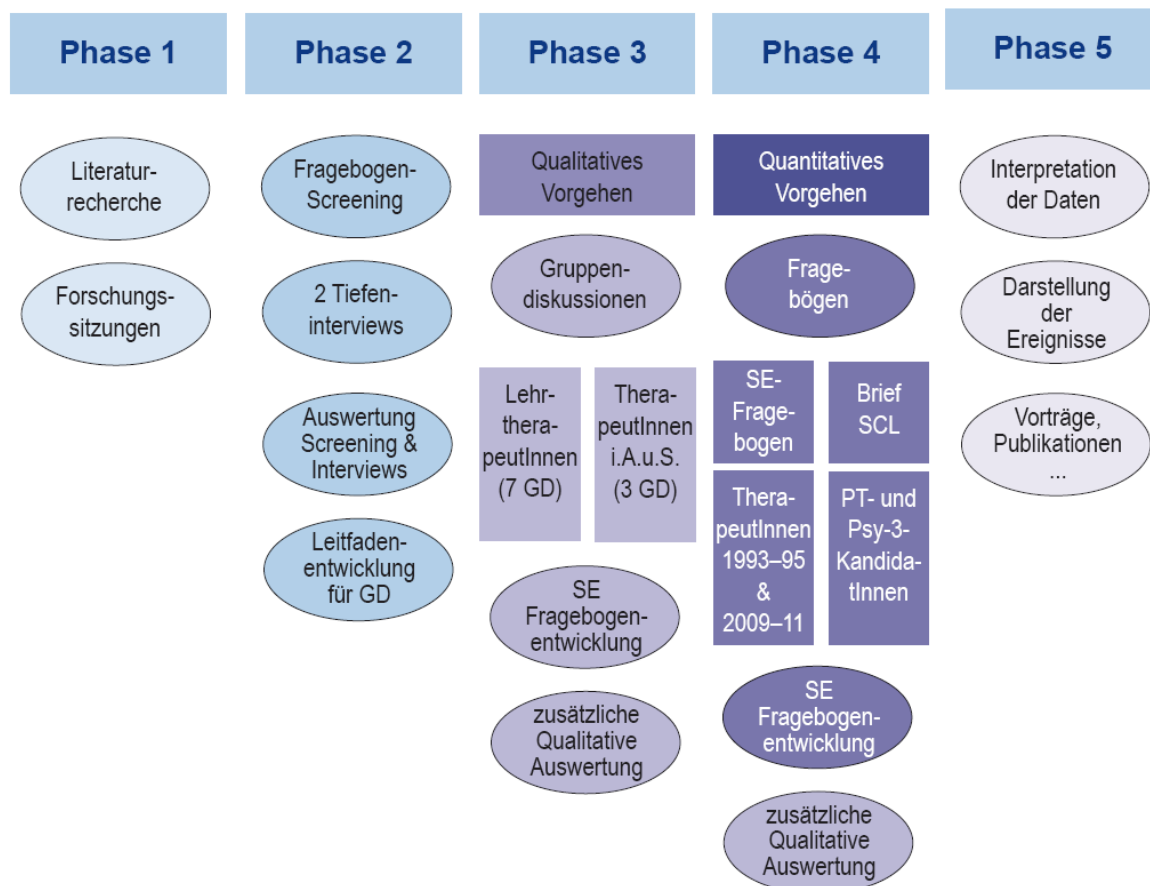


Abb. 1 Untersuchungsdesign

(GD=Gruppendiskussion; TherapeutIn i.A.u.S.=TherapeutIn in Ausbildung unter Supervision; SE-Fragebogen = Selbsterfahrungs-Fragebogen; Brief-SCL = Brief Symptom Check List (Franke, 2000); PT-KandidatInnen = Psychotherapie-AusbildungskandidatInnen; Psy-3-KandidatInnen = AusbildungskandidatInnen zu Psychotherapeutischen MedizinerInnen)

2.3 Methodisches Vorgehen des qualitativen Untersuchungsteils

2.3.1 Qualitative Methodik – Gruppendiskussionen

Zu Beginn der zweiten Phase wurde ein halboffener Screeningbogen für fünf verschiedene Ausbildungsgruppen (N = 53) entwickelt, der Daten zur subjektiven Bewertung einzelner Ausbildungsinhalte und den Status quo über bereits absolvierte Selbsterfahrung erfragte. Die befragten Personen erhielten zusätzlich die Möglichkeit, sich für qualitative Interviews bereitzuerklären. In zwei daraus rekurrerten Interviews wurde die Wahrnehmung der Rolle der Selbsterfahrung (Bedeutung, Wirkung etc.) in der Ausbildung der Psychotherapie zum Thema gemacht. Die 53 Screeningbögen und die beiden Tiefeninterviews stellten die Basis zur Entwicklung eines Leitfadens für die qualitativen Gruppendiskussionen dar. Die Vorbereitung der Gruppendiskussionen basierte auf einer inhaltlichen Zusammenschau aller vom Bundesministerium anerkannten Ausbildungsstätten und ihren Ausbildungsordnungen. Ziel des folgenden qualitativen Vorgehens war es, möglichst viele der in Österreich angebotenen

Fachspezifika zu Wort kommen zu lassen.

Sampling für die Gruppendiskussionen

Insgesamt wurden zehn Gruppendiskussionen durchgeführt: sieben mit (Lehr-)PsychotherapeutInnen und drei mit AusbildungskandidatInnen im Status unter Supervision, (PsychotherapeutInnen i.A.u.S.). Die Gruppendiskussionen fanden in der Zeit von März bis Juni 2010 statt, dauerten im Durchschnitt 1 Stunde 45 Minuten und wurden an der Donau-Universität Krems durchgeführt. Das Forschungsteam bemühte sich, VertreterInnen möglichst aller in Österreich zu diesem Zeitpunkt anerkannten Fachspezifika als DiskutantInnen (siehe Tab. 1) einzuladen, um eine möglichst große Breite der Psychotherapieverfahren abzudecken. Dementsprechend ist es gelungen, bei den sieben Gruppendiskussionen mit (Lehr-)TherapeutInnen und PsychotherapeutInnen 21 (Lehr-)PsychotherapeutInnen von 17 unterschiedlichen psychotherapeutischen Fachspezifika für die Diskussionsrunde zu gewinnen. Dabei waren neun weibliche und zwölf männliche PsychotherapeutInnen beteiligt.

Tiefenpsychologisch- psychodynamische Orientierung	Humanistisch- existenzielle Orientierung	Systemische Orientierung	Verhaltens- therapeutische Orientierung
Psychoanalyse	Existenzanalyse und Logotherapie	Systemische Familientherapie	Verhaltenstherapie
Gruppenpsychoanalyse	Integrative Gestalttherapie		
Daseinsanalyse	Integrative Therapie		
Hypnosepsychotherapie	Klientenzentrierte Psychotherapie		
Dynamische Gruppenpsychotherapie	Personenzentrierte Psychotherapie		
Katathym Imaginative Psychotherapie	Psychodrama		
Konzentrierte Bewegungstherapie	Gestalttheoretische Psychotherapie		
Transaktionsanalyse			

Tab. 1 Therapieverfahren der Gruppendiskussion mit 21 (Lehr-)PsychotherapeutInnen

Danach wurden drei weitere Gruppendiskussionen mit insgesamt 14 AusbildungskandidatInnen im Status unter Supervision (PsychotherapeutInnen i.A.u.S.) durchgeführt. Sie stammten aus 13 psychotherapeutischen Fachspezifika und gaben Auskunft über ihre subjektive Einschätzung zur Bedeutung der Selbsterfahrung, über ihre Erfahrung mit Selbsterfahrungsanteilen im Ausbildungskontext und über die Angemessenheit des Ausmaßes an Selbsterfahrung in Ausbildungszusammenhängen. Auch hier sollten möglichst viele Fachspezifika zu dieser Thematik (siehe Tab. 2) zu Wort kommen. Insgesamt nahmen elf weibliche und drei männliche AusbildungskandidatInnen an den Gruppendiskussionen teil.

Tiefenpsychologisch- psychodynamische Orientierung	Humanistisch- existenzielle Orientierung	Systemische Orientierung	Verhaltens- therapeutische Orientierung
Psychoanalyse	Existenzanalyse und Logotherapie	Systemische Familientherapie	Verhaltenstherapie
Daseinsanalyse	Integrative Gestalttherapie		
Dynamische Gruppenpsychotherapie	Integrative Therapie		
Katathym Imaginative Psychotherapie	Klientenzentrierte Psychotherapie		
Konzentrierte Bewegungstherapie	Psychodrama		
Transaktionsanalyse			

Tab. 2 Therapieverfahren der Gruppendiskussionen mit 14 PsychotherapeutInnen i.A.u.S. (in Ausbildung unter Supervision), ein Verfahren doppelt besetzt

Auswertung der Gruppendiskussionen

Im Sinne des prozesshaften Vorgehens in der qualitativen Forschungsmethodik (Glaser & Strauss, 1967) wurde der Leitfaden für die Gruppendiskussionen mit LehrtherapeutInnen und PsychotherapeutInnen auf Basis der Analysen der ersten Transkripte überarbeitet und das weitere Vorgehen an diese Ergebnisse adaptiert. So konnten die Fragen noch gezielter an die interessierenden Themen angepasst werden. Die zehn Gruppendiskussionen wurden computergestützt mit dem Programm Atlas.ti thematisch kodiert und mittels Qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2011) ausgewertet. Die thematischen Kodierungen dienten zudem

der Fragebogenentwicklung für den quantitativen Teil der Erhebung.

2.3.2 Qualitative Methodik – Leitfadeninterviews

Signalisierten befragte Personen der quantitativen Fragebogenerhebung ihre Bereitschaft, sich in einem qualitativen Interview vertiefend mit der Thematik auseinanderzusetzen, bestand durch Angabe von Kontaktdaten (E-Mail) die Möglichkeit, sich dafür zur Verfügung zu stellen. Mit diesen KandidatInnen wurden sieben weitere Leitfadeninterviews zu Ende der Erhebungen geführt, um die bisher analysierten Ergebnisse zu präzisieren und zu untermauern. Diese leitfadengestützten Interviews boten die Möglichkeit, die bisher gewonnenen Ergebnisse aufzugreifen und mit den Interviewten zu diskutieren (Mey & Mruck, 2010). Der Leitfaden legte den Schwerpunkt auf die Bedeutung der Selbsterfahrung für die spätere Praxis, ging also der übergeordneten Frage nach dem Nutzen der Selbsterfahrung für die psychotherapeutischen Kompetenzen nach. Insbesondere wurde gezielt nach anschaulichen Fallvignetten gefragt wie z. B. Wo genau wird Selbsterfahrung in der späteren Praxis, im konkreten Tun als hilfreich erlebt?

Sampling

25 Juniors und 12 Seniors äußerten am Ende des Fragebogens ihr Interesse, sich im Einzelgespräch vertiefend über Selbsterfahrung interviewen zu lassen. Aus diesem InteressentInnenkreis wurden jene Personen ausgewählt, die in der praktischen KlientInnenarbeit besonders stark verwurzelt waren und bereits über ausreichend Erfahrung verfügten. Ein weiteres Auswahlkriterium ergab sich aus einem bereits ausgearbeiteten Ergebnis des quantitativen Untersuchungsteils. Hier wurde ein Vergleich zwischen der Anzahl an Selbsterfahrungsstunden laut Curriculum und der Einschätzung des individuellen Bedarfs an Selbsterfahrung (Angabe der geschätzten Stundenanzahl im Fragebogen) zugrunde gelegt. Des Weiteren wurde versucht, auf ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis – in Relation zum Forschungsfeld – zu achten. Unter Berücksichtigung dieser Auswahlkriterien konnten schließlich vier Seniors (drei Frauen, ein Mann) und drei weibliche Juniors, die stark im Ausmaß der absolvierten Selbsterfahrungsstundenanzahl differierten, befragt werden. Die digital aufgezeichneten Interviews dauerten im Durchschnitt 55 Minuten und fanden in den Praxen der Interviewten oder Räumen der Universität statt. Im Anschluss an die Gespräche wurden Interviewtranskripte angefertigt.

Auswertung

Die sieben leitfadengestützten Interviews wurden im Anschluss an die Transkripterstellung computergestützt nach Mayrings Qualitativer Inhaltsanalyse (2011) ausgewertet. Dadurch erstellte Kategorien wurden zudem mit den Kategorien der Gruppendiskussionen im Sinne des triangulativen Vorgehens rückgekoppelt, um damit weitere Analysezyklen möglich zu machen. Zur argumentativen Interpretationsabsicherung sowie zur Sicherstellung der

Praxisrelevanz wurden die Ergebnisse stets im Austausch zwischen ForscherInnen und PraktikerInnen kommunikativ validiert.

2.4 Methodisches Vorgehen des quantitativen Untersuchungsteils

2.4.1 Entwicklung des Fragebogens

Um differenzierte Aussagen über den subjektiv erlebten Nutzen der ausbildungsbezogenen Selbsterfahrung von österreichische PsychotherapeutInnen und AusbildungskandidatInnen treffen zu können und darüber hinaus Feststellungen über deren Einstellung in Bezug auf eine „vernünftige“, verpflichtende (Mindest-)Dosis an Selbsterfahrung zu ermitteln, wurde – zum Teil ausgehend von den Ergebnissen der qualitativen Analyse – ein Fragebogen (siehe Anhänge 5-7) entwickelt. Erste Analysen der Gruppendiskussionen zeigten, dass der Nutzen von Selbsterfahrung für den Aufbau psychotherapeutischer Fähigkeiten und Fertigkeiten insbesondere im Bereich psychotherapeutischer Techniken und in der Beziehungsgestaltung verortet wird. Auf einer 11-stufigen Prozentskala (0% = „gar nicht wichtig“ bis 100% = „vollkommen wichtig“) sollten die TeilnehmerInnen einschätzen, wie wichtig sie sowohl ihre eigene Einzel- als auch ihre eigene Gruppenselbsterfahrung in Bezug auf diese psychotherapeutischen Kompetenzen erlebt haben.

Zudem ergab sich aus den qualitativen Analysen, dass ausbildungsbezogene Selbsterfahrung neben der professionellen Entwicklung auch Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung von PsychotherapeutInnen i.A.u.S. hat. Auch hier sollte anhand einer Prozentskala eingeschätzt werden, wie sehr von der Einzel- bzw. Gruppenselbsterfahrung hinsichtlich der Entwicklung der eigenen Persönlichkeit profitiert werden konnte. Ebenfalls wurde anhand desselben Antwortformats erhoben, ob dem Lehrtherapeuten/der Lehrtherapeutin eine wichtige Modellfunktion zugesprochen wurde, inwieweit in der Selbsterfahrung die professionellen Grenzen erfahren werden konnten und welche Rolle externe Faktoren (räumliche Nähe, Ausbildungsdauer, Kosten der Ausbildung) bei der Entscheidung für die Ausbildung in der jeweils gewählten psychotherapeutischen Methode gespielt haben.

Um Informationen über individuelle Erfahrungen und Einstellung zur Selbsterfahrungsdosis zu erheben, wurden die TeilnehmerInnen gefragt, wie viel Selbsterfahrungsstunden im Zuge der Ausbildung (bisher) absolviert wurden, welche Mindestanzahl an Selbsterfahrungsstunden im jeweiligen Curriculum vorgegeben ist/war, welche Selbsterfahrungsdosis ihrer Meinung nach als „vernünftige“ verpflichtende Mindeststundenanzahl angesehen wird und wie viel Selbsterfahrung notwendig war/noch sein wird, um professionell mit PatientInnen arbeiten zu können. Diese Fragen wurden in Bezug auf Gruppen- und Einzelselbsterfahrung getrennt erhoben.

Mit Bezug auf die vorangegangenen Reflexionen und die Literatur ist neben der professionellen und persönlichen Entwicklung als drittes Ziel der ausbildungsbezogenen Eigenthe-

rapie die Gewährleistung und Erhaltung der psychischen Gesundheit zu nennen. Hierzu sollte die aktuelle psychische Verfassung als moderierende Variable, bezogen auf andere Einstellungen und Einschätzungen, bei allen drei Stichproben erfasst werden. Das Ausmaß psychischer Belastung wurde anhand der Brief Symptom Checklist (BSCL, vormals BSI = Brief-Symptom Inventory; vgl. Franke, 2000) erhoben. Dabei handelt es sich um ein standardisiertes, psychometrisch gut überprüfbares Instrument zur Erfassung aktueller psychischer Beeinträchtigungen. Die BSCL erfasst bei einer ungefähren Durchführungsdauer von zehn Minuten anhand von 53 Items zu körperlichen und psychischen Symptombildern die individuell empfundene Belastung in den letzten sieben Tagen. Die Selbstbeurteilung der subjektiven Beeinträchtigung erfolgt dabei anhand einer fünfstufigen Likert-Skala (0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“). Die BSCL liefert ein differenziertes Bild über die Belastung der ForschungsteilnehmerInnen anhand von neun Skalen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit in Sozialkontakten, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Als Gesamtmaß für die Belastung wurde in der vorliegenden Studie der Global Severity Index (GSI) herangezogen. Der GSI wird berechnet, indem die Summe der einzelnen Skalenwerte durch die Gesamtanzahl der beantworteten Items dividiert wird. Der GSI erreicht je nach Studie eine Reliabilität (Cronbach-Alpha) zwischen $\alpha = .92$ und $\alpha = .96$ und ist anhand verschiedener Außenkriterien als zufriedenstellend validiert zu beurteilen (vgl. Franke, 2000). Aufgrund der Validierung an unterschiedlichen Stichproben kann die Symptombelastung auch mit Angaben zur Bevölkerung und zwischen den drei Stichproben verglichen werden.

Zur Darstellung der Stichprobe und um Vergleiche zwischen verschiedenen Gruppen durchführen zu können, wurden zusätzlich zu den genannten Variablen folgende soziodemografischen Daten erhoben:

- Alter und Geschlecht
- Beruflicher Hintergrund/Vorbildung
- Therapeutische Methode/Orientierung
- Jahr, in dem die psychotherapeutische Ausbildung begonnen wurde
- aktuelle Wochenstundenanzahl an psychotherapeutischer Tätigkeit

2.4.2 Die Stichprobe

Die Fragebogenerhebung sollte ein umfassendes Bild der Vorstellungen zu Selbsterfahrung der österreichischen PsychotherapeutInnen und der AusbildungskandidatInnen geben, um ein breites Spektrum an Eindrücken mit Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung abbilden zu können. So wurden (a) Seniors (PsychotherapeutInnen, die bereits lange im Feld tätig sind), (b) Juniors („junge“ PsychotherapeutInnen) und (c) AusbildungskandidatInnen sowie (d) ÄrztInnen in Ausbildung zum/zur Psychotherapeutischen MedizinerIn zur

Mitarbeit an der Studie eingeladen:

- a) PsychotherapeutInnen aller in Österreich anerkannten Fachspezifika mit einem Eintragsdatum in die Liste der PsychotherapeutInnen des Bundesministeriums für Gesundheit zwischen 1993 und 1995 (N = 319) in einer Zufallsauswahl.
- b) PsychotherapeutInnen aller in Österreich anerkannten Fachspezifika mit einem Eintragsdatum in die Liste der PsychotherapeutInnen des Bundesministeriums für Gesundheit zwischen 2009 und 2011 (N = 320) in einer Zufallsauswahl.
- c) PsychotherapieausbildungskandidatInnen aller in Österreich anerkannten Fachspezifika (N = 635). In dieser Gruppe konnte nur innerhalb der Ausbildungsgruppen an der Donau-Universität Krems (Integrative Gestalttherapie, Integrative Therapie, Klientenzentrierte Psychotherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie, Psychodrama sowie Transaktionsanalyse) eine zufällige Auswahl gewährleistet werden. Die Auswahl durch Ausbildungsvereine und KandidatInnenvertreterInnen der psychotherapeutischen Fachspezifika ließ nur eine selektive Auswahl zu, deren Ausgestaltung sehr variabel war.
- d) ÄrztInnen in Ausbildung zum ÖÄK-Diplom für Psychotherapeutische Medizin (N = 66) der Ausbildungsgänge an der Donau-Universität Krems in einer Zufallsauswahl.

Von den insgesamt 1340 an die Gruppen a) bis d) ausgesendeten Fragebögen im Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis einschließlich 16. April 2012 wurden 345 Bögen ausgefüllt zurückgeschickt, was einem Gesamtrücklauf von 25,75 % entspricht. Es konnten 133 PsychotherapeutInnen (davon 50 Seniors und 83 Juniors), 193 AusbildungskandidatInnen und 19 Psy-3-ÄrztInnen in Ausbildung in die Untersuchung eingeschlossen werden.

Folgende Tabellen geben einen Überblick über die Stichprobe in Bezug auf die soziodemografischen Variablen:

	Alter	Geschlecht	
		weiblich	männlich
KandidatInnen (N = 182)	38,9	146 (80,5 %)	36 (19,5 %)
Juniors (N = 78)	44,4	58 (74,4 %)	20 (25,6 %)
Seniors (N = 43)	55,6	31 (72,1 %)	12 (27,9 %)
Psy-3-KandidatInnen (N = 19)	41,3	15 (78,9 %)	4 (21,1 %)

Anmerkung: Differierende N ergeben sich aus den zum Teil fehlenden Angaben.

Tab. 3 Alter in Jahren; Geschlecht der Stichprobe – Angaben in absoluten Häufigkeiten (Prozent)

	Psychotherapeutische Orientierung			
	Tiefenpsychologisch	Humanistisch	Systemisch	Verhaltenstherapeutisch
KandidatInnen (N = 193)	30	124	36	3
Juniors (N = 81)	29	33	15	4
Seniors (N = 44)	14	16	12	2
Psy-3-KandidatInnen (N = 19)	0	19	0	0

Anmerkung: Differierende N ergeben sich aus den zum Teil fehlenden Angaben.

Tab. 4 Psychotherapeutische Orientierung der Stichprobe – Angaben in absoluten Häufigkeiten

	Psychotherapeutische Tätigkeit (Aktuelle Wochenstunden)
KandidatInnen (N = 182)	7,16
Juniors (N = 76)	18,82
Seniors (N = 46)	18,96
Psy-3-KandidatInnen (N = 10)	10,9

Anmerkung: Differierende N ergeben sich aus den zum Teil fehlenden Angaben in den Fragebögen.

Tab. 5 Psychotherapeutische Tätigkeit in Wochenstunden

Das Spektrum der beruflichen Ausgangsqualifikationen spannt sich von Psychologie über Medizin und Soziale Arbeit bis zur Lebens- und Sozialberatung – quer über alle Kohorten hinweg.

2.4.3 Die Datenanalyse

Um mögliche Gruppenunterschiede zwischen den verschiedenen Kohorten oder den therapeutischen Orientierungen hinsichtlich der untersuchten abhängigen Variablen (z. B. der erlebten Nützlichkeit der Selbsterfahrung oder dem subjektiven Bedarf) festzustellen, wurden einfaktorielle ANOVAs berechnet. Wenn die Daten zusätzlich auf Interaktionseffekte zwischen den unabhängigen Variablen überprüft werden sollten, wurden mehrfaktorielle Varianzanalysen eingesetzt. Anhand des Levene-Tests wurden die zu vergleichenden Gruppen im Voraus auf Varianzhomogenität überprüft. Fiel dieser signifikant aus (und konnte deshalb keine Homogenität der Varianzen angenommen werden), wurde statt der üblichen F-Statistik

zum Gruppenvergleich die Welch-Statistik herangezogen. In der Darstellung der Ergebnisse sind solche Fälle gekennzeichnet, indem neben der angegebenen Signifikanz der Wert der Welch-Statistik angeführt wird. Da sich die Teilgruppengrößen innerhalb aller interessierenden unabhängigen Variablen deutlich unterscheiden, wurde als Post-Hoc-Test der Games-Howell-Test gewählt, der zudem bei inhomogenen Varianzen hohe Robustheit aufweist. Aufgrund der unterschiedlichen Stichprobenumfänge wurden bei der Durchführung der mehrfaktoriellen Varianzanalyse ebenfalls Typ-III-Quadratsummen als Berechnungsgrundlage herangezogen. In diesen mehrfaktoriellen Analysen konnte die (zu kleine) Teilstichprobe der VerhaltenstherapeutInnen aus auswertungstechnischen Gründen leider nicht berücksichtigt werden ($N = 9$).

Um verbundene Stichproben zu vergleichen, wurden im Falle von zwei Gruppen T-Tests und bei $N > 2$ Gruppen Repeated-Measurement-Designs verwendet. Bei der Überprüfung von Wechselwirkungen zwischen Effekten verbundener (z. B. Gruppen- versus Einzel-selbsterfahrung) und unabhängiger Stichproben (z. B. Kohorte) wurden Mixed-Measurement-Designs herangezogen. Um Variablen auf Zusammenhänge zu überprüfen, wurde der Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet. Das Signifikanzniveau wurde bei allen Tests konventionell auf $\alpha = .05$ festgelegt und entsprechend ausgewiesen.

2.5 Überlegungen zu den Möglichkeiten und Grenzen der vorliegenden Untersuchung

Bereits beim Überblick über bisherige Forschungsergebnisse wurde deutlich, dass der Forschungsgegenstand Selbsterfahrung Forschungsprojekte vor gravierende methodologische Probleme stellt. Selbsterfahrungsaspekte sind kaum quantifizierbar, nur schwer beschreibbar und lassen sich kaum aus dem gesamten Ausbildungskontext herauslösen und isoliert betrachten. Harte, leicht operationalisierbare Kriterien existieren für Selbsterfahrung nicht. Forschung in diesem Bereich muss daher mehrperspektivisch vorgehen und mehrere Herangehensweisen miteinander triangulieren, um möglichst viel Tiefe und Breite in den Ergebnissen zu ermöglichen (Flick, 2011). Unsere Untersuchung kombiniert daher nicht nur qualitative und quantitative Untersuchungsmethoden, auch innerhalb der beiden Methodiken wurden in der vorliegenden Studie mehrere Arten von Erhebungsmethoden herangezogen. So wurden z. B. im qualitativen Teil der Untersuchung Gruppendiskussionen mit (Lehr-)TherapeutInnen und PsychotherapeutInnen i.A.u.S. und Leitfadeninterviews mit PsychotherapeutInnen und PsychotherapeutInnen i.A.u.S. angewendet.

Da die Selbsterfahrung ein so schwer zu fassendes Phänomen ist, erweist sich der qualitative Zugang, der Lebenswelten, Sichtweisen und Kategorien der Interviewten verstehend zu erschließen versucht, als besonders hilfreich. Die Hinwendung zu idiografischen, qualitativ geprägten Designs nach einer langen Phase stark quantitativ ausgerichteter Studien

gibt auch die momentane Tendenz der Psychotherapieforschung wieder (vgl. dazu auch Hilsenroth, 2013). Die vorliegende Studie vereint diese beiden Herangehensweisen. Zur argumentativen Interpretationsabsicherung wurden die Ergebnisse regelmäßig mit praktizierenden KollegInnen diskutiert. Dennoch kommt es in jeder Untersuchung, insbesondere aber in Untersuchungen mit schwer zu operationalisierenden Forschungsgegenständen, zu Einschränkungen und Begrenzungen. Im Folgenden sollen daher die wichtigsten Überlegungen zu Möglichkeiten und Begrenzungen der vorliegenden Studie reflektiert werden.

Um direkte Vergleiche – qualitativ wie quantitativ – anzustellen, müsste man AusbildungskandidatInnen ohne Selbsterfahrungsanteile befragen. Da die Selbsterfahrung ein gesetzlich vorgeschriebener Ausbildungsteil in Österreich ist, ist ein „Kontrollgruppendesign“ in Österreich aktuell schwer umsetzbar (vgl. dazu und zu den Messschwierigkeiten im quantitativen Bereich insb. Laireiter, 2014). Künftig wäre evtl. zu versuchen, AusbildungskandidatInnen der Psychotherapie mit mehr Selbsterfahrung und Auszubildende ohne Selbsterfahrung als Kontrast- und Kontrollgruppe zu vergleichen. Da jedoch in Österreich bereits im Psychotherapeutischen Propädeutikum 50 Stunden an Selbsterfahrung gesetzlich obligatorisch sind und viele Auszubildende sogar bereits vor Beginn der Psychotherapieausbildung Selbsterfahrung bzw. Eigenterapie in Anspruch nehmen, lässt sich dieses Vorhaben nur äußerst schwierig umsetzen. Die große Mannigfaltigkeit zwischen den einzelnen Verfahren im Hinblick auf die vorgeschriebene Stundenzahl verkompliziert dieses Unterfangen zusätzlich.

Die Probleme mit der Begrifflichkeit und der Vielschichtigkeit des Phänomens Selbsterfahrung wurde auch von den InterviewpartnerInnen immer wieder benannt. Als Teil der Psychotherapieausbildung ist die Selbsterfahrung schwer von den anderen Ausbildungselementen zu trennen. Das gilt insbesondere für die bereits genannte Supervision während der Ausbildung, jedoch auch die dauernde Wechselwirkung zu theoretischer Wissensaneignung, die auch Selbsterfahrungsanteile enthalten kann, macht eine Differenzierung schwierig. Probleme in der Auswertung – sowohl hinsichtlich der klaren Definition von Selbsterfahrung als auch ihrem konkreten Output – sind die Folge. Zudem ergab sich trotz der Bemühungen von Seiten des Forschungsteams, allen VertreterInnen gesetzlich anerkannter Psychotherapierichtungen die Möglichkeit der Beschreibung ihres subjektiven Erlebens einzuräumen, ein „Überhang“ an gesprächsbereiten Personen der tiefenpsychologisch-psychodynamischen Orientierung. So erklärten sich zwar DiskutantInnen aus allen vier psychotherapeutischen Grundorientierungen zu Gesprächen bereit, es ergab sich jedoch keine zahlenmäßige Ausgewogenheit.

Darüber hinaus müssen gruppensdynamische Effekte (z. B. das Entstehen einer Gruppenmeinung, Verhinderung der Meinungsäußerung bestimmter Teilnehmender, verzerrtes Gesamtbild durch verbal „aktive“ bzw. „passive“ Personen etc.) im Zuge der Diskussionen bei

der Auswertung der Daten berücksichtigt werden. In der vorliegenden Untersuchung sollten die zusätzlich geführten Leitfadeninterviews daher eine weitere Möglichkeit bereitstellen, um das eigene praktische Tun vertieft zu reflektieren. Diese brachten differenzierte Aussagen zur Bedeutung der Selbsterfahrung für die Kompetenzbildung von PsychotherapeutInnen hervor.

Die schwere Quantifizierbarkeit des Phänomens Selbsterfahrung erfordert, dass auf subjektive Selbsteinschätzungen der (angehenden) PsychotherapeutInnen zurückgegriffen wird. Eine Kontrolle der Prädiktorvariable „Selbsterfahrung“ als Zeitraum von Teilen mit Selbsterfahrung ist nicht möglich. Selbsterfahrung kann als eine Ausbildungskomponente unter vielen nie losgelöst von anderen potenziellen Einflussfaktoren beleuchtet werden. Dazu kommen die Probleme bezüglich der hohen Heterogenität unter den verschiedenen Ausbildungsanbietern sowie die Schwierigkeit der Operationalisierung von verschiedenen Outcome-Aspekten (vgl. dazu abermals Laireiter, 2014). Im Falle der vorliegenden Studie ist noch darauf hinzuweisen, dass in mehrfaktoriellen Analysen die (zu kleine) Teilstichprobe der VerhaltenstherapeutInnen (N = 9) nicht berücksichtigt werden konnte (die verhaltenstherapeutische Orientierung ist auch für die Verhältnisse in Österreich zahlenmäßig unterrepräsentiert). Daher liegt nicht nur die Befürchtung nahe, dass die Effekte auf Grund der kleinen Stichprobe unterschätzt werden, sondern die Stichprobe auch nicht repräsentativ genug ist.

Alle diese Probleme sind aus anderen Untersuchungen bekannt und konnten auch in der vorliegenden Studie nicht befriedigend gelöst werden. Der bisherigen Datenbasis stellen die Ergebnisse allerdings weitere Teilaspekte aus einer großen Variation verschiedener Psychotherapieverfahren an die Seite, die es so nur in Österreich gibt und deshalb auch international von Interesse ist. Wenngleich also auch die vorliegende Studie keine abschließenden Antworten bezüglich des direkten Einflusses von Selbsterfahrung auf die therapeutische Kompetenz liefern kann, lassen sich doch aufgrund der Triangulation der Ergebnisse Zusammenhänge zeigen, die evtl. in zukünftigen Untersuchungen weiterverfolgt werden können. Zukunftsträchtig wäre z. B., entlang der qualitativen Ergebnisse den Fokus auf die Kompetenzen zu legen und in einer Längsschnittstudie weitere Daten zu sammeln.

3 Darstellung der Untersuchungsergebnisse

3.1 Qualitative Ergebnisse

Im Folgenden werden die qualitativen Ergebnisse der Studie dargestellt. Die umfangreichen Daten ermöglichen einen Einblick in verfahrensübergreifende und verfahrensspezifische Vorstellungen zur Kompetenzentwicklung durch und Erwartungen an Selbsterfahrung in der Ausbildung. In den Aussagen der zehn Gruppendiskussionen mit (Lehr-)PsychotherapeutInnen und PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision (i.A.u.S.) und der leitfadengestützten Tiefeninterviews werden zwei inhaltlich unterschiedliche Ergebnisstränge sichtbar, die sich in der Aufteilung dieses Kapitels widerspiegeln. Nach inhaltsanalytischer Auswertung konnte als erstes Ergebnis ein Erklärungsmodell zum subjektiven Stellenwert der Selbsterfahrung herausgefiltert werden. Die StudienteilnehmerInnen sind sich nach den qualitativen Ergebnissen einig, dass die Selbsterfahrung ein grundlegender Bestandteil der Ausbildung ist, obwohl auch hier bei Fragen nach der konkreten Wirkung die Aussagen z. T. stark divergieren (vgl. Kap. 2 sowie Kap. 3.2). Im ersten Teil dieses Kapitels wird anhand eines multidimensionalen Zugangs versucht, diese Diskrepanzen zu erklären.

Der zweite Teil verweist auf eine Reihe von Kenntnissen, Fertigkeiten und Kompetenzen, die sich verschiedenen Aspekten internationaler bzw. nationaler Qualifikationsrahmen für Ausbildungsgänge im psychosozialen Kontext zuteilen lassen. Dieser Teil widmet sich also insbesondere der Psychotherapieausbildung im Blickwinkel der Selbsterfahrung und stellt diese in den Kontext des Europäischen (EQR) bzw. Nationalen Qualifikationsrahmens (NQR), um abschließend induktiv aus den Transkripten fachspezifische Deskriptoren (siehe unten) aufzuzeigen. Die in dieser Ergebnisdarstellung zitierten Daten wurden komprimiert und vereinheitlicht. Die Originalzitate können im Anhang nachgelesen werden.

3.1.1 Qualitative Ergebnisse der Gruppendiskussionen: Erklärungsmodell zum subjektiven Stellenwert der Selbsterfahrung

Vergleicht man die Psychotherapieausbildung mit Ausbildungen aus anderen Fachgebieten, so sticht die Selbsterfahrung als ein besonderes Ausbildungselement hervor. Wie jedoch lässt sich der hohe subjektive Stellenwert von Selbsterfahrung in der Ausbildung erklären? Selbsterfahrung als Abgrenzungsmerkmal zu anderen psychosozialen Ausbildungen und Berufen dürfte hier nur am Rande eine Erklärung liefern. Die (Lehr-)PsychotherapeutInnen und PsychotherapeutInnen i.A.u.S. berichten durchgängig von vielschichtigen Erlebnissen, die sie auf die Selbsterfahrung zurückführen. In der intensiven Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit, Biografie und dem persönlichen Erleben der Methoden liegen prägende Erfahrungen. Im Zuge der Auswertung entstand ein Erklärungsmodell zum subjektiven Stellenwert der Selbsterfahrung innerhalb der Ausbildung, welches an das Ord-

nungsschema von Forschungsbefunden zur Psychotherapieausbildung von Strauß & Kohl (2009) angelehnt ist. Betrachtet man die Ausführungen zur Selbsterfahrung im Überblick, so scheint der Ausbildungsprozess, der sich vor dem Hintergrund eines bestimmten Kontexts entfaltet, der Motor für (Lern-)Erfahrungen zu sein. Sie ist das Ausbildungselement, in dem prozesshafte Entwicklungen wahrgenommen und gefördert werden und führt zu Veränderungen in verschiedenen Bereichen. Die folgende Grafik (siehe Abb. 2) versucht die Bereiche und die Dynamik des Ausbildungsprozesses und dessen Auswirkungen auf verschiedene Kategorien darzustellen. Im Anschluss werden die einzelnen Kategorien, die laut Aussagen der PsychotherapeutInnen mit dem Ausbildungsprozess im Zusammenhang stehen, näher vorgestellt.

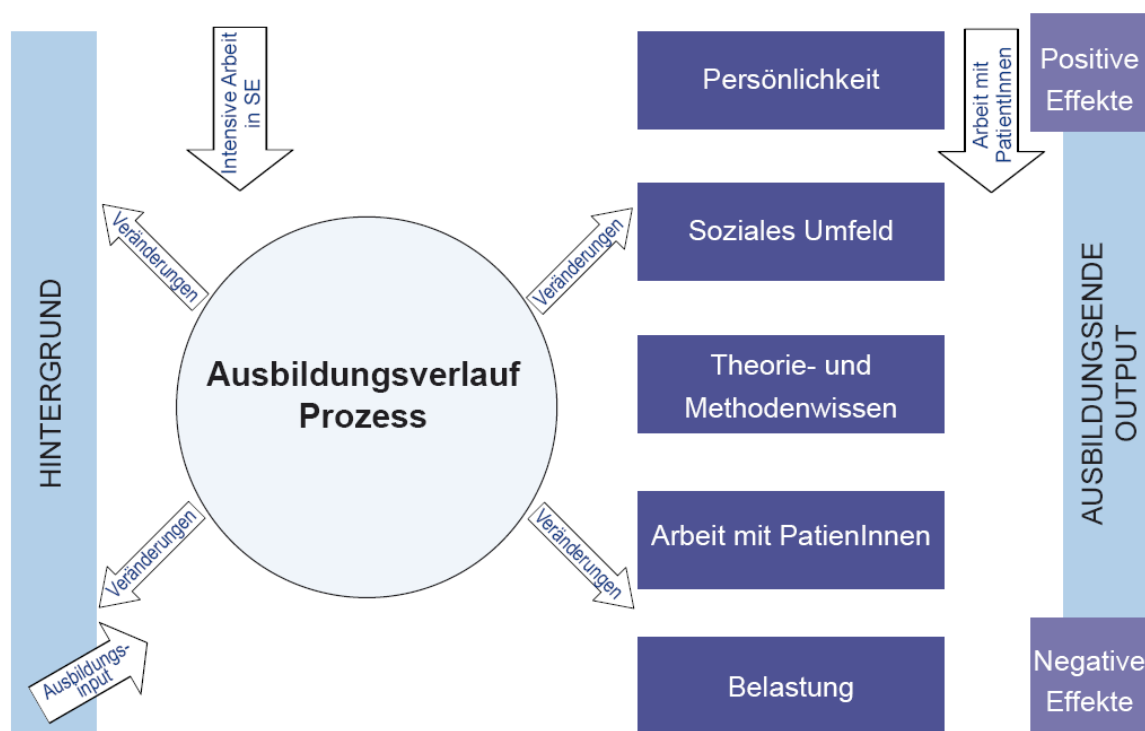


Abb. 2 Erklärungsmodell zum subjektiven Stellenwert der Selbsterfahrung in Anlehnung an Strauß und Kohl (2009, S. 412)

Hintergrund

Die psychotherapeutische Ausbildung unterliegt Rahmenbedingungen, die von der Gesetzgebung, den Fachspezifika und den jeweiligen Ausbildungseinrichtungen bestimmt werden. Das österreichische Psychotherapiegesetz gibt eine Mindeststundenzahl von 200 Stunden (gesetzlich vorgeschriebenes Minimum, vgl. Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie, 1990) an verpflichtender Selbsterfahrung vor, die, jeweils verfahrensspezifisch, aufgestockt werden kann. Die Curricula der Ausbildungsvereine geben neben einer Min-

deststundenanzahl auch vor, in welchen Einheiten (Gruppen-, Einzelselbsterfahrung) und zu welchem Zeitpunkt innerhalb der Ausbildung die Selbsterfahrung abläuft und ob die gesamte Selbsterfahrung mit einem/einer oder mehreren LehrtherapeutIn(nen) durchgeführt wird. Generell ist zu sagen, dass sich die Ausbildungsvereine durch die hohe Heterogenität der österreichischen Psychotherapie-Ausbildungsszene hinsichtlich ihrer Größe, des regionalen Angebots und ihrer Vertretungspersonen deutlich unterscheiden (siehe Theorieteil).

Persönlicher Input²

Nachdem sich KandidatInnen für ein Verfahren und eine entsprechende Ausbildungseinrichtung entschieden haben, folgt nach einem Aufnahmeprozess der Eintritt in den Ausbildungsverlauf. Das Interesse an einer bestimmten Orientierung hängt von mehreren Faktoren ab, wie beispielsweise von Vorerfahrungen in Selbsterfahrungsgruppen oder von der Vorstellung der Verfahren innerhalb des Psychotherapeutischen Propädeutikums. Je nach verfahrensspezifischen Vorgaben sind Unterrichtseinheiten zu besuchen, mit dem Ziel, die Qualifikation zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin zu erreichen. Die Selbsterfahrung stellt im Vergleich zu anderen Ausbildungen ein besonderes Ausbildungselement dar. Hier erleben die AusbildungsteilnehmerInnen eine Intensivierung der Ausbildung.

Zum persönlichen Input (vgl. dazu auch Strauß und Kohl, 2009) zählt neben der persönlich geprägten Wahl des Fachspezifikums auch die (bewusste oder unbewusste) Auswahl des/der LehrtherapeutIn. Die Entscheidung für eine Lehrtherapeutin bzw. einen Lehrtherapeuten kann von verschiedenen Faktoren abhängen: von den zu besprechenden Themen (z. B. ist entscheidend, ob Intimes oder traumatische Erlebnisse besonders gut angesprochen werden können), von der eigenen Geschichte und entsprechenden persönlichen Erlebnissen, von eigenen Bedürfnissen und Sehnsüchten (beispielsweise Mutter-/Vater-Problematik und Beziehungsdynamiken). Mit dem jeweils anderen Geschlecht des/der LehrtherapeutIn, so berichten die InterviewteilnehmerInnen, werden oftmals Themen besprochen, die mit einem Therapeuten bzw. einer Therapeutin des eigenen Geschlechts nicht als passend empfunden wird. Diese unterschiedlichen Zuschreibungen an den/die PsychotherapeutIn verweisen auf biografisch und sozialisatorisch bedingte Genderaspekte.

Ausbildungsinput

Psychotherapie findet in einem Kontext statt, der von gesetzlichen und curricularen Vorgaben, Fachspezifika, Ausbildungsverein, Lehrpersonal, in diesem speziellen Fall besonders von den Personen der LehrtherapeutInnen, den AusbildungskollegInnen und dem sozialen Umfeld geprägt ist. Die Beziehung zum/zur LehrtherapeutIn wird als besonders wesentlich

² Vgl. dazu abermals auch Strauß und & Kohl, 2009.

eingestuft. Vor allem Kriterien wie Vertrauen, Sicherheit, Sympathie, aber auch das Geschlecht und die Geschlechterkombination zeigen sich als wichtige Komponenten. Ebenso spielt die Größe des Ausbildungsvereins eine Rolle und hat Einfluss auf die Auswahlmöglichkeit von LehrtherapeutInnen und SupervisorInnen. Es kann Überschneidungen zwischen Lehrpersonal beziehungsweise PrüferInnen und LehrtherapeutInnen geben. Wie jeder Ausbildungskontext ist auch jener der Psychotherapieausbildung ein Prüfungskontext, der sich im Rahmen der Psychotherapieausbildung besonders bei der Selbsterfahrung durch dessen hohen persönlichen Charakter verschärft. Einige PsychotherapeutInnen i.A.u.S. deuteten in ihren Interviews an, dass sie sich erst, nachdem sie nicht mehr im Ausbildungskontext – und somit unter einem empfundenen „prüfenden Auge“ der AusbilderInnen – standen, auf die Selbsterfahrung zur Gänze einlassen konnten. Der Druck, einem bestimmten Ideal in der Selbsterfahrung zu entsprechen, fiel mit dem Abschluss der Ausbildung weg.

Selbsterfahrung in der Ausbildung, so kann als Resümee aus den Aussagen der Interviewten zum Hintergrund und zu den Rahmenbedingungen geschlossen werden, findet auf der Basis eines komplexen Zusammenspiels zwischen persönlichen und institutionellen Bedingungen statt.

Ausbildungsverlauf – Prozess

Selbsterfahrung ist ein lebendiger und breiter Entwicklungs- und Reifeprozess, welcher aber nur schwer konkret zu fassen ist. Durch kontinuierliche Reflexion und emotionale Involvement geschehen langsame Veränderungen und Entwicklungen im Bereich der Persönlichkeit, des sozialen Umfelds, des Theorie- und Methodenwissens und in weiterer Folge dann in der Arbeit mit PatientInnen, die auf die Erfahrungen innerhalb des Selbsterfahrungsprozesses zurückgeführt werden können oder durch diese verstärkt werden. Die Veränderungen können bis an die persönliche Grundkonstitution, die Persönlichkeitsstruktur vordringen, so die Interviewten. Dieser Prozess fängt bereits vor der bewussten Auseinandersetzung im Zuge einer Psychotherapieausbildung an, setzt sich aber in der Ausbildung verstärkt fort. Alle Ausbildungselemente wie Methodik, Theorie und Supervision werden im Zuge der Interviews als wichtige Komponenten dafür bezeichnet. In der praktischen Arbeit mit PatientInnen entstehen immer wieder Schwierigkeiten, die durch Selbsterfahrung und/oder Supervision reflektiert und bearbeitet werden können. Unzufriedenheit mit der eigenen Praxis kann durch Selbsterfahrung aufgearbeitet und neu eingeordnet werden. So kann beispielsweise durch die Fülle dieser „Selbsterfahrungsmomente“ auch das spätere PatientInnen-Spektrum erweitert werden.

Persönlichkeit

Von Beginn an prägen Diversity-Faktoren wie der persönliche und kulturelle Hintergrund, Vorerfahrungen und die eigene Biografie die Psychotherapieausbildung des/der Einzelnen und haben einen wesentlichen Einfluss auf deren Verlauf. Weiterhin werden in der Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie häufig Lebensthemen oder klinische Diagnosen erkannt, die die Arbeit mit PatientInnen erschweren und bereichern können. Der Kategorie der Persönlichkeit kann daher im Zuge der Selbsterfahrungsanteile der Ausbildung ein sehr hohes Veränderungspotenzial zugeschrieben werden. Eigene blinde Flecken – von DiskutantInnen auch als „Dellen“ bezeichnet – werden aufgedeckt. Dieses Erkennen von subjektiv sensiblen Themen, eben diesen Dellen, kann eine Abgrenzung der persönlichen Befindlichkeiten von jenen der PatientInnen klären und erleichtern.

Die Aussagen beschreiben im Zusammenhang mit dieser Kategorie auch einen Effekt auf das Selbstwertgefühl der Auszubildenden. Dies reicht von einer Stärkung des Selbstwertes bis hin zu einer starken Verunsicherung, die sich auch auf die Einstellung zur Arbeit mit PatientInnen auswirken kann. Eine Steigerung der Sensibilität gegenüber sich selbst, dem eigenen sozialen Umfeld und im Besonderen gegenüber dem Beziehungsgeschehen, zählt zu den Veränderungen, die von den Interviewten immer wieder stark mit der Selbsterfahrung in Zusammenhang gebracht werden. PsychotherapeutInnen erfahren in ihrer Ausbildung eigene Themen wie zum Beispiel Ängste, Wünsche, Bedürfnisse, Sehnsüchte etc. und bearbeiten zumindest einige davon im Zuge der Selbsterfahrung so weit wie möglich.

Findet dieser Prozess nur unzureichend statt, besteht die Gefahr, sich in eigenen Emotionen und Affekten zu verlieren. Beziehungsdynamiken können Angst machen, gerade wenn diese nicht eindeutig zuordenbar sind. Beispielsweise verhindern dann Sympathien oder Antipathien die therapeutische Arbeit und sorgen dafür, dass der/die TherapeutIn „bei sich“ statt bei dem/der PatientIn ist. In Konfliktsituationen kann beispielsweise durch Reflexion oder das Einbeziehen einer Außenperspektive (z. B. durch Supervision) klargestellt werden, wo eigene Anteile und jene des/der PatientIn liegen. Das Bewusstsein darüber ermöglicht ein kontrolliertes Umgehen mit eigenen Themen. Dabei betonen TherapeutInnen die Kompetenz, sich vor allem bei Problematiken aus der eigenen Lebensgeschichte abzugrenzen (Näheres zu *Kompetenzen* siehe unten).

Soziales Umfeld

Der Ausbildungsverlauf und die damit entstehenden Veränderungen haben mit dem zusätzlich entstehenden zeitlichen, finanziellen und organisatorischen Aufwand einen starken Einfluss auf das soziale Umfeld der AusbildungskandidatInnen. Eine Phase der intensiven Fokussierung auf sich selbst und den damit verbundenen Veränderungen der Person kann im Umfeld, das sich zumindest nicht in dieser Intensität verändert oder sogar stehen bleibt,

Irritationen hervorrufen. Diese Situation kann bei den KandidatInnen zu einer stärkeren Orientierung an der Ausbildungsgruppe und/oder dem/der LehrtherapeutIn führen, wie folgendes Beispiel eines Psychotherapeuten i.A.u.S. zeigt:

„Durch die Selbsterfahrung ich bin draufgekommen, dass ich oder das war natürlich ein Prozess, ich hab immer mehr geschaut, was passt zu mir, was will ich eigentlich wirklich und mein Umfeld hat da so gesagt: hey, was bist denn so komisch, ja? Also das war das erste, dass meine Brüder also ich hab zwei Brüder, die gesagt haben: jetzt warst da in der Selbsterfahrung.– Man fangt da irgendwie durch die Selbsterfahrung selber an so ein bisschen mehr auf sich selber zu schauen: passt das oder passt das nicht mehr? Und sobald das man aber, dass die ersten paar Mal rückmeldet kommt totale Irritation zurück vom Umfeld.“

Das Beziehungsangebot und die geteilte Intensität innerhalb der Selbsterfahrung können diese Entwicklung noch verstärken und evtl. Entfremdungsgefühle gegenüber dem sozialen Umfeld, der Herkunftsfamilie oder PartnerInnen mit sich bringen.

Theorie- und Methodenwissen

Veränderungen im Bereich des Theorie- und Methodenwissens wurden von den Interviewten stark in Zusammenhang mit dem praktischen Erleben und Erfühlen von Theorien und Methode im Rahmen der Selbsterfahrung gebracht. Diese Entwicklungen werden als Vertiefung des Gelernten erlebt und erleichtern, Theorie, Methoden und Techniken eines jeweiligen Psychotherapieverfahrens mit der Praxis zu verbinden. Das Ausprobieren beziehungsweise Umsetzen der gelernten theoretischen Inhalte ist nach Ansicht der Interviewten ein wesentlicher Schritt bei der Erlangung von Fertigkeiten (Näheres zu *Fertigkeiten* siehe unten). Theorie als Hintergrundrahmung in der praktischen Tätigkeit ist neben der Selbsterfahrung ein wesentlicher Bestandteil einer gelingenden psychotherapeutischen Ausbildung, aber erst im Reflektieren der theoretischen Grundsätze anhand erlebter Erfahrung in der Selbsterfahrung wird latentes, verinnerlichtes Hintergrundwissen manifest. Im Rahmen der Selbsterfahrung werden konkrete Übungen durchgeführt und durch direkte Rückmeldungen vertieft. Auch bereits in der Praxis tätige PsychotherapeutInnen stoßen im praktischen Tun auf theoretisch Erlerntes und können dieses dadurch nachvollziehen und besser zuordnen.

Arbeit mit PatientInnen

Wie Interventionen und Methodik jedoch letztlich praxisnah vermittelt werden können, hängt von mehreren Faktoren ab. Verfahrensspezifische Methoden und Techniken und deren Umsetzung müssen nach Ansicht der Interviewten der Persönlichkeit der TherapeutInnen entsprechen, um von diesen in angemessener Art und Weise in ihre praktische Tätigkeit übernommen zu werden. Selbsterfahrung bietet einen Raum, um dies „ins Gefühl zu bekommen“, Methodik und Interventionen fassbar zu machen und diese beispielhaft zu üben. Dieser Prozess ist eng an die beginnende Arbeit in der Praxis mit PatientInnen geknüpft. Des Weiteren inkludiert die Kategorie der Arbeit mit PatientInnen Subkategorien, die auf eine

Erweiterung des Handlungsspielraumes im professionellen Kontext hinweisen. Eine (Lehr-) Psychotherapeutin fasst zusammen:

„Das heißt in völlig neuen Situationen (lacht) sich darauf einstellen zu können und ausreichend Möglichkeiten, Ressourcen wie auch immer das dann heißt, zu haben das zu bewältigen und nicht nach dem null acht fünfzehn Muster das sozusagen von klein gelernt wurde das zu bewältigen, nach den gleichen Lösungsstrategien das sollten unabhängig von der Methode alle Ausbildungsselbsterfahrungsmodelle eigentlich diese Flexibilität erhöhen.“

Selbsterfahrung wird als ein Ausbildungspart erlebt, der die professionelle Beziehungsfähigkeit durch das Erleben einer intensiven Beziehung und der Auseinandersetzung mit Dynamiken darin erweitert. In diesem Zusammenhang wurden das Erlernen des professionellen Begleitens wie auch ein hohes Maß an Sicherheit bei der Umsetzung des Erlerntem im Kontakt mit eigenen PatientInnen genannt.

Hier wurden auch belastende Aspekte (Näheres zu *Belastungen* und *negativen Effekten* siehe unten) angesprochen. Die intensive Auseinandersetzung mit den eigenen Themen sowie mit den Komplexitäten des PsychotherapeutInnenberufes kann sich verunsichernd, aber auch bereichernd in Bezug auf den Arbeitseinstieg auswirken. PsychotherapeutInnen i.A.u.S. erleben in ihren Selbsterfahrungseinheiten die psychotherapeutische Methode ihrer Wahl am eigenen Leib und sind stellenweise in der Rolle der PatientInnen. Dabei erleben sie auch den Umgang mit Macht innerhalb der therapeutischen Beziehung oder wie es sich anfühlt, sich als Hilfesuchende/r an jemand anderen zu wenden. Daneben erfahren sie vor allem in den Gruppensitzungen unmittelbare Rückmeldungen durch KollegInnen. Das eigene Erleben und die eigenen persönlichen Erfahrungen erleichtern eine angemessene Vermittlung einer psychotherapeutischen Intervention an spätere eigene PatientInnen. Die Methode wird so unmittelbar übersetzbar. Auch können mögliche Probleme besser nachvollzogen werden: Vor-, aber auch Nachteile der Methode werden bewusst. Veränderungen und Entlastungen an der eigenen Person werden wahrgenommen, die in weiterer Folge auch die Akzentuierung von Veränderungsprozessen bei PatientInnen erleichtern.

LehrtherapeutInnen spielen eine maßgebliche Rolle in diesem Geschehen, sie werden als besonders wertvoll und hilfreich sowie in der Rolle eines Vorbildes dargestellt. Es zeigt sich ein großer Einfluss auf den späteren Arbeitsstil der AusbildungskandidatInnen und den Umgang mit deren PatientInnen. So werden beispielsweise das Verhalten, aber auch das konkrete Vorgehen und viele Interventionen des/der LehrtherapeutIn in spezifischen Situationen zu Beginn „abgekupfert“ und bei den eigenen PatientInnen angewandt. Auch wird die therapeutische Haltung der AusbildungskandidatInnen durch positive Erlebnisse und Gefühle wie z. B. „sich angenommen fühlen“ oder „entgegengebrachtes Vertrauen“ beeinflusst. Jedoch wird nicht nur Positives, sondern auch Problematisches weitergegeben. Angehende PsychotherapeutInnen sollen demnach lernen, reflektiert zu entscheiden, welche Handlungsweisen sie in ihre zukünftige therapeutische Praxis übernehmen oder eben auch nicht übernehmen möchten (Näheres dazu findet sich im Abschnitt *Modellwirkung, Methoden*

und Techniken festigen und Habitus übernehmen).

Belastungen

Die Kategorie der Belastungen durch den Ausbildungsverlauf, insbesondere durch die Selbsterfahrung, wird mit der Kategorie des sozialen Umfeldes (siehe *Soziales Umfeld*) in engen Zusammenhang gebracht. Hier wird erneut der zeitliche, finanzielle und organisatorische Aufwand erwähnt, der neben dem sozialen Umfeld primär von den AusbildungskandidatInnen getragen werden muss.

Als Resümee aus den Aussagen der Interviewten zum Prozessverlauf der Ausbildung kann gezogen werden, dass die Selbsterfahrung multidimensionale Lernerfahrungen und gravierende Veränderungsprozesse innerhalb der Ausbildung ermöglicht und intensiviert.

Prozess – Output

In diesem Teil werden zusammenfassend die positiven und negativen Effekte, die im Zuge der Selbsterfahrung erlebt wurden, dargestellt. Als Effekte werden hier alle subjektiv als positiv oder negativ bewerteten Eindrücke und Entwicklungen bezeichnet, die retrospektiv von den Interviewten im Hinblick auf die Psychotherapieausbildung genannt werden. So wird z. B. in den Interviews auf eine gewisse „Sogwirkung“ der Selbsterfahrung hingewiesen: KandidatInnen übertragen dabei die erlernte, reflexive Auseinandersetzung innerhalb der Selbsterfahrung auf alle Bereiche des (alltäglichen) Lebens und belasten damit teilweise ihre privaten Beziehungen. Auch wird in diesem Zusammenhang die bereits oben erwähnte Wirkung des Prüfungskontexts innerhalb des Ausbildungsverlaufes genannt.

Positive Effekte

Der Selbsterfahrung werden positiv erlebte Veränderungen zugeschrieben, darüber hinaus wird sie von den Befragten auch als „stützender und schützender Ort“ bei negativen Entwicklungen erlebt. Die positiven Effekte der Selbsterfahrung innerhalb der psychotherapeutischen Ausbildungen werden im Folgenden in zwei Teile untergliedert: (1) positive Veränderungen an der *Persönlichkeit* der/des TherapeutIn und (2) positive Veränderungen für *psychotherapeutisches Handeln/Prozess*

(1) positive Veränderungen an der *Persönlichkeit* des Therapeuten/derTherapeutin

Die PsychotherapeutInnen i.A.u.S. beschreiben zahlreiche, durch die Selbsterfahrung induzierte, Entwicklungs- und Reifeprozesse. In der eigenen Lehrtherapie ist es ein Hauptziel, ein „Gefühl für sich selbst“ zu entwickeln. Es gilt, die eigenen Erfahrungen und biografischen Tiefen anzuerkennen sowie darüber hinaus eine Festigung der Persönlichkeit, eine Erarbeitung von Selbstvertrauen/Selbstsicherheit, eine differenzierte Wahrnehmung und

verbesserte Regulationsmöglichkeiten zu erlangen. (Angehende) TherapeutInnen werden auf eigene Schwierigkeiten und Verletzungen sensibilisiert und können demnach den ethischen Berufskodex besser nachvollziehen.

Oftmals vollzieht sich eine grundlegende Veränderung in den eigenen Handlungs-, Kommunikations- und Interaktionsstrukturen, wie beispielsweise achtsamer und sensibler zu reagieren und auf die eigene Psychohygiene zu achten. Angehende TherapeutInnen entwickeln dadurch eine stabile (therapeutische) Persönlichkeit und lernen, sich in Handlung, Kommunikation und Interaktion im „Hier und Jetzt“ zu befinden. Ein (Lehr-)Therapeut resümiert seine Beobachtungen zur Entwicklung der AusbildungsteilnehmerInnen: „in ihrer ganzen Bewusstheit, in der Kommunikation und Interaktion mit anderen Menschen also dass einfach spürbar ist, dass er/sie eine starke, bewusst im hier und jetzt befindliche Persönlichkeit ist“. Eine verbesserte Resonanzfähigkeit nach Außen ermöglicht Veränderungen, gar Erweiterungen in der Begegnungsfähigkeit. Vertrauen in die eigene Person und deren Beziehungskompetenz wird möglich und (Selbst-)Sicherheit erfahrbar. Selbsterfahrung wird als Gewinn für die eigene Lebensperspektive erlebt (Näheres zu *Sicherheit* siehe unten).

(2) positive Veränderungen für *psychotherapeutisches Handeln/Prozess* in Bezug auf die PatientInnen

Neben und durch die persönlichen Entwicklungs- und Reifeprozesse durch die Selbsterfahrung beschreiben TherapeutInnen die von ihnen erlebten positiven Veränderungen in Bezug auf die praktische therapeutische Arbeit. Im Zuge der Selbsterfahrung erwerben (angehende) PsychotherapeutInnen ein erweitertes psychosoziales Verständnis, sie erfahren und üben Methoden und Techniken/Interventionen und wissen, wie diese sich anfühlen. Auch die diagnostischen Fertigkeiten werden in der Selbsterfahrung trainiert: ausreichendes Störungswissen verhindert eine spätere, mögliche Fehlinterpretation von Affekten (Näheres dazu siehe unten). Dadurch, dass TherapeutInnen Selbsterfahrung erfahren und psychische Mechanismen verstehen und einzuordnen lernen, können sie auch PatientInnen und deren Tun (sowie Nicht-Tun) besser verstehen und darauf angemessen reagieren.

(Angehende) TherapeutInnen werden durch die Selbsterfahrung selbstbewusster in ihrem Handeln, lernen ihrer Intuition zu vertrauen und wissen um ihre Kompetenzen (siehe unten). Auch entwickeln sie ein Gefühl der Verantwortung gegenüber ihren PatientInnen. Ihre Sicherheit kann an PatientInnen weitergegeben werden. Dies ermöglicht in weiterer Folge sowohl die Zunahme einer professionellen Gelassenheit als auch die Kompetenz zu flexiblem situationsadäquatem Handeln – welches auch als „erweiterter Handlungsspielraum“ wahrgenommen wird. Manche TherapeutInnen berichten darüber hinaus, dass ihnen durch Selbsterfahrung die Wirksamkeit verschiedener therapeutischer Zugänge vermittelt wurde.

Im Umgang mit PatientInnen erleben TherapeutInnen eine erhöhte Beziehungskompetenz – einerseits verbesserte Abgrenzungsfähigkeit, andererseits auch die Fähigkeit, offen zu sein und sich einzulassen. Der Umgang mit der eigenen Betroffenheit ist ein anderer geworden: dieser wird nun bewusst gesteuert. Auch im Umgang mit akuten Krisen von PatientInnen wird ein besseres Maß an Sicherheitsgefühl entwickelt, und komplexe Dynamiken bringen die TherapeutInnen nicht mehr so leicht aus dem Konzept. Die Lehrtherapie verhilft zudem zur Entwicklung eines eigenen therapeutischen Stils. Vorerst steht das Lernen am Modell, an der/dem eigenen LehrtherapeutIn im Vordergrund. Mit dem zunehmenden Gewinn an Selbstsicherheit erkennen angehende TherapeutInnen ihre Rolle und entwickeln Mut zu ihrer eigenen, authentischen therapeutischen Arbeit. Auch wird ein vermehrt strukturierter Arbeitsstil beschrieben. Durch die Selbsterfahrung wird außerdem eine Fehlerkultur entwickelt, der Umgang mit PatientInnen ist von Realismus und Vorsicht geprägt. Durch die Fülle an Selbsterfahrungsmomenten kann später auch besser mit unterschiedlichsten PatientInnen-Gruppen und deren spezifischen Problematiken gearbeitet werden. Übergreifend kann geschlussfolgert werden, dass die Intensivierung der Ausbildungsinhalte durch die Selbsterfahrung von den Interviewten für eine Reihe von positiven Effekten, allerdings auch von negativen Effekten verantwortlich gemacht wird, die im Lernprozess aber letztendlich oft als notwendige Risiken bewertet werden. Selbsterfahrung als Ausbildungsbestandteil erhält dadurch eine besondere Bedeutung in der Ausbildung.

Negative Effekte

Die PsychotherapeutInnen i.A.u.S. beschreiben in den Interviews auch negative (Aus-)Wirkungen/Veränderungen durch Selbsterfahrung, quantitativ betrachtet jedoch in viel geringerem Ausmaß als positive. Negative Äußerungen (25mal kodiert³) kommen vor allem in den Gruppendiskussionen mit (Lehr-)PsychotherapeutInnen vor. Danach folgen 14 Nennungen über negative Effekte in den Gruppendiskussionen der PsychotherapeutInnen i.A.u.S. In den vertiefenden Interviews konnten negative Aussagen im Zuge der Selbsterfahrung nur dreimal kodiert werden.

Grundlegend wurde der hohe finanzielle und zeitliche Aufwand für die Selbsterfahrung bemängelt. Diese Belastung kann vor allem durch persönliche Umstände, wie beispielsweise eine Familiengründung während der Ausbildungszeit, noch zusätzlich erschwert werden. Die eigene Lehrtherapie bewirkt zudem eine Destabilisierung, (angehende) TherapeutInnen erleben eine (oft angstbesetzte) Erschütterung des bisherigen Lebenssystems, *wie dies* eine Therapeutin i.A.u.S. anschaulich beschreibt:

„Na, vielleicht hätt ich mir manchmal gewünscht, dass, also es setzt eine gewisse Robustheit

³ Innerhalb einer Aussage einer Person wurden auch mehrere Kategorien vergeben. Das heißt, die Anzahl der thematischen Zuordnungen ist nicht mit der Anzahl der Befragten identisch.

voraus, damit man so etwas aushält, ja? von dem Ausbildungskandidaten wird schon eine gewisse Robustheit auch erwartet, die man sonst einem Klienten in der Weise zumuten würde. Das meine ich. Was ja auch okay ist. Vor allem Schutz bräuchte man.“

Diese Erschütterung führt zu einer Verunsicherung im Tun, die später jedoch trotzdem als Erfahrung geschätzt wird, da sie – so die Interviewten – längerfristig zu mehr Klarheit und Realismus gegenüber der eigenen Person und ihren Wirkungsmöglichkeiten führt.

Die in der Selbsterfahrung gewonnenen Einsichten wirken sich zudem auf private Beziehungen aus. Veränderungen, Konflikte und Beziehungsabbrüche beschreiben in diesem Kontext negative Effekte im Privatleben. Es zeigen sich jedoch auch Auswirkungen im professionellen Kontext – beispielhaft wäre eine vorübergehende Erschwernis der Arbeit mit PatientInnen aufgrund der entstandenen Verunsicherung des eigenen Lebenssystems, der Präsenz eigener Thematiken, die Raum und Zeit zur Bearbeitung beanspruchen.

Wie jede Therapie Risiken und Nebenwirkungen birgt, gilt dies natürlich auch für die Lehrtherapie. Abhängigkeiten können entstehen, Willkür kann erlebt werden, der psychische Zustand von (angehenden) TherapeutInnen kann sich verschlechtern, im schlimmsten Falle können sogar Schäden entstehen (siehe Leitner et al., 2013). In den Gesprächen wird dementsprechend auch auf negative Erfahrungen mit den eigenen LehrtherapeutInnen verwiesen. Angesprochen wird hier ein Erschweren oder gar Verhindern der Entwicklung eines nötigen Maßes an Autonomie, die insbesondere für ein kritisches, therapeutisches Bewusstsein Relevanz hat. Als schmerzhaften Moment in der eigenen Therapie beschreibt eine Gesprächspartnerin beispielsweise den Verlust der Abstinenz ihres Therapeuten, ohne die Möglichkeit, den offensichtlichen Fehltritt im Nachhinein thematisieren zu können. Das Erkennen und Reflektieren dieses Fehlers ließ jedoch eine Konkretisierung der Ansprüche an die eigene therapeutische Identität zu.

Die negativen Aspekte der selbsterfahrungsorientierten Anteile sind also nicht wegzudenken, bieten aber an vielen Stellen auch reflexive Chancen für Neu- und Weiterentwicklungen in der Identität als PsychotherapeutIn.

3.1.2 Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen: Korrespondenzen zum Europäischen Qualifikationsrahmen

Näher zum Output der selbsterfahrungsorientierten Anteile in Psychotherapieausbildungen befragt, nannten die InterviewpartnerInnen eine Reihe von Kenntnissen, Fertigkeiten und Kompetenzen die sich in vielen Aspekten in nationalen und internationalen Qualifikationsrahmen für psychosoziale Berufsgruppen wiederfinden. Dies gilt insbesondere für die EQR-Lernniveaus 7 und 8, die auch Schlögl (2009a) der Psychotherapie zugeordnet hat. Zu Beginn werden die Begriffe Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen definiert, um danach deren Unterkategorien näher auszuführen. Im Folgenden werden daher die Aussagen der

Gruppendiskussionen mit verschiedenen Qualifikationsrahmen ins Verhältnis gesetzt, was ein erster Schritt dahin ist, die Psychotherapieausbildung einem EU-weit vergleichbaren Raster zuzuordnen. Das Endergebnis der umfangreichen Analyse verwies auf fachspezifische Deskriptoren, die im Sinne des NQRs wesentliche Kernelemente innerhalb der Psychotherapieausbildung darstellen. Um eine genauere Beschreibung und einen tieferen Einblick in jene Kernelemente zu erlangen, werden diese einzeln vorgestellt, mit Zitaten versehen und abschließend in zwei Übersichtstabellen (siehe Tab. 6 und Tab. 7) dargestellt. Aus den Daten wird deutlich, dass in der ersten Phase der Ausbildung Wissen und Kenntnisse gesammelt und in der Selbsterfahrung gefestigt werden. In der zweiten Phase der Ausbildung, ab dem Status in Ausbildung unter Supervision (i.A.u.S.), werden – mit Hilfe von Supervision und Selbsterfahrung – im reflektierten Tun praktische Fertigkeiten im Umgang mit PatientInnen erworben. Kompetenzen entwickeln sich, werden jedoch erst später gefestigt. Hier ist wichtig klarzustellen, dass dieses Aufeinanderfolgen der Lernergebnisse Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen nicht als Steigerung im Sinne einer sich erhöhenden Wertigkeit der Lernergebnisse zu betrachten ist. Sie bauen vielmehr aufeinander auf bzw. verschränken sich ineinander. Ohne Kenntnis kann sich vielleicht „intuitiv“ eine Fertigkeit bei begabten Personen etablieren – in diesem Fall wäre diese jedoch nicht theoretisch fundiert. Es fehlt diesen Fachkräften – falls sie sich „ihrer“ Fertigkeit überhaupt bewusst sind – an Sicherheit, die für Festigung der Fertigkeit und in weiterer Folge für die Entwicklung der Kompetenz eine Grundlage darstellt.

Selbsterfahrung – als fester Bestandteil der Ausbildung – ist neben der Supervision ein Ausbildungsteil mit hohen praktischen Auseinandersetzungsmöglichkeiten. Je nach Curriculum und Aufbau der fachspezifischen Ausbildung verändert sich die Intensität bzw. Menge an Selbsterfahrung und Supervision im Laufe des Ausbildungsprozesses. Da der Praxisanteil der Ausbildung nach Ansicht der Interviewten ebenfalls mit der Entwicklung von Kompetenzen zusammenhängt, lässt sich entlang der verschiedenen Ausbildungsphasen in der Erlangung von Kenntnissen, über Fertigkeiten zu Kompetenzen eine kontinuierliche Integration beobachten. Da die InterviewpartnerInnen spezifisch nach der Selbsterfahrung befragt worden sind, beziehen sich alle folgenden Thesen über die Kompetenzentwicklung auf die Selbsterfahrung, wobei vorzuschicken ist, dass in der Phase der Ausbildung unter Supervision diese Supervision als weiteres Instrument zeitlich mit der Selbsterfahrung einhergehen kann.

Im Folgenden wird anhand von drei induktiv entwickelten Thesen (siehe Kap. 2) sichtbar, wie Kenntnisse und der Übergang von Kenntnissen zu Fertigkeiten durch Selbsterfahrung erlernt und gefestigt werden können. Im Anschluss daran werden die aus dem Datenmaterial emergierten Lernergebnisse der Psychotherapieausbildung nach dem NQR vorgestellt.

These I: Das Erleben der Methode in der Selbsterfahrung fördert Verstehen

Das Erleben der Selbsterfahrung bzw. das Miterleben und Beobachten spezifischer Interventionen bei bzw. an anderen GruppenteilnehmerInnen im Gruppenselbsterfahrungssetting ermöglicht ein Erwerben und Vertiefen von Kenntnissen. Es geht darum, angeleitetes Theoriewissen und Wissen über Handeln zu festigen, gleichsam eine praktische Auseinandersetzung mit der Theorie. Über das Ausprobieren können theoretische und/oder methodische Kenntnisse eingesetzt werden, um so in weiterer Folge eine Fertigkeit auszubilden. In der Selbsterfahrung werden daher Kenntnisse nicht nur theoretisch erfasst, sondern auch erlebbar, erfahrbar etc. gemacht. Gerade dieses Verstehen wird mit Wirkung der Selbsterfahrung in den Daten als wiederholte „AHA- Erlebnisse“ beschrieben und in Zusammenhang gebracht.

Fallvignette: Persönlicher Input im praktischen Tun

Die Leidensgeschichten, die PatientInnen in die psychotherapeutische Praxis führen, haben oftmals Ähnlichkeit mit Problematiken, Erlebnissen oder gar Lebensgeschichten der TherapeutInnen selbst. Verständlich erscheint, dass gerade diese Themen den/die PsychotherapeutIn in seiner/ihrer Emotionalität stärker involvieren. Hier erweist es sich als hilfreich, wenn TherapeutInnen im Zuge ihres Selbsterfahrungsprozesses ein Bewusstsein über ihre eigenen (problematischen) Themen erlangen, um diese nicht in Form einer Voreingenommenheit an PatientInnen zurückzugeben. In diesen Sequenzen lernen AusbildungskandidatInnen methodisches Vorgehen am eigenen Leibe kennen. Folgendes Zitat zeigt die Auseinandersetzung mit eigenen Themen innerhalb der Lehrtherapie, wobei hier der/die LehrtherapeutIn eine zentrale Funktion als Vorbild einnimmt:

„In meiner Lehrtherapie war es wirklich ganz konkret hilfreich einen wohlwollenden Umgang mit Geschichten meiner Patienten, die meiner Geschichte manchmal sehr ähnlich sind, zu bekommen. Ich habe das Gefühl gehabt, dass meine Therapeutin wohlwollend damit umgeht und damit auch etwas anfangen kann oder haltet mich auch aus. Und das ist dann teilweise etwas, was ich mir abkupfere also was ich bei ihr gelernt habe zu erleben: wenn sie mich aushaltet, dann lerne ich mich auch auszuhalten. Und dann habe ich so das Gefühl, ja, das kann ich dann auch leichter bei meinen PatientInnen aushalten also wenn sie zum Beispiel ähnliche Geschichten haben und ähnliche Emotionalitäten aufkommen.“ (Interview1 SE_T172.rtf – 1:6)

Das Erleben von verwandten psychischen Verletzungen kann sogar im positiven Sinne zu einem besseren Verständnis und sensibleren Umgang von Seiten des/der TherapeutIn führen, wenn diese einen ähnlichen Prozess durchleben mussten. Es entsteht eine zusätzliche bzw. tiefere Ebene der Kommunikation, ohne dass dabei der/die TherapeutIn sein/ihr Eigenes tatsächlich in die Therapie einbringen muss. Den PatientInnen kann so möglicherweise eine andere Art von Sicherheitsgefühl vermittelt werden und PsychotherapeutInnen können aus ihren eigenen Erlebnissen potenzielle Lösungsmöglichkeiten anbieten. Nicht unwichtig ist es dabei zu erwähnen, dass ein/e TherapeutIn nicht dieselben Problematiken erlebt haben

muss, um Verständnis für ihre/seine PatientInnen und deren spezifische Probleme aufbringen zu können.

Fallvignette: Methode erleben

Die Therapiemethode an sich selbst erleben zu können, ermöglicht eine Reflexion über deren Vorzüge und Nachteile und lässt eine Reflexion in Bezug auf hilfreiche bzw. hinderliche Elemente für PatientInnen zu. Aber auch Nähe und Distanz zu sich und anderen werden in den Selbsterfahrungseinheiten erlebt. Selbsterfahrungsgruppen ermöglichen, Methoden auszuprobieren und zu „experimentieren“. Parallel dazu werden im Üben miteinander die eigenen therapeutischen Fertigkeiten entwickelt, persönliche Entwicklungen und Veränderungen erlebt und das Vertrauen in das eigene Tun gefestigt, wie folgendes Beispiel zeigt:

„Und weil du selbst als späterer Therapeut dann auch selbst in dieser Situation gewesen bist also auf der anderen Seite des Tisches gesessen bist. Das glaube ich, dass es auch enorm wichtig ist sich den PatientInnen gegenüber einfühlen zu können. Und soweit ich das jetzt verstanden habe, geht es nicht so sehr sich analytisch zurückzunehmen, sich immer nur ganz zurückzuhalten, sondern es geht auch sehr wohl darum mit Engagement und Einsatz dabei zu sein. Natürlich mit einem angemessenen Abstand und Distanz, die es bedarf, aber dennoch ist es ganz wichtig, die andere Rolle also die andere Seite innegehabt zu haben. Das ist ein ganz, ganz wichtiger Aspekt.“ (Interview6 SE_A377.rtf – 6:2)

These II: Methodische und theoretische Sicherheit fördert die Fertigkeit

Sobald die AusbildungsteilnehmerInnen entsprechend des jeweiligen Curriculums den Status unter Supervision erhalten, beginnt die letzte Phase der Selbsterfahrung, welche oft auch ein gewisses Maß an Sättigung mit sich bringt. In dieser Phase unterstützt die in der Selbsterfahrung erlangte persönliche Sicherheit das Umsetzen der Kenntnisse in Fertigkeiten und setzt damit den Prozess aus These I fort.

Fallvignette: Interventionen umsetzen

Im Zuge der Selbsterfahrung können psychotherapeutische Interventionen direkt geübt und so leichter in die praktische Arbeit übertragen werden. Dabei üben die TeilnehmerInnen miteinander – jeweils als „PatientIn und als TherapeutIn“ – die therapeutische Arbeit an bestimmten Themen. Dies kann in/vor der Selbsterfahrungsgruppe geschehen oder auch in Kleingruppenarbeiten, letzteres oft mit einer/m BeobachterIn. Diese Art der Selbsterfahrung bietet Raum für das modellhafte Üben, wie ein Psychotherapeut hier beschreibt:

„Vor kurzem habe ich eine Selbsterfahrung gemacht und da hat meine Therapeutin mit Träumen gearbeitet. Ich habe mich da zur Verfügung gestellt, einen Traum von mir einzubringen, der zwar total schwachsinnig war, aber immerhin hab ich ihn in der Nacht davor gehabt. Und die hat mit dem Traum gearbeitet und ich war ganz baff was da alles drinnen war. Ich habe vorher schon gewusst, dass wir Therapeuten der XY (Anmerkung: Therapieverfahren sehr gut mit Träumen arbeiten können, aber ich habe es vorher nie gemacht und wenn ich es gemacht habe, dann lief es irgendwie nicht rund, ich bin nicht weitergekommen. Und das war ein ganzer Tag zum Thema Träume und Selbsterfahrung, der mir so viel gebracht hat, dass ich das seitdem erst erfolgreich und sicher anwende. Da hat es also noch mehr Selbsterfahrung und mehr Input gebraucht als ich in meiner bisherigen Ausbildung bekommen habe. Und es hat

eine direkte Auswirkung gehabt, denn in der Woche darauf kamen gleich zwei Leute mit Träumen, wo wir das dann gleich angewendet haben. Und es ist halt seitdem immer wieder vorgekommen, dass Patienten kommen erst heute und das war interessant.“ (Interview7 SE_A434.rtf – 7:14)

(Angehende) PsychotherapeutInnen realisieren so, wo die Stärken, aber auch Tücken der Intervention liegen können und wie sich Schwierigkeiten vermeiden lassen. Vorteilhaft ist dabei besonders, dass der geschützte Raum der Selbsterfahrung auch ungünstige Interventionen zulässt und direkte Rückmeldungen von KollegInnen und GruppenleiterInnen bietet. Dies ermöglicht einen experimentierenden Umgang mit (neuen) Interventionen und fördert die Praxis. Dabei werden durchaus auch konkrete Tipps und Anleitungen von Lehrpersonen sowie Inputs zu theoretischen Inhalten als hilfreich gesehen.

Fallvignette: Sicherheit erlangen

Während des Selbsterfahrungsprozesses entwickelt sich die Persönlichkeit der TherapeutInnen weiter. Die angehenden PsychotherapeutInnen erleben durch Selbsterfahrung Sicherheit im Tun besonders bei heiklen Themen und lernen, eigenverantwortlich zu arbeiten. Die Interviewten beschreiben, wie sie, ermutigt durch neue Selbstsicherheit, ihren eigenen Stil als TherapeutInnen verwirklichen. Durch Selbsterfahrung lernen TherapeutInnen ihrer eigenen Intuition zu vertrauen, Hemmschwellen zu überwinden und theoretische Modelle anzuwenden. Sie lernen aber auch, mit weniger zufriedenstellenden Aspekten der psychotherapeutischen Arbeit umzugehen, diese zu bearbeiten, flexibel zu bleiben – letztlich eine professionelle Gelassenheit zu entwickeln. Folgendes Zitat beschreibt den Gewinn an Sicherheit im praktischen Tun:

„Im Tun wird es immer besser, ich glaube es kommt dann mehr Sicherheit dazu. Mehr Selbstsicherheit was jetzt nicht Abgehobenheit heißt, aber ein Stückweit: ja, okay, ich bin der Situation begegnet wie z. B. in einer Gruppe: da ist eine Person aus der Gruppe auf die Straße rausgelaufen und hat zu schreien begonnen und ich bin ihr hinterher und ich habe sie zurückgeholt. Also diese durchaus auch krisenhaften Situationen einmal erlebt zu haben und sagen zu können: ich habe sie erlebt und ich habe sie überlebt und es ist gut gegangen. Ja, das gibt einfach ein Stück Sicherheit.“ (SE_A377.rtf – 6:8)

These III: Fachliche Verankerung fördert ein Weiterdenken und damit die Kompetenz

Sind die Fertigkeiten so gefestigt, dass sich die fachliche Identität verankert hat und sich der/die TherapeutIn auch mit der eigenen Methode kritisch auseinandersetzt, kann von Kompetenzen gesprochen werden. Die AusbildungskandidatInnen fühlen sich so in ihrer therapeutischen Identität gefestigt. Er/Sie gewinnt darüber auch wieder mehr Flexibilität, wird zum Weiterdenken angeregt und kann möglicherweise sogar Methoden eigenständig weiterentwickeln. Diese These ließ sich durch Aussagen in den Gruppendiskussionen stützen, die Leitfadenterviews hingegen enthielten keine Hinweise darauf.

Lernergebnisse der Psychotherapieausbildung nach dem NQR im Einzelnen

Der NQR gibt generische/allgemeine Deskriptoren für die gewünschten Lernergebnisse unterschiedlicher Ausbildungen vor. Aus den Gruppendiskussionen emergierten fachspezifische Deskriptoren, die eine große Nähe zu den allgemeinen Deskriptoren des NQRs erkennen ließen. Die GruppendiskussionsteilnehmerInnen formulierten Resultate („Outcomes“), die ihrer Einschätzung nach besonders oder nur im Zusammenhang mit den selbst-erfahrungsorientierten Anteilen der Ausbildung erworben werden können. Entlang induktiv-qualitativer Vorgehensweise wurden diese Learning Outcomes zusammengestellt und auf die „Learning Outcomes“ des NQRs übertragen. Nach einem tabellarischen Überblick über die EQR-Deskriptoren, NQR-Deskriptoren und den aus den Daten entwickelten Fachspezifischen Deskriptoren werden letztere an einzelnen Interviewpassagen veranschaulicht. Zur Erinnerung: Die drei Abstufungen Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen werden jeweils erneut unterteilt in Theoriewissen und Fundierung, Instrumentale Fundierung, Personale/Kommunikative Fundierung und Fachliche Identität/Werte.

		EQR-Deskriptoren	NQR-Deskriptoren	Fachspezifische Deskriptoren	Referenzqualifikationen/ Status
		<ul style="list-style-type: none"> - hoch spezialisiertes Wissen, das zum Teil an neueste Erkenntnisse in einem Arbeits- oder Lernbereich anknüpft, als Grundlage für innovative Denkansätze und/oder Forschung - kritisches Bewusstsein für Wissensfragen in einem Bereich und an der Schnittstelle zwischen verschiedenen Bereichen 	Er/Sie verfügt über: <ul style="list-style-type: none"> - ExpertInnenwissen in seinem/ihrem Arbeits- oder Lernbereich (z. B. über Sachverhalte, Grundsätze, Materialien, Verfahren, Methoden, Zusammenhänge, Vorschriften und Normen etc.) zur eigenständigen Bewältigung von komplexen Aufgaben und Herausforderungen; - Wissen aus verschiedenen Disziplinen, das zur Bewältigung von Aufgaben und Herausforderungen in seinem/ihrem Arbeits- oder Lernbereich erforderlich ist; - die Fähigkeit, neu erworbenes Wissen in die Weiterentwicklung seines/ihres Arbeits- oder Lernbereichs einzubringen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Theoriewissen und - fundierung 2. Instrumentale Fundierung: <ul style="list-style-type: none"> - Methoden und Techniken erwerben - Diagnostikkenntnisse erwerben - Handlungsmöglichkeiten erwerben 3. Personale/Kommunikative Fundierung: <ul style="list-style-type: none"> - Die eigene Persönlichkeit erkennen 4. Fachliche Identität/Werte: <ul style="list-style-type: none"> - Kenntnisse über Reflexion und Selbstreflexion erwerben 	Status: AusbildungskandidatIn
		<ul style="list-style-type: none"> - spezialisierte Problemlösungsfertigkeiten im Bereich Forschung und/oder Innovation, um neue Kenntnisse zu gewinnen und neue Verfahren zu 	Er/Sie ist in der Lage, in seinem/ihren Arbeits- oder Lernbereich: <ul style="list-style-type: none"> - Wissen und Erkenntnisse aus verschiedenen Disziplinen aufzugreifen, kritisch zu reflektieren und in die eigene Tätigkeit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Theoriewissen und - fundierung: <ul style="list-style-type: none"> - Ausprobieren 2. Instrumentale Fundierung: <ul style="list-style-type: none"> - Modellwirkung, Methoden und Techniken festigen - Handlungsmöglichkeiten erweitern 	Status: i.A.u.S.

	entwickeln sowie um Wissen aus verschiedenen Bereichen zu integrieren	<ul style="list-style-type: none"> - einzubringen; - neue Erkenntnisse aus der praktischen Tätigkeit sowie aus der theoretischen Auseinandersetzung abzuleiten und für Innovationen (z. B. im Bereich von Verfahren, Prozessen, Materialien, Produkten etc.) zu nutzen; - die Strategie von komplexen Projekten, Funktionsbereichen und/oder Unternehmen zu entwickeln; - Leistungen und Resultate, die im Rahmen von Projekten, Funktionsbereichen und/oder Unternehmen erbracht werden, zu überprüfen, zu bewerten, daraus Schlussfolgerungen; 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosen erstellen <p>3. Personale/Kommunikative Fundierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Therapeutische Beziehungen gestalten - Eigene Persönlichkeit weiterentwickeln <p>4. Fachliche Identität/ Werte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Differenzieren zwischen Selbst und Anderen - Eigene Anteile reflektieren - Eigenes Erleben reflektieren - Eigenes Handeln reflektieren - Habitus übernehmen 	
		<ul style="list-style-type: none"> - abzuleiten und erforderliche Adaptionen vorzunehmen; - Positionen relevanten AkteurInnen gegenüber zu kommunizieren, moderierend tätig zu sein und Entscheidungen zu argumentieren. 	<ul style="list-style-type: none"> - Andere respektieren, wertschätzen -- Flexibel sein 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Leitung und Gestaltung komplexer, unvorhersehbarer Arbeits- oder Lernkontexte, die neue strategische Ansätze erfordern - Übernahme von Verantwortung für Beiträge zum Fachwissen und zur Berufspraxis und/oder für die Überprüfung der strategischen Leistung von Teams 	<p>Er/Sie ist in der Lage, in seinem/ihrer Arbeits- oder Lernbereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - komplexe Projekte, Funktionsbereiche und/oder Unternehmen selbstständig zu leiten und Entscheidungsverantwortung zu übernehmen; - die Implementierung der Strategie zu kontrollieren, steuernd einzugreifen und gegebenenfalls inhaltliche und personelle Konsequenzen zu ziehen. 	<p>1. Theoriewissen und - fundierung</p> <p>2. Instrumentale Fundierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Methoden und Techniken sind gefestigt - Handlungsmöglichkeiten sind gefestigt - Diagnosen erstellen ist gefestigt <p>3. Personale/ Kommunikative Fundierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beziehungskompetenz und Persönlichkeitsentwicklung sind gefestigt <p>4. Fachliche Identität/ Werte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reflexion der Wahrnehmung ist gefestigt, Reflexion des eigenen Handelns ist gefestigt - Respekt, Wertschätzung anderen gegenüber ist gefestigt - Flexibel sein ist gefestigt 	Status: eingetragene/r PsychotherapeutIn

Tab. 6 Eigene Darstellung (nach einer Tabelle des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur & Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, 2011, S. 65).

		EQR-Deskriptoren	NQR-Deskriptoren	Fachspezifische Deskriptoren	Referenzqualifikationen/ Status
		<ul style="list-style-type: none"> – Spitzenkenntnisse in einem Arbeits- oder Lernbereich und an der Schnittstelle zwischen verschiedenen Bereichen 	<p>Er/Sie verfügt über:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ExpertInnenwissen auf höchstem Niveau in seinem/ihrer Arbeits- oder Lernbereich (z. B. über Sachverhalte, Grundsätze, Materialien, Verfahren, Methoden, Zusammenhänge, Vorschriften und Normen etc.) zur eigenständigen Bewältigung von komplexen Aufgaben und Herausforderungen; – umfassendes Wissen aus verschiedenen Disziplinen, das zur Bewältigung von Aufgaben und Herausforderungen in seinem/ihrer Arbeits- oder Lernbereich erforderlich ist; – die Fähigkeit, neu erworbenes Wissen in die Weiterentwicklung seines/ihrer Arbeits- oder Lernbereichs einzubringen sowie zur Schaffung neuen Wissens und neuer Teildisziplinen beizutragen. 		LehrtherapeutIn, SupervisorIn, ExpertIn in bestimmten Themenfeldern
		<ul style="list-style-type: none"> – weitest fortgeschrittene und spezialisierte Fertigkeiten und Methoden, einschließlich Synthese und Evaluierung, zur Lösung zentraler Fragestellungen in den Bereichen Forschung und/oder Innovation und zur Erweiterung oder Neudefinition vorhandener Kenntnisse oder beruflicher Praxis 	<p>Er/Sie ist in der Lage, in seinem/ihrer Arbeits- oder Lernbereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> – neue Erkenntnisse aus der praktischen Tätigkeit sowie aus der wissenschaftstheoretischen Auseinandersetzung abzuleiten und für Innovationen (z. B. im Bereich von Verfahren, Prozessen, Materialien, Produkten etc.) zu nutzen; – unter Anwendung verschiedener Forschungsmethoden neues Wissen und neue Erkenntnisse zu generieren; – neue Ergebnisse und Erkenntnisse aufzubereiten, zugänglich zu machen, mit relevanten AkteurInnen zu diskutieren und zu vertreten. 		
		<ul style="list-style-type: none"> – fachliche Autorität, Innovationsfähigkeit, 	Er/Sie ist in der Lage, in seinem/ihrer Arbeits- oder	Auseinandersetzung mit der eigenen Profession und	

		Selbstständigkeit, wissenschaftliche und berufliche Integrität und nachhaltiges Engagement bei der Entwicklung neuer Ideen oder Verfahren in führenden Arbeits- oder Lernkontexten, einschließlich Forschung	Lernbereich: – neues Wissen und neue Erkenntnisse zugänglich zu machen und damit zur Weiterentwicklung von Lernenden/MitarbeiterInnen beizutragen; – durch neu generiertes Wissen sowie durch neue Erkenntnisse an der Weiterentwicklung mitzuwirken.	beginnende Weiterentwicklung	
--	--	--	---	------------------------------	--

Tab. 7 Eigene Darstellung (nach einer Tabelle des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur & Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, 2011, S. 65).

„Es ist nicht genug, zu wissen ...“ – KENNTNISSE

1) Theoriewissen und -fundierung

Diese Aspekte kommen in den Daten bezogen auf die unterschiedlichen Verfahren – und den damit verbundenen Theorien – der Ausbildungen zu wenig vor, um näher ausgeführt zu werden.

2) Instrumentale Fundierung

Methoden und Techniken erwerben

Die AusbildungskandidatInnen erwerben Kenntnisse zu fachspezifischen Methoden und Techniken, die aus der Theorie der jeweiligen psychotherapeutischen Orientierung resultieren. Die Auseinandersetzung mit Methoden, Techniken und deren theoretischer Fundierung erfolgt laut den Interviewten in manchen Ausbildungen in Lehrveranstaltungen mit hohem Selbsterfahrungsanteil, ausgehend von der Annahme, dass erworbenes Wissen nicht nur theoretisch erlernt werden kann, sondern einer aktiven Aneignung bedarf.

Diagnostikkenntnisse erwerben

Der/Die TherapeutIn verfügt über Wissen zu Störungsbildern und spezifischen Problemlagen, die eine psychotherapeutische Behandlung erfordern. Der/Die AusbildungsteilnehmerIn vertieft dieses Wissen im Selbsterfahrungskontext und weiß, dass der eigene persönliche Hintergrund in einem psychotherapeutischen Setting generell bei allen Interventionen, im Besonderen die Erstellung einer adäquaten diagnostischen Abklärung erschweren kann.

Handlungsmöglichkeiten erwerben

Die AusbildungsteilnehmerInnen besitzen Kenntnisse über adäquate Methoden und Techniken. Diese werden mit dem Verständnis eingesetzt, dass situationsbedingt unterschiedliche Handlungsabläufe erfolgreich sein können. Wenn im Rahmen der Selbsterfahrung mehrere Handlungsoptionen aktiv wie passiv in der Rolle als PatientIn sowie als TherapeutIn aus-

probiert werden konnten, kann eine Basis für die Entwicklung des eigenen therapeutischen Stils im Umgang mit PatientInnen geschaffen werden. Dadurch kann sich auch Wissen über handlungserweiternde Potenziale der Selbstreflexion entwickeln. Das Ausprobieren erweitert die Handlungsfähigkeit und bahnt den Weg im Hinblick auf Fertigkeiten, also Gelerntes in der Rolle des/der PsychotherapeutIn ausüben und umsetzen zu können.

3) Personale/ Kommunikative Fundierung

Die eigene Persönlichkeit erkennen

Der/Die AusbildungsteilnehmerIn verfügt über ein umfangreiches Wissen zu allgemeinen und verfahrensspezifischen Theorien über Interaktion und Persönlichkeit. Er/Sie bezieht diese Kenntnisse reflexiv auf die eigene Person. Dieses Grundwissen unterstützt die reflexive Selbsteinschätzung bezüglich der therapeutischen Arbeit, insbesondere der Beziehungsgestaltung. Ein Psychotherapeut äußert sich dazu wie folgt:

„Hier haben wir ganz bestimmte Kriterien nach denen die KandidatInnen ausgewählt werden. Wir schauen, ob eine ausreichende Nahsein-Beziehungsfähigkeit vorhanden ist. Und dafür haben wir drei Aufnahmegespräche bzw. ein Auswahlseminar und in der gemeinsamen Auseinandersetzung auch mit den Lehrenden, die diese Gespräche führen, schauen wir dann darauf und das ist einmal für uns für den Beginn ausreichend.“ (SE-GD3 18-03-2011.rtf – 3:4)

Der/Die TherapeutIn hat im Rahmen der ersten Ausbildungsphase Erfahrungen in unterschiedlichen privaten und therapeutischen Beziehungen gemacht, die je nach Definition der Fachspezifika eine Einschätzung der Qualität der therapeutischen Beziehung ermöglichen, wie folgendes Zitat veranschaulicht:

„Passung wäre für mich die Qualität der Beziehung, die ja für mich ein ganz entscheidender Faktor für die Therapie ist und das ist doch schon etwas Wichtiges also insofern ist die Selbsterfahrung, die Eigentherapie ganz notwendig für die Methodik.“ (SE-GD3 18-03-2011.rtf – 3:51)

4) Fachliche Identität/ Werte

Kenntnisse über Reflexion und Selbstreflexion erwerben

Der/Die AusbildungsteilnehmerIn hat ein differenziertes, fachspezifisches Wissen über Beziehungsphänomene, Phänomene der Wahrnehmung, deren Reflexion und der Selbstreflexion. Er/Sie hat im Laufe dieser Ausbildungsphase ein Grundlagenfachwissen erworben, das als Basis für ein psychosoziales Verständnis dient. Ein Interviewter erzählt:

„Ich denke auch, dass das psychosoziale Verständnis an sich insgesamt massiv angehoben wird und auch werden soll. Und es ist natürlich auch nicht abgeschlossen mit der Ausbildung, aber ich sehe das schon irgendwie als die Grundlage für einen lebenslänglich weiteren Prozess.“ (SE-GD6 06-04-2011.rtf – 6:14)

„ ... man muss auch anwenden ... “ – FERTIGKEITEN

1) Theoriewissen und -fundierung

Ausprobieren

Häufig wird in den Ausbildungen in dementsprechenden Lehrveranstaltungen über das Ausprobieren beziehungsweise „Anfühlen“ ein Reflexionsprozess angeregt. Im Zuge dieses Prozesses erleben die Interviewten die erneute Auseinandersetzung mit verfahrensspezifischen Theoriekonstrukten als hilfreich: Durch diese erneute theoretische Auseinandersetzung wird ein erweitertes Verständnis zu bereits erlernten Kenntnissen erreicht. Ein Befragter stellt dazu fest:

„Ich persönlich bin nicht der Meinung, dass man das alles integrieren muss. Und auch von meiner Methode her gesehen bin ich nicht der Meinung, dass das notwendig ist, das zu integrieren. Ich glaube schon, dass man, wenn man Methoden anwendet wie z. B. Angsttherapiemethoden oder achtsamkeitsbasierte Methoden oder Aktivierungsmethoden bei Depression, dass man das selbst erlebt haben soll und dass man in seiner Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung auch solche Übungen in der Ausbildung gemacht haben soll. Um von der methodischen Finesse her gesehen zu wissen: wann setze ich was und wie ein. Aber man muss auch gleichzeitig immer wieder auch reflektieren und immer wieder nachlesen wie ist das lege artis und wie macht man das.“ (SE-GD4 29-03-2011.rtf – 4:29)

2) Instrumentale Fundierung

Modellwirkung, Methoden und Techniken festigen

Der/Die AusbildungskandidatIn erfährt zusehends, ob er/sie sich mit dem jeweiligen therapeutischen Ansatz wohl fühlt. In den meisten Fällen wird beschrieben, dass gerade das „Anschauen“ und „Anfühlen“ die Passung zur gewählten Methode bestärkt. Der/Die AusbildungskandidatIn ist sich der „Modellwirkung“ der LehrtherapeutInnen bewusst und entwickelt dementsprechend einen eigenen Praxisstil, wie im folgenden Abschnitt beschrieben wird:

„Egal in welchem Rahmen es stattfindet, also Einzel- oder Gruppensetting, es bietet ja auch so ein gewisses role-model, wo ich mir denke, das ist ja auch ein guter Effekt, den man irgendwie mitnimmt. Man konfrontiert sich irgendwie damit und muss überlegen, welche Sorte von Therapeutin man ist und wie mache ich das denn mit meinen PatientInnen und wie spreche ich mit ihnen. Also es beginnt bei ganz banalen Äußerlichkeiten: wie richte ich mein Zimmer ein oder wie will ich es denn haben und was ist denn so meines. Und da habe ich das immer sehr wertvoll gefunden, unterschiedliche Dinge wie unterschiedliche Personen in unterschiedlichen Setting zu sehen. Und das hat sicher auch, so denke ich, dazu beigetragen irgendwie sein Eigenes zu formen.“ (SE-Absolv-GD3 02-09-2011.rtf – 3:19)

Diese Phase festigt durch ein verstärktes Tun den praktischen Anteil der Wissensaneignung zu spezifischen Techniken und Methoden. In den Ausführungen wird von einem „Anfühlen“ der spezifischen Methoden und Techniken gesprochen. Dieses „Anfühlen“ dient einerseits der besseren Reflexion und andererseits zum Verständnis dafür, wie sich die Methode/Technik aus der PatientInnenperspektive anfühlt. Folgendes Zitat untermauert dieses Phänomen:

„Ich glaube einfach, dass man eine Technik erst dann wirklich gut anwenden kann, wenn man sie am eigenen Leib wirklich erfahren hat.“ (SE-Absolv-GD3 02-09-2011.rtf – 3:27)

Für manche Verfahren – so berichten Interviewte aus unterschiedlichen Fachspezifika –

dürfte die rein kognitive Erfassung von Techniken und Methoden keine Alternative zur Aneignung durch praktisches Tun darstellen. Dazu stellt ein Experte fest:

„Also z. B. beim Rollentausch ist auch sehr viel Technik dabei also wie mache ich was oder wie sehen die verschiedenen Interventionstechniken aus. Das wird einfach integriert und in der Selbsterfahrung erlebt. Und daher ist das so ein wesentlicher Bestandteil, dass man die Methode überhaupt in unserem Verfahren kann, denn die kann man nicht kognitiv lernen.“ (SE-GD2 07-03-2011.rtf – 2:122).

Durch wiederholtes aktives und passives Üben werden Methoden und Techniken geschult. Oft werden die Grenzen kognitiver Lernprozesse thematisiert, um die besondere Qualität der Selbsterfahrung herauszustellen. Fertigkeiten entstehen, und das „Handwerkzeug“ wird demnach gefestigt.

Handlungsmöglichkeiten erweitern

Der/Die TherapeutIn kann situationsabhängig flexible Handlungsstrategien entwickeln und wendet je nach Situation unterschiedliche Methoden und Interventionen an. Er/Sie erkennt eigene Einengungen, die aufgrund der persönlichen Geschichte den Blick zu neuen Interventionen und Techniken verstellen könnten. Durch das Ausprobieren vertiefen sich die erworbenen Interventionsmöglichkeiten und Techniken. Der/Die TherapeutIn ist sich darüber im Klaren, dass Selbstreflexion eine wichtige Voraussetzung für einen erweiterten Handlungsspielraum ist. Folgendes Zitat untermauert dies:

„Auch quasi umzuschalten, aber das ist genau die spannende Frage: hat er diese Fähigkeiten auch andere Persönlichkeitsanteile und Muster flexibel zur Situationsbewältigung, Verarbeitung oder Bearbeitung einzusetzen oder hat er diese Fähigkeit nicht. Also ist er so fixiert darauf, dass er gar nicht weg kann von diesem von klein auf erlerntem Verhaltensmuster. Also ein ordentliches Minimum an Flexibilität und Spontanität würde ich eigentlich von jeder Methode fordern.“ (SE-GD6 06-04-2011.rtf – 6:62.)

Diagnosen erstellen

Erworbene Kenntnisse zu Diagnosen und Diagnosestellung werden in der Praxisphase umgesetzt. Je nach Verfahren reicht diese Abklärung von einer Problem-(Auftrags-)klärung über ein Erkennen möglicher Störungsbilder hin zur Überweisung für eine klinische Abklärung.

3) Personale/ Kommunikative Fundierung

Therapeutische Beziehungen gestalten

Der/Die TherapeutIn verfügt über die Fertigkeit, eine professionelle therapeutische Beziehung zu gestalten und diese laufend zu reflektieren. Der Erwerb dieser Fertigkeit erfordert je nach theoretischer Grundlage und Menschenbild der Verfahren eine hohe Fähigkeit an Komplexität in der praktischen Durchführung. Er setzt aber auch das eigene Erleben einer guten professionellen Beziehung im Rahmen der Selbsterfahrung voraus. Eine Expertin stellt dazu fest:

„Was braucht es besonderes für diesen Beruf? Ich kann schon sehr viele Ressourcen mitentwickelt haben, kann drei Kinder haben, diese schon großgezogen haben und dennoch ist es aus meiner Sicht nicht ausreichend, um den Beruf als Psychotherapeutin auszuüben. Denn dort leiste ich zum einen eine hohe Beziehungsarbeit und zum Anderen eine große Arbeit auch hinzuschauen und zu analysieren und das in einem ganz eigenartigen Setting. Das ist im Grunde genommen etwas sehr Ungewöhnliches also in eine Beziehung ganz intensiv hineinzugehen und sie gleichzeitig professionell zu gestalten und die Grenzen klar halten.“ (SE-GD3 18-03-2011.rtf – 3:35)

Eigene Persönlichkeit weiterentwickeln

Die professionelle Praxis erfordert, dass der/die TherapeutIn mit persönlichen Themen oder Situationen reflexiv umgeht, sprich einer Entwicklung der eigenen Persönlichkeit offen gegenübersteht. Der/Die TherapeutIn hat an sich selbst die entwicklungsfördernden Aspekte der Psychotherapie erlebt.

4) Fachliche Identität/ Werte

Differenzieren zwischen Selbst und Anderen

Der/Die PsychotherapeutIn verfügt über praktische Erfahrung mit Beziehungsdynamiken und unterschiedlichen Wahrnehmungen des Gegenübers, die im Rahmen der Selbsterfahrung reflektiert werden. Der/Die TherapeutIn kann klar zwischen den Eigenanteilen und jenen des Gegenübers unterscheiden. Auch zeigt er/sie eine Sensibilisierung der eigenen Wahrnehmung. Nachfolgend stellen zwei ExpertInnen zwei Beispiele dazu gegenüber:

„In der fünften oder sechsten Stunde bei mir in der Lehrtherapie sagt die Kandidatin, also nicht mich betreffend, sondern auf die Methode: sie hat noch nie diese Dinge erlebt, die wir machen, auf die Straße gehen, in der Höhe sein und zwölf Meter runterschauen vom dritten Stock ins Parterre und dann einen Angstfall kriegen und den miteinander durchzustehen. Das verlangt natürlich schon auch die Selbsterfahrung bei einem Therapeuten also wie geh ich mit dieser Situation um? Ich muss es ja auch angreifen, wie ist es mit der körperlichen Berührung, wo sind meine Grenzen, meine Gegenübertragungsgeschichten, die hier laufen. Das muss man ja auch irgendwo verarbeiten und reflektieren auch in der Ausbildung. Und das sind schon wichtige Kompetenzen, die man in der Selbsterfahrung, aber auch in der methodenbezogenen Ausbildung lernt.“ (SE-GD4 29-03-2011.rtf – 4:31)

Oder:

„Ich denke über die Beschreibung ist es eine gute Möglichkeit also über die Reaktionen auf das Gegenüber, auf die andere Person, das zu erklären. Diese Unterscheidung: was nehme ich von meinem Gegenüber wahr, wie weit kann ich es doch unterscheiden von meinem Eigenen, das ich z.B. projiziere, das wäre Kompetenz.“ (SE-GD5 05-04-2011.rtf – 5:10)

Eigene Anteile reflektieren

Der/Die TherapeutIn verfügt über ein hohes Selbstreflexionsniveau, ist sensibel in seinen/ihren eigenen Wahrnehmungen und kann dies für die Durchführung von Interventionen nutzen. Verfahrensspezifisch werden die eigenen kognitiven und körperlichen Wahrnehmungen geschärft und auf Wertungen, Beziehungsdynamiken und Eigenanteile überprüft. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Wahrnehmung erlaubt ein Hinterfragen auf den Ebenen der eigenen Anteile (biografisch, emotional), des eigenen Handelns, des

fachspezifischen und des eigenen therapeutischen Ansatzes. Eine Expertin verdeutlicht dies prägnant:

„diese hohe Sensibilität dafür zu entwickeln, was tut ein Gegenüber jetzt mit mir und wie engt sich meine Reaktionsbereitschaft da ein.“ (SE-GD2 07-03-2011.rtf – 2:23)

Eigenes Erleben reflektieren

Der/Die TherapeutIn zeigt in der Praxis eine differenzierte Wahrnehmung bezogen auf sein/ihr Erleben der jeweiligen Situation. Besonderer Fokus liegt im „Spüren“ bzw. Wahrnehmen des eigenen inneren Erlebens. Er/Sie kann unabhängig vom inneren Erleben im Sinne der Intervention agieren.

Eigenes Handeln reflektieren

Der/Die TherapeutIn ist fähig, das eigene Handeln im professionellen Setting zu analysieren, übernimmt Verantwortung für das eigene Handeln und nutzt, falls nötig, Supervision beziehungsweise Beratung. Ein Experte meint:

„Durch gute Eigentherapie wäre es möglich, Missbrauch auf jeder Ebene zu verhindern, weil sehr viel früher schon eine Bewusstheit, eine Unterscheidung klar wird: ich reflektiere ja jede meine Äußerungen und Handlungen bewusst oder unbewusst auch für den Klienten oder ist eine Gefahr dabei, dass ich etwas für mich mache.“ (SE-GD3 18-03-2011.rtf – 3:67)

Habitus übernehmen

Der/Die PsychotherapeutIn ist sich der „Modellwirkung“ der LehrtherapeutInnen bewusst und übernimmt bei der Durchführung von spezifischen Interventionen und Techniken aktiv den Stil der LehrtherapeutInnen, und zwar jene Anteile, die dem eigenen persönlichen Umgang in der Praxis entsprechen. Eine Expertin erklärt:

„In Bezug auf die Authentizität, die man so leistet, also so vom Jargon über den Habitus bis zur Weltanschauung, damit meine ich, dass wenn man etwas selber in einem langen Prozess erfahren hat und das positiv erfahren hat auch relativ authentisch weitergeben kann und es wirklich auch am Anfang sein kann, wenn ich mich so erinnere, dass man da sitzt und sich denkt: was würde die (Anmerkung: Lehrtherapeutin) jetzt tun? Und das ist wirklich eine Unterstützung am Beginn auch für eine wirkliche Identifikation mit den Verfahren auch im positiven Sinn.“ (SE-GD4 29-03-2011.rtf – 4:54)

Andere respektieren, wertschätzen

Der/Die Therapeutin hat ein tiefgreifendes Verständnis von und die Fähigkeit zu einer wertschätzenden Haltung gegenüber dem Patienten/der Patientin. Er/Sie verfügt über praktische Erfahrung als Betroffene/r von und als Ausübende/r dieser therapeutischen Grundhaltung, wie folgendes Zitat zeigt:

„Also wo das Gegenüber auch wirklich was spürt, weil das ist auch für die eigene Entwicklung ganz wichtig in Bezug auf: wo kann mein Verhalten also wo wird das wertgeschätzt so wie ich bin. Das ist auch ein Punkt, den ich ja selber in der eigenen Selbsterfahrung auch lernen muss oder hoffentlich lerne: dass ich selber spüre, da habe ich eine Wertschätzung erhalten und ich merke auch, dass ich als Person wertgeschätzt werde. Das ist aber etwas was der Andere im therapeutischen Kontext dann auch wahrnehmen muss. Also diese Klarheit, egal welche Unterschiede da auch sind, auch wo es um Kongruenz geht und wo sich auch der Therapeut

abgrenzt. Es geht nicht um bestimmte Wege, sondern die Person muss ja den eigenen Weg finden, aber es braucht diese Wertschätzung, die andere Person auf diesem Weg begleiten zu können.“ (SE-GD3 18-03-2011.rtf – 3:26)

Flexibel sein

Der/Die TherapeutIn besitzt die Fertigkeit, Behandlungsziele und/oder Interventionen der therapeutischen Situation und Problemstellung angemessen flexibel zu gestalten. Er/Sie zeigt auch Flexibilität im Umgang mit eigenen Fertigkeiten, persönlichen Einschätzungen und biographischen Voraussetzungen.

„...es ist nicht genug, zu wollen, man muß auch tun.“ (Goethe, 1829) –

KOMPETENZEN

1) Theoriewissen und -fundierung

Auch in Bezug auf die Kompetenzen erwähnen die GruppendiskussionsteilnehmerInnen kaum Aspekte, die auf Theoriewissen und -fundierung zu beziehen wären. Dementsprechend wird an dieser Stelle nicht näher darauf eingegangen.

2) Instrumentale Fundierung

Methoden und Techniken sind gefestigt

Die Festigung der Methoden und Techniken ist soweit vollzogen, dass der/die TherapeutIn einen eigenen therapeutischen Stil entwickelt hat und weiter einschätzen kann, welche Methode für welche Diagnose adäquat erscheint. Der/Die TherapeutIn kann verfahrensspezifische Methoden und Techniken korrekt und mit Sicherheit anwenden. Die „handwerkliche“ Kompetenz ist in dieser Phase der Ausbildung gefestigt. Anschaulich wird dieser Umstand in folgendem Zitat beschrieben:

„Ein wesentlicher Aspekt in unserer Ausbildung ist auch der, dass man die eigene Methode kennenlernen und erleben kann und erst dadurch verinnerlicht.“ (SE-GD5 05-04-2011.rtf – 5:18)

Es hat soweit eine auch kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Methode stattgefunden, möglicherweise können sogar Methoden eigenständig weiterentwickelt werden. Gleichzeitig werden mit der entwickelten Kompetenz Methoden und Techniken angewendet, die es erlauben, diese im Rahmen der Ausbildung auch an andere weiterzugeben:

„Ja, beides und diese Nostalgie unserer Methode und so weiter ist gut und ist auch zu fördern, damit man so die eigene Methode auch weiterentwickelt, aber ja, also das finde ich beides.“ (SE-GD1 01-03-2011.rtf – 1:89)

Handlungsmöglichkeiten sind gefestigt

Die PsychotherapeutInnen finden ihren eigenen „Weg“ im professionellen Setting. Sie entwickeln einen Umgang, der nicht mehr primär vom Nachahmen typischer Handlungen der LehrtherapeutInnen oder der gelernten Theorie geprägt ist, sondern von eigenen Handlungen

gen und Interventionen mit tiefer theoretischer Verwurzelung bestimmt ist.

Diagnosen erstellen ist gefestigt

Der/Die TherapeutIn verfügt über ein fortgeschrittenes Verständnis im Umgang mit Diagnosen. Es besteht Klarheit darüber, wie im eigenen Verfahren mit der Einstiegsphase zu Beginn einer Therapie umgegangen wird, so dass dieses Wissen z. B. an PsychotherapeutInnen i.A.u.S. weitervermittelt werden kann. Gleichzeitig ist sie/er fähig, Diagnosekonzepte anderer biopsychosozialer Behandlungen anzuerkennen, um im Anlassfall adäquat weiterzuvermitteln bzw. diese womöglich in den eigenen Ansatz zu integrieren.

3) Personale/Kommunikative Fundierung

Beziehungskompetenz und Persönlichkeitsentwicklung sind gefestigt

Die Fertigkeiten im Bereich der therapeutischen Beziehung sind über verfahrensspezifische Besonderheiten hinweg gefestigt. Der/Die TherapeutIn ist daher auch fähig, fachspezifische Kenntnisse zu Beziehung weiterzugeben und das konzeptuelle Wissen zu diesem Thema weiterzuentwickeln, wie dieses Beispiel zeigt:

„Die dauert vier Jahre in verschiedenen Seminaren und Workshops und ich beobachte es immer wieder, also sie werden ruhiger, sie werden quasi gesetzter, sie werden reflektierter und reflexiver und sie erreichen eine bessere Einsichtsfähigkeit in psychischen Problemen und gehen, was für mich wichtig ist, von der Methodenebene weg auf die interpersonale Ebene und sie sind bereit zu akzeptieren, dass ein Teil der Therapie einfach auch über die Beziehung vermittelt wird. Beziehungsfähigkeit würde ich auch als ein Ergebnis aus meiner persönlichen Erfahrung sehen.“ (SE-GD4 29-03-2011.rtf – 4:16)

Der/Die TherapeutIn verfügt dementsprechend über eine fortgeschrittene Vertiefung der reflexiven Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit. Darüber hinaus sucht er/sie auch Beratung oder Expertise in der Aus-, Fort- und Weiterentwicklung bei Fachkräften und KollegInnen.

4) Fachliche Identität/ Werte

Reflexion der Wahrnehmung ist gefestigt, Reflexion des eigenen Handelns ist gefestigt

Der/Die PsychotherapeutIn verfügt über eine fortgeschrittene Vertiefung und Breite der praktischen Fertigkeiten im Bereich der Wahrnehmung, Reflexion der Wahrnehmung und Selbstreflexion. Diese Fertigkeit befähigt den/die PsychotherapeutIn, das eigene Handeln und die damit verbundene Verantwortung zu hinterfragen. Er/Sie ist demgemäß in der Lage, die höchsten ethischen Standards der Profession einzuhalten. Eine Expertin stellt fest:

„Dass ich überhaupt einmal ein Gefühl von Verantwortung entwickle und das ist auch eine wichtige Voraussetzung für den Therapeuten, das dann auch zu reflektieren also ich kann mich mit dieser Verantwortung oder mit dieser Haltung nicht zufrieden geben, sondern ich muss dann in der konkreten Situation schauen, was passiert da eigentlich. Und dass ich das dann dort spüre, was hat das für Bereiche, was hat das auch mit mir als Person zu tun, also wie kann ich dort auch dazu lernen.“ (SE-GD6 06-04-2011.rtf – 6:114)

Respekt, Wertschätzung anderen gegenüber ist gefestigt

Der Respekt und die Wertschätzung gegenüber anderen sind als Grundwert und Voraussetzung der therapeutischen Arbeit fortgeschritten, vertieft und gefestigt.

Flexibel sein ist gefestigt

Der/Die TherapeutIn erhält trotz langjähriger Praxis und ausgewiesener Expertise eine Flexibilität in der Umsetzung praktischer Fertigkeiten, vor allem hinsichtlich Interventionen und Techniken. Der/die TherapeutIn verpflichtet sich selbst zu fortwährender Flexibilität in Bezug auf die persönliche Entwicklung, welches sich beispielhaft in der Absolvierung von professionellen Fortbildungen ausdrückt:

„Und die Flexibilität zu erhalten letztlich auch nach fünf Jahren noch einmal zu sagen: das was ich vor fünf Jahren geglaubt habe, dass das das Richtige ist, passt heute in meines nicht mehr und ich tu es noch mal“ (SE-GD1 01-03-2011.rtf – 1:24)

Auseinandersetzen mit der eigenen Profession und beginnende Weiterentwicklung

Der/Die TherapeutIn erkennt die eigenen praktischen Stärken und Grenzen und entwickelt dementsprechend seinen/ihren eigenen Stil in Bezug auf praktische Fertigkeiten bei Interventionen und Techniken weiter:

„Ja, da kann ich ganz zustimmen, weil ich es auch gemerkt habe im Laufe der Zeit, dass wenn ich Therapeutin war, dass ich manchmal so die eine Therapeutin in mir reden gehört habe und dann den anderen Therapeuten in mir reden gehört hab und dann aber mit der Zeit ich meine eigene Therapeutenpersönlichkeit herausgebildet habe, die schon angelehnt war an den Erfahrungen, die ich gemacht habe, aber die doch meines war. Und das ist schon eine spannende Entwicklung, die stattfindet.“ (SE-Absolv-GD3 02-09-2011.rtf – 3:20)

Der/Die TherapeutIn hat die Auseinandersetzung mit der eigenen Profession insoweit abgeschlossen, als dass die eigene fachliche Identität gefestigt werden konnte. Er/Sie zeigt entweder eine hohe fachliche Spezialisierung zu spezifischen Problemfeldern und/oder Interventionen innerhalb des eigenen Verfahrens oder aber eine fachliche Breite, die eine Neu- und Weiterentwicklung von Interventionsstrategien und konzeptionellem Wissen ermöglicht:

„Es ist schon ein prägender Teil, aber zugleich aus meiner Sicht, ist die Eigentherapie auch eine Möglichkeit oder eine der vielen Möglichkeiten, sich dann auch von dem eigenen Ansatz wieder so ein Stückweit zu distanzieren. Und es von der Aussichtswarte zu sehen, also sich da auch wieder reflektorisch damit zu beschäftigen.“ (SE-GD2 07-03-2011.rtf – 2:84)

Die vorliegenden qualitativen Ergebnisse haben auf explorativem Wege eine Reihe von Aspekten hervorgebracht, die Anstöße für Weiterentwicklungen der Psychotherapieausbildung geben könnten. Selbsterfahrung stellt demnach im Vergleich zu anderen Ausbildungsanteilen ein besonderes Ausbildungselement dar. Deutlich wird, dass Selbsterfahrung in der Ausbildung auf der Basis eines komplexen Zusammenspiels zwischen persönlichem und institutionellem Input stattfindet. Der veränderungsrelevante und kontinuierliche Charakter der Selbsterfahrung intensiviert multidimensionale Lernerfahrungen innerhalb der Ausbildung

Die erfahrene Intensivierung positiver Effekte und Unterstützungsfunktion bei negativen Effekten erklärt die besondere Bedeutung, die der Selbsterfahrung in der Ausbildung zugeschrieben wird. Dieses Erleben prägt den Ausbildungsverlauf und prägt die professionelle Identität, zeigt jedoch auch – positive wie belastende – Auswirkungen auf den eigenen Lebensbereich und dessen Umfeld. Durch die Kategorisierung der Interviewergebnisse in Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen lässt sich zeigen, wie nahe die Psychotherapieausbildung an europäischen und nationalen Qualifikationsrahmen ausgerichtet ist und wie viel insbesondere die Selbsterfahrungsanteile im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung leisten konnten. Die Ergebnisse könnten daher im Psychotherapiebereich eine Hilfe für fächervergleichende Berufsprofile und Vergleiche verschiedener Ausbildungsgänge sein.

3.2 Quantitative Ergebnisse

Im quantitativen Ergebnisteil werden die Befunde der Fragebogenerhebung der beschriebenen Kohorten dargestellt (Seniors, Juniors und AusbildungskandidatInnen sowie ÄrztInnen in Ausbildung zur/zum Psychotherapeutischen MedizinerIn; zur Methodik siehe Kap. 2). Im ersten Abschnitt wird auf den subjektiv erlebten Nutzen der Selbsterfahrung eingegangen. Im zweiten Abschnitt werden die Einstellungen und Bewertungen zur Selbsterfahrungs-„Dosis“ betrachtet. Anschließend werden Zusammenhänge zwischen diesen Variablen mit curricularen Vorgaben, erlebten Belastungen sowie Arbeits- und Ausbildungskontexten diskutiert. In diese ersten beiden Teile fließen die Informationen von Psychotherapie-AusbildungskandidatInnen (N = 193), Juniors (N = 83) und Seniors (N = 50) ein, ein dritter Teil der Ergebnisdarstellung beschäftigt sich separat mit den WeiterbildungskandidatInnen zu Psychotherapeutischen MedizinerInnen (Psy-3; N = 19).

Die Ergebnisse werden für Einzel- und Gruppenselbsterfahrung getrennt dargestellt. Die subjektive Einschätzung der aktuellen psychischen Befindlichkeit (Symptombelastung der letzten Woche) der drei Kohorten Seniors, Juniors und AusbildungskandidatInnen wird verglichen und mit ihrem Einfluss auf die Bewertung der Bedeutung der Selbsterfahrung als Ausbildungsbestandteil diskutiert.

Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl mit verhaltenstherapeutischem Hintergrund konnte diese Orientierung nur eingeschränkt in die Auswertung einbezogen werden.

3.2.1 Subjektiv erlebter Nutzen der Selbsterfahrung

Zur Einschätzung des Nutzens der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung wurde mittels Fragebogen nach der generellen Notwendigkeit in der Ausbildung und im Speziellen nach dem subjektiven Nutzen für die Entwicklung der eigenen professionellen Fähigkeiten als PsychotherapeutIn gefragt (siehe auch Kap. 2 bzw. Fragebogen im Anhang).

Allgemeiner Nutzen der Selbsterfahrung

Die Aussage, Selbsterfahrung sei ganz allgemein als Bestandteil der Psychotherapieausbildung unbedingt notwendig, fand bei 93,3 % der Befragten *sehr* und bei 5,2 % *ziemlich* große Zustimmung. Nur jeweils eine Person antwortete mit *wenig* bzw. *gar keiner* Zustimmung. Drei Personen enthielten sich ihrer Stimme. Diese positive Einstellung gegenüber Selbsterfahrung im Kontext der Ausbildung zeigt sich mit sehr ähnlichen Verteilungen über alle therapeutischen Orientierungen und alle Gruppen hinweg.

3.2.1.1 Einzelselbsterfahrung

Wichtigkeit von Einzelselbsterfahrung für das Erlangen individueller professioneller psychotherapeutischer Fähigkeiten

Auf einer Prozentskala von 0 % = gar nicht wichtig bis 100 % = vollkommen wichtig sollten die Befragten einschätzen, wie relevant die bisherige ausbildungsbezogene Einzelselbsterfahrung (bzw. Lehrtherapie oder Lehranalyse, je nach therapeutischer Methode) für das Erlangen ihrer professionellen Fähigkeiten als PsychotherapeutIn war. Über alle Befragten hinweg ergab sich für die generelle Wichtigkeit ein Mittelwert von MW = 92,2 % (SD = 13,8). Dabei wurde der Nutzen der Einzelselbsterfahrung für die psychotherapeutische Beziehung (MW = 91,0 %, SD = 15,6) signifikant höher beurteilt als für den Erwerb psychotherapeutischer Techniken (MW = 78,9 %, SD = 22,4; $p < .001$) (vgl. Abb. 3). Die Einzelselbsterfahrung hat damit aus Sicht der Befragten für den Bereich der therapeutischen Beziehung einen größeren Nutzen als für den Bereich der therapeutischen Techniken. Dieser Unterschied zeigt keine Wechselwirkung mit der Kohortenzugehörigkeit (Seniors, Juniors, AusbildungskandidatInnen; $p = .109$) oder der therapeutischen Orientierung der Befragten ($p = .086$).

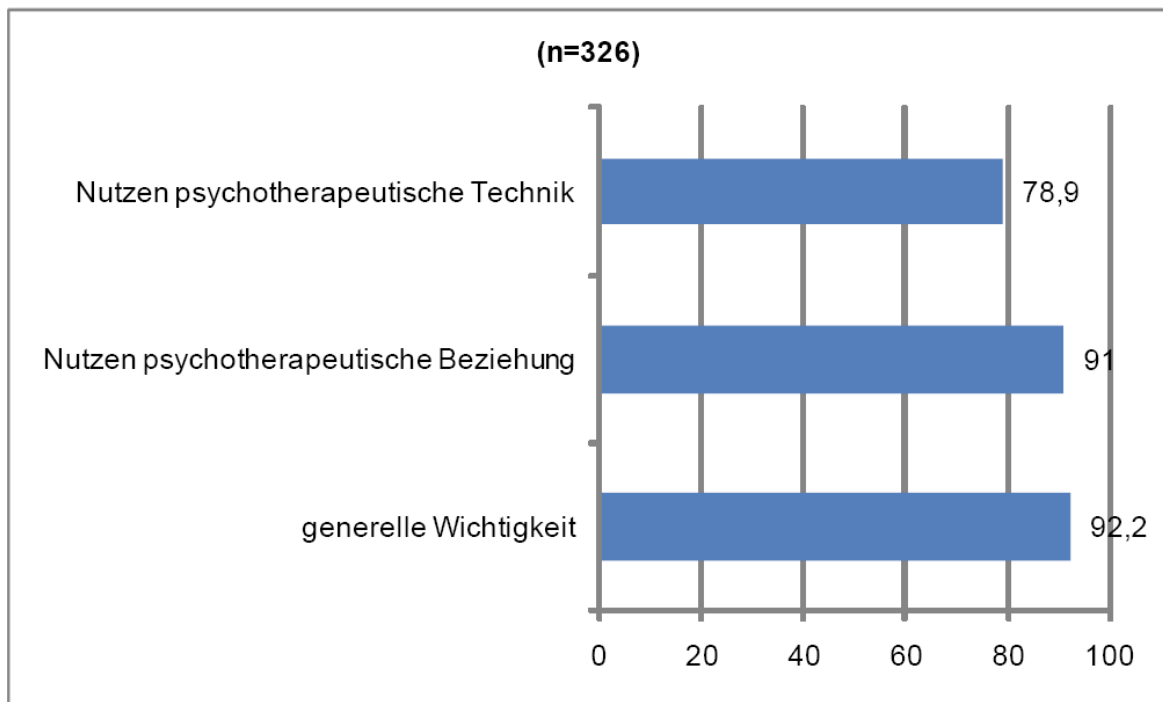


Abb. 3 Allgemeiner Nutzen der Einzelselbsterfahrung („100“ = höchstmöglicher Nutzen, „0“ = kein Nutzen)

Allerdings zeigte sich in der univariaten Varianzanalyse (ANOVA) ein deutlicher Unterschied zwischen den therapeutischen Orientierungen bezüglich der wahrgenommenen *generellen Wichtigkeit* der Einzelselbsterfahrung hinsichtlich der Entwicklung professioneller Fähigkeiten (Welch-Statistik = 5,691; $p = .003$; Erklärung des Tests siehe oben, Methodenteil): Personen mit tiefenpsychologischer Orientierung (MW = 93,9 %, SD = 12,1) und mit humanistischer Orientierung (MW = 94,8 %, SD = 10,5) erreichten die höchsten Werte. Danach folgten SystemikerInnen mit MW = 86,0 % (SD = 16,9) und VerhaltenstherapeutInnen mit MW = 78,9 % (SD = 13,6). Ein signifikanter Unterschied der Mittelwerte im Post-Hoc-Test zeigte sich zwischen systemischer und tiefenpsychologischer Orientierung ($p = .014$) sowie zwischen systemischer und humanistischer Orientierung ($p < .001$). Demnach schätzten tiefenpsychologisch orientierte TherapeutInnen die Einzelselbsterfahrung im Hinblick auf die professionelle Entwicklung deutlich wichtiger ein als SystemikerInnen. Diese Unterschiede in den Orientierungen gelten über alle Kohorten hinweg. Obwohl VerhaltenstherapeutInnen aus deskriptiver Sicht die niedrigsten Werte erreichten, konnte unter Berücksichtigung der sehr geringen Stichprobengröße ($N = 9$) kein signifikantes Ergebnis gefunden werden. Dies gilt in gleicher Weise für alle Vergleiche hinsichtlich der therapeutischen Orientierung: Verhaltenstherapeutisch orientierte PsychotherapeutInnen konnten jeweils nicht in die mehrfaktoriellen statistischen Analysen mit eingeschlossen und nur in die einfachen vergleichenden Berechnungen miteinbezogen werden.

Nutzen der Einzelselbsterfahrung für die psychotherapeutischen Techniken

Auch bezüglich der erlebten Wichtigkeit der Einzelselbsterfahrung für den Bereich der *psychotherapeutischen Techniken* zeigte sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Orientierungen (Welch-Statistik = 4,597; $p = .008$). Personen mit tiefenpsychologischer Orientierung (MW = 85,3 %, SD = 17,9) erreichten die höchsten Werte nach jenen der humanistischen Orientierung mit MW = 79,9 % (SD = 21,2) und den SystemikerInnen mit MW = 71,8 % (SD = 25,8). Die deskriptiv niedrigsten Werte erreichen auch hier die VerhaltenstherapeutInnen mit MW = 66,7 % (SD = 31,2) (vgl. Abb. 4).

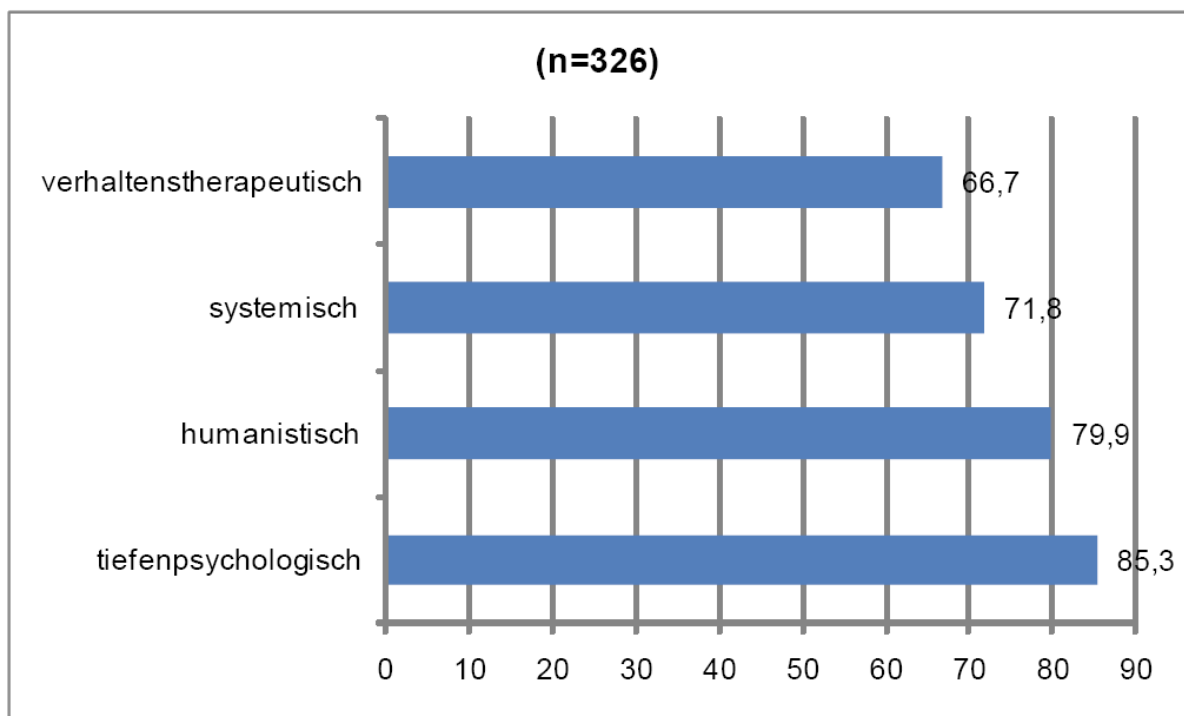


Abb. 4 Nutzen der Einzelselbsterfahrung für den Bereich der psychotherapeutischen Technik („100“ = höchstmöglicher Nutzen, „0“ = kein Nutzen) – Angaben in Prozent

Ein signifikanter Unterschied im Post-Hoc-Test zeigte sich zwischen systemischer und tiefenpsychologischer Orientierung ($p = .004$). Der Beitrag der Einzelselbsterfahrung zur Entwicklung professioneller psychotherapeutischer Techniken wurde demzufolge von TiefenpsychologInnen viel höher eingeschätzt als von systemisch orientierten PsychotherapeutInnen.

Nutzen der Einzelselbsterfahrung für den Bereich der psychotherapeutischen Beziehung

Ein ähnliches Muster zeigte sich auch hinsichtlich der erlebten Wichtigkeit der Einzelselbsterfahrung für den Bereich der *psychotherapeutischen Beziehung* (Welch-Statistik = 4,441; $p = .009$). Personen mit tiefenpsychologischer Orientierung (MW = 93,4 %, SD = 13,3) und humanistischen Orientierung mit MW = 92,7 % (SD = 14,7) erreichten die höchsten Werte vor den SystemikerInnen mit MW = 84,4 % (SD = 19,5) und den VerhaltenstherapeutInnen

mit MW = 84,4 % (SD = 12,4) (vgl. Abb. 5).

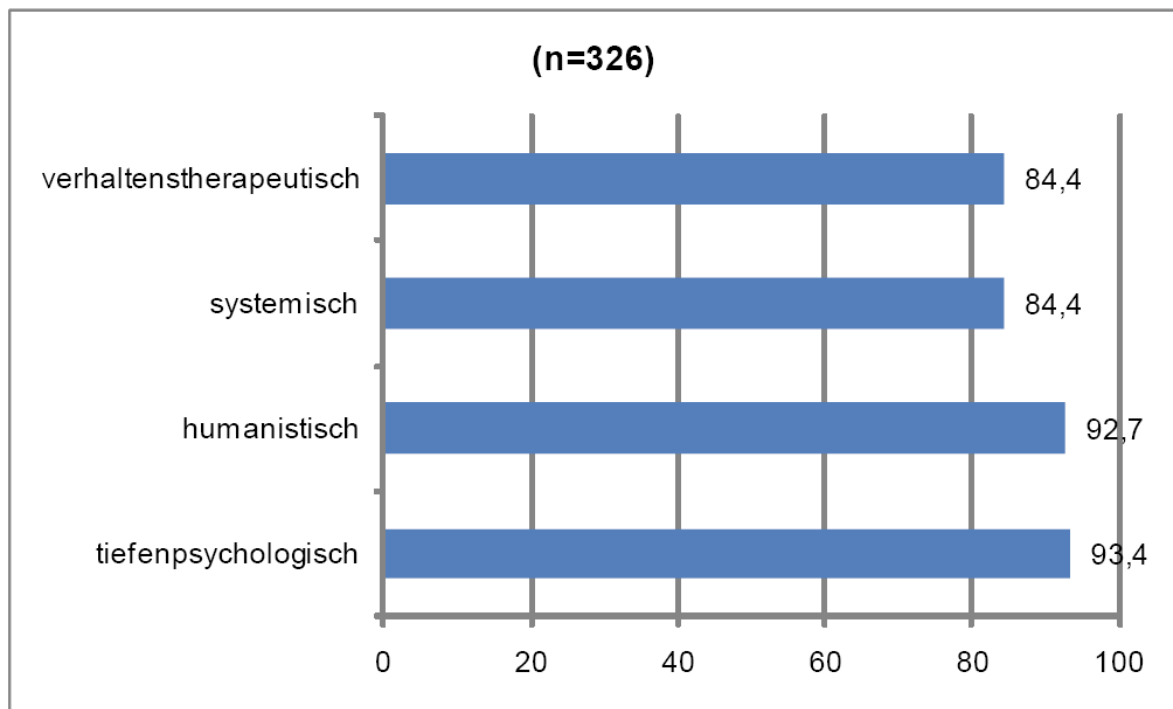


Abb. 5 Nutzen der Einzelselbsterfahrung für den Bereich der psychotherapeutischen Beziehung („100“ = höchstmöglicher Nutzen, „0“ = kein Nutzen) – Angaben in Prozent

Ein signifikanter Unterschied im Post-Hoc-Test zeigte sich zwischen systemischer und tiefenpsychologischer Orientierung ($p = .013$) sowie zwischen systemischer und humanistischer Orientierung ($p < .016$). Sowohl humanistischer Orientierung angehörige TherapeutInnen als auch tiefenpsychologisch orientierte TherapeutInnen gaben der Einzelselbsterfahrung einen deutlich höheren Stellenwert im Hinblick auf die Beziehung als die beiden anderen Orientierungen.

Nutzen der Einzelselbsterfahrung für den Erwerb professioneller psychotherapeutischer Fähigkeiten im Vergleich von AusbildungskandidatInnen, Juniors und Seniors

Bezüglich der jeweiligen Kohorte zeigten sich keine signifikanten Unterschiede, was die Einschätzung der Wichtigkeit der Einzelselbsterfahrung für das Erlangen professioneller Fähigkeiten und Fertigkeiten anbelangt. Für die wahrgenommene *generelle Wichtigkeit* erreichten AusbildungskandidatInnen einen Mittelwert von MW = 93,7 % (SD = 12,0), Juniors einen Mittelwert von MW = 90,4 % (SD = 15,4) und Seniors einen Mittelwert von MW = 89,2 % (SD = 16,6) (Welch-Statistik = 2,632; $p = .077$).

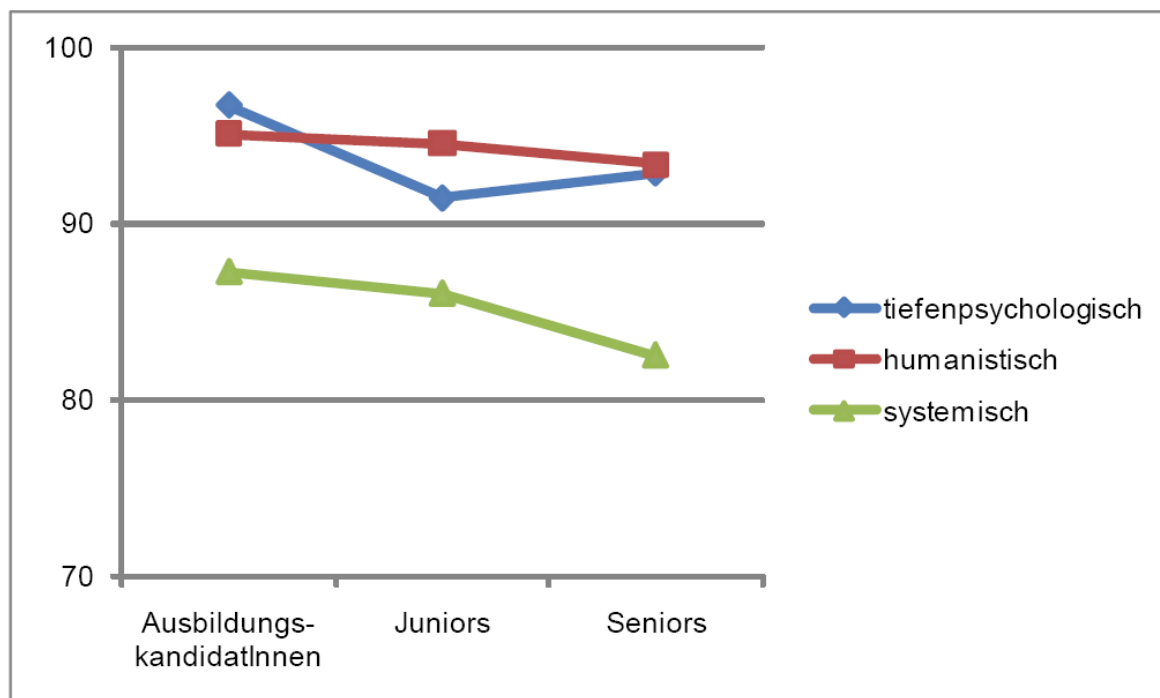
Auch bei der Beurteilung der Relevanz von Einzelselbsterfahrung für die Entwicklung von *psychotherapeutischen Techniken* zeigten sich zwischen den Jahrgängen keine Unterschiede (Welch-Statistik = 0,566; $p = .569$). AusbildungskandidatInnen erreichten einen Mittelwert von MW = 78,0 % (SD = 22,0), Juniors einen Mittelwert von MW = 77,6 % (SD = 22,8) und Seniors einen Mittelwert von MW = 76,7 % (SD = 23,4). KandidatInnen, junge und

langjährige PsychotherapeutInnen unterscheiden sich hier nicht in ihrer Einschätzung, die offensichtlich auch nach 20 Jahren Berufserfahrung unverändert bleibt.

Bezüglich der erlebten Wichtigkeit der Einzelselbsterfahrung für den Bereich der *psychotherapeutischen Beziehung* zeigte sich ebenfalls kein signifikanter Kohortenunterschied (Welch-Statistik = 1,007; $p = .368$). AusbildungskandidatInnen erreichten hier einen Mittelwert von MW = 91,8 % (SD = 16,1), Juniors einen Mittelwert von MW = 90,4 % (SD = 15,3) und Seniors einen Mittelwert von MW = 87,9 % (SD = 15,8). Die langjährige Erfahrung als PsychotherapeutIn hat hier auf die Beurteilung ebenfalls keinen Einfluss.

Kohorte, therapeutischer Orientierung und Wichtigkeit der Einzelselbsterfahrung

Die zweifaktorielle Varianzanalyse ermöglicht den Schluss, dass auch keine Interaktionseffekte zwischen der Kohortenzugehörigkeit und der therapeutischen Orientierung vorhanden waren, wenn es um die Beurteilung der generellen Wichtigkeit der Einzelselbsterfahrung für den Erwerb professioneller Fähigkeiten geht ($p = .784$) (vgl. Abb. 6). Die Orientierungsunterschiede finden sich also in allen Kohorten ähnlich stark ausgeprägt.



Anmerkung: In der kombinierten Analyse von therapeutischer Orientierung und Kohortenzugehörigkeit konnten VerhaltenstherapeutInnen aufgrund der geringen Stichprobengröße in dieser Grafik und deren Diskussion nicht berücksichtigt werden.

Abb. 6 Interaktionsdiagramm bzgl. der generellen Wichtigkeit von Einzelselbsterfahrung („100“ = höchstmöglicher Nutzen, „0“ = kein Nutzen) – Angaben in Prozent

Ein übereinstimmendes Bild zeigte sich für etwaige Wechselwirkungen der beiden unabhängigen Variablen Kohorte und therapeutische Orientierung in Bezug auf den wahrgenommenen Nutzen der Einzelselbsterfahrung für den Bereich psychotherapeutische Beziehung ($p = .948$) sowie für den Bereich psychotherapeutische Techniken ($p = .425$). Es konnten

keine Interaktionen nachgewiesen werden.

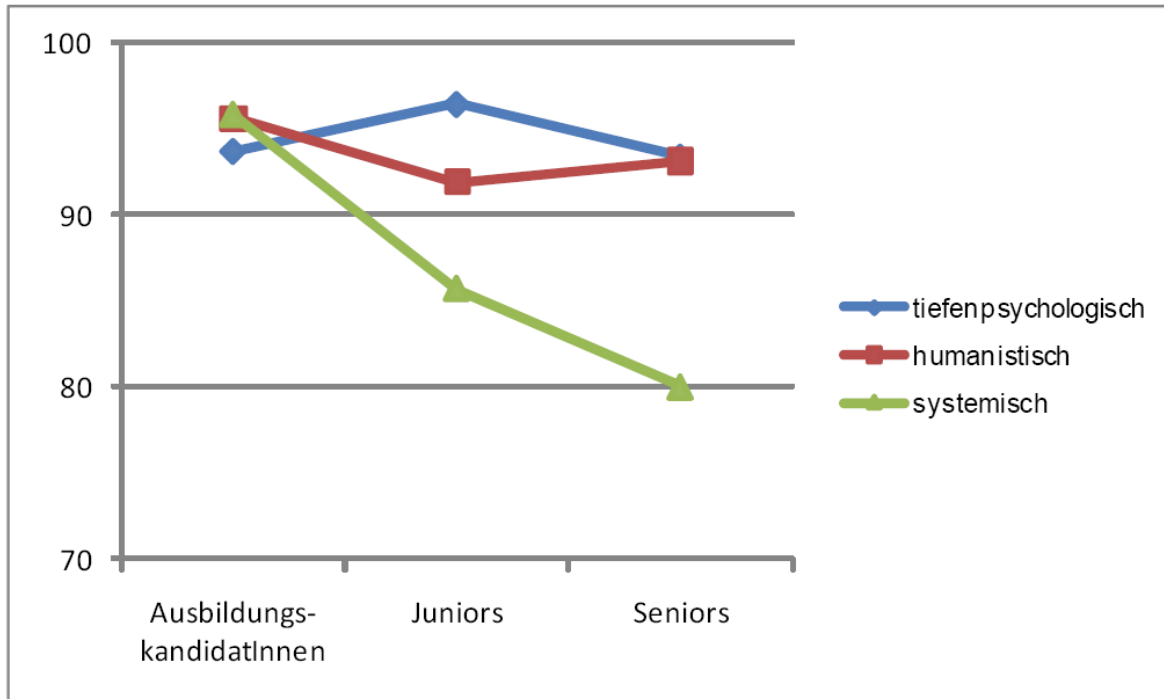
Subjektiv erlebter Profit für Persönlichkeitsentwicklung versus psychotherapeutische Techniken durch Einzelselbsterfahrung

Die Befragten stimmten im Mittel zu 80,5 % (SD = 20,1) mit der Aussage überein, dass sie selbst von der Einzelselbsterfahrung im Bereich psychotherapeutische Techniken profitiert hätten. Dies stellt eine signifikant niedrigere Zustimmung dar im Vergleich zu der Aussage, von der Einzelselbsterfahrung für die eigene Persönlichkeitsentwicklung profitiert zu haben (MW = 93,3 %; SD = 12,7) ($p < .001$). Während dieser Unterschied konstant über alle Kohorten hinweg gilt ($p = .677$), zeigen sich Interaktionseffekte mit der therapeutischen Orientierung ($p < .001$): SystemikerInnen schätzen den persönlichen Profit durch die Einzelselbsterfahrung für die psychotherapeutische Technik (MW = 69,5 %; SD = 25,2) in Relation zum erlebten Profit für die Persönlichkeitsentwicklung (MW = 90,2 %; SD = 16,4) besonders niedrig ein, haben also deutlich mehr Input durch die Einzelselbsterfahrung für ihre Persönlichkeitsentwicklung erlebt als sie Zuwachs an technischem Handwerkszeug bekamen.

Bei separater Betrachtung des wahrgenommenen Effekts der Einzelselbsterfahrung für die Persönlichkeitsentwicklung zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den therapeutischen Orientierungen (Welch-Statistik = 1,725; $p = .186$). Zwar schätzen die VerhaltenstherapeutInnen in der deskriptiven Darstellung ihren subjektiven Profit mit einem Mittelwert von MW = 81,4 % (SD = 29,1) niedriger ein als KollegInnen mit systemischer (MW = 90,2 %; SD = 16,4), humanistischer (MW = 94,7 %; SD = 10,9) oder tiefenpsychologischer Orientierung (MW = 94,7 %; SD = 9,4), allerdings zeigt sich hier kein signifikantes Ergebnis.

Anhand der ANOVA ist jedoch ein deutlicher Kohorteneffekt nachweisbar (Welch-Statistik = 5,536; $p = .005$). Im Post-Hoc-Test zeigt sich, dass Seniors den Effekt der Einzelselbsterfahrung auf die Persönlichkeitsentwicklung (MW = 86,7 %; SD = 19,3) deutlich geringer einschätzen als AusbildungskandidatInnen (MW = 95,3 %; SD = 9,3) ($p = .14$). Juniors (MW = 92,1 %; SD = 14,3) unterscheiden sich von beiden anderen Gruppen nicht signifikant. Auszubildende gaben an, von der Einzelselbsterfahrung deutlich mehr als langjährige TherapeutInnen zu profitieren.

Beim Durchführen einer zweifaktoriellen ANOVA zeigten sich auch hier signifikante Interaktionseffekte zwischen Kohorte und therapeutischer Orientierung ($p = .011$) (vgl. Abb. 7). Seniors der systemischen Orientierung – aber auch Juniors – scheinen den Profit besonders niedrig einzuschätzen, während sich die Einschätzung der AusbildungskandidatInnen nicht von jenen der anderen therapeutischen Orientierungen unterscheidet. Tatsächlich bewegt sich auch diese ‚niedrige Einschätzung‘ der SystemikerInnen immer noch in einem prozentual hohen Bereich mit einem Mittelwert von ca. 80 %.



Anmerkung: In der kombinierten Analyse von therapeutischer Orientierung und Kohortenzugehörigkeit konnten VerhaltenstherapeutInnen aufgrund der geringen Stichprobengröße in dieser Grafik und deren Diskussion nicht berücksichtigt werden.

Abb. 7 Interaktionsdiagramm – Einfluss der Einzeltherapie auf die Persönlichkeitsentwicklung („100“ = höchstmöglicher Nutzen, „0“ = kein Nutzen) – Angaben in Prozent

Nutzen der Einzelselbsterfahrung für die professionelle Qualifikation

Im Überblick betrachtet ist Einzelselbsterfahrung von großem Nutzen für die befragten (auszubildenden) PsychotherapeutInnen. Insbesondere für die Erlangung von professionellen Fähigkeiten und Fertigkeiten im Bereich der psychotherapeutischen Beziehung spielt die Einzelselbsterfahrung eine übergeordnete Rolle. Der Nutzen der Einzelselbsterfahrung wurde von den PsychotherapeutInnen mit tiefenpsychologischem sowie humanistischem Hintergrund am höchsten bewertet und von SystemikerInnen am geringsten. Sowohl humanistische als auch tiefenpsychologische PsychotherapeutInnen geben der Einzelselbsterfahrung in diesem Bereich einen besonders hohen Stellenwert, was erwartungsgemäß der zentralen Bedeutung der therapeutischen Beziehung geschuldet sein dürfte. Für den Erwerb von Kenntnissen im Bereich der psychotherapeutischen Techniken ist erwartungsgemäß die Rolle der Einzelselbsterfahrung speziell für tiefenpsychologisch orientierte PsychotherapeutInnen sehr groß. Wohingegen die Zugehörigkeit zu einer der untersuchten Kohorten eine untergeordnete Bedeutung hat. Die (angehenden) PsychotherapeutInnen profitierten durch die Einzelselbsterfahrung stärker in Bezug auf ihre Persönlichkeitsentwicklung, wobei hier insbesondere die Einschätzung des Profits für die eigene Persönlichkeitsentwicklung durch die Auszubildenden hoch ausfällt. Die Förderung der eigenen Per-

sönlichkeitsentwicklung bleibt somit der wesentliche subjektiv erlebte Nutzen, hinter dem alle anderen Aspekte zurückbleiben.

3.2.1.2 Gruppenselbsterfahrung

Wichtigkeit von Gruppenselbsterfahrung für das Erlangen professioneller psychotherapeutischer Fähigkeiten

Wie wichtig schätzen nun die Befragten die bisherige ausbildungsbezogene Gruppenselbsterfahrung für das Erlangen der professionellen Fähigkeiten als PsychotherapeutIn ein? Die Beurteilung erfolgte äquivalent zur Beurteilung der Einzelselbsterfahrung auf einer Prozentskala von 0 % = gar nicht wichtig bis 100 % = vollkommen wichtig. Über alle Befragten hinweg ergab sich für die generelle Wichtigkeit ein Mittelwert von $MW = 81,7\%$ ($SD = 22,6$) (vgl. Abb. 8).

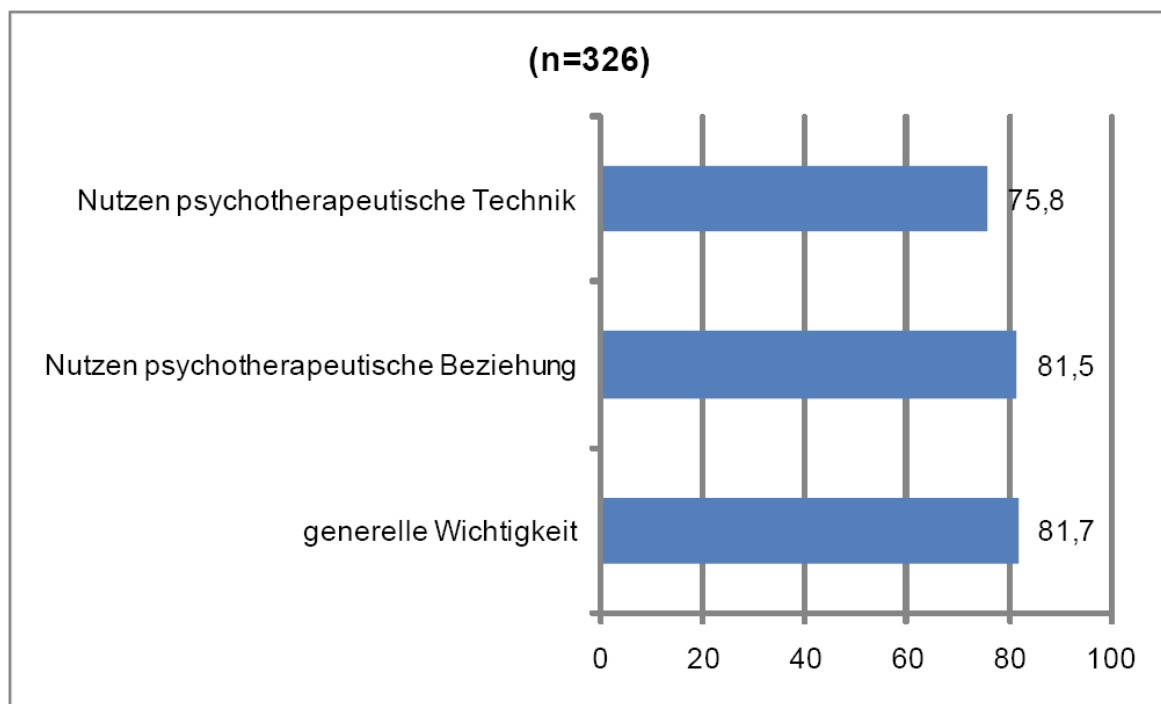


Abb. 8 Allgemeiner Nutzen der Gruppenselbsterfahrung („100“ = höchstmöglicher Nutzen, „0“ = kein Nutzen) – Angaben in Prozent

Dabei wurde auch der Nutzen der Gruppenselbsterfahrung für den Bereich der psychotherapeutischen Beziehung ($MW = 81,5\%$, $SD = 22,3\%$) signifikant höher beurteilt als für den Bereich der psychotherapeutischen Techniken ($MW = 75,8\%$, $SD = 25,9$) ($p < .001$). Dieser Unterschied zeigt keine Wechselwirkungen mit der Kohortenzugehörigkeit ($p = .863$) oder der therapeutischen Orientierung der Befragten ($p = .954$).

Zwischen den therapeutischen Orientierungen zeigten sich bezüglich der Einschätzungen zu generellen Wichtigkeit der Gruppenselbsterfahrung für die Entwicklung professioneller

Fähigkeiten wiederum einige signifikante Unterschiede (Welch-Statistik = 13,787; $p < .001$). Befragte mit humanistischer Orientierung (MW = 89,9 %; SD = 16,4) erreichten die höchsten Werte noch vor der tiefenpsychologischen Orientierung (MW = 75,0 %, SD = 27,8), den SystemikerInnen mit MW = 72,6 % (SD = 24,2) und den VerhaltenstherapeutInnen mit MW = 62,2 % (SD = 24,9).

Ein signifikanter Unterschied im Post-Hoc-Test zeigte sich zwischen den humanistisch Orientierten und allen anderen Orientierungen, mit $p = .001$ für die tiefenpsychologische Orientierung, $p < .001$ für die SystemikerInnen und $p = .049$ für die VerhaltenstherapeutInnen.

Nutzen der Gruppenselbsterfahrung für den Bereich der psychotherapeutischen Techniken

Auch bezüglich der erlebten Wichtigkeit der Gruppenselbsterfahrung für den Bereich psychotherapeutische Techniken zeigte sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Orientierungen (Welch-Statistik = 6,543; $p = .001$). Personen mit humanistischer Orientierung (MW = 81,9 %, SD = 23,1) erreichten die höchsten Werte gefolgt von TherapeutInnen mit tiefenpsychologischer Orientierung mit MW = 71,7 % (SD = 28,3) und den SystemikerInnen mit MW = 67,1 % (SD = 26,7). Die deskriptiv niedrigsten Werte erreichen auch hier die VerhaltenstherapeutInnen mit MW = 64,4 % (SD = 29,6) (vgl. Abb. 9).

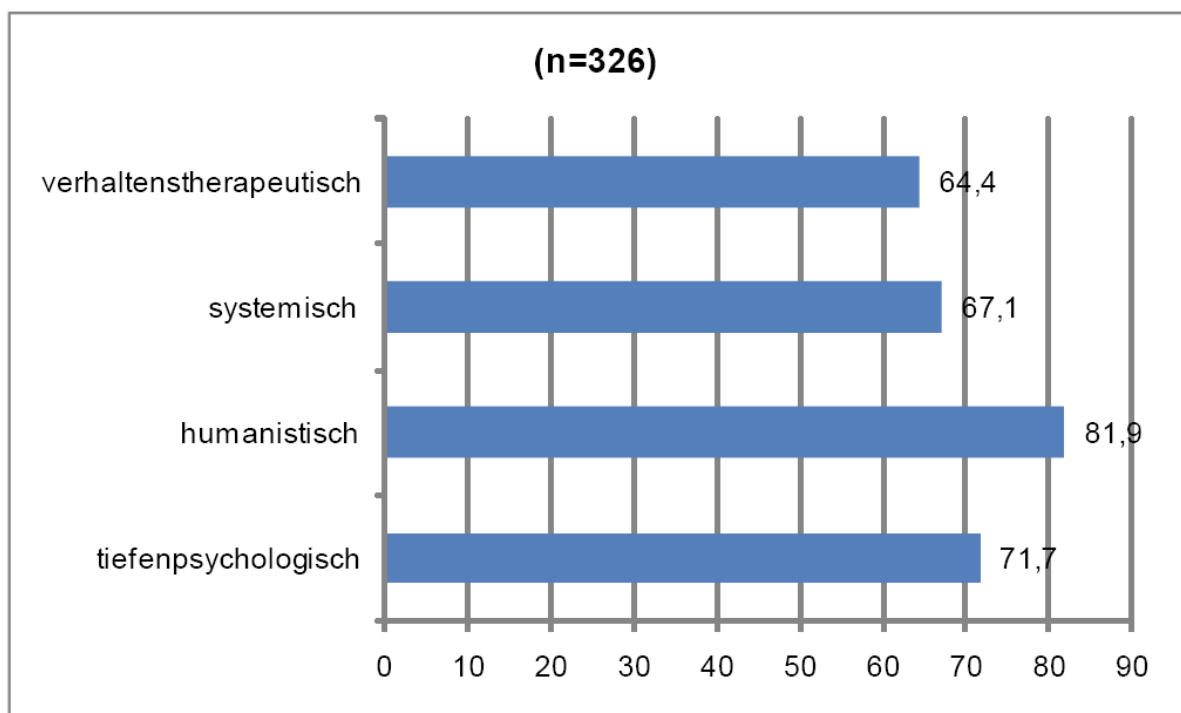


Abb. 9 Nutzen der Gruppenselbsterfahrung für den Bereich der psychotherapeutischen Technik („100“ = höchstmöglicher Nutzen, „0“ = kein Nutzen) – Angaben in Prozent

Ein signifikanter Unterschied im Post-Hoc-Test zeigte sich sowohl zwischen humanistischer

Orientierung und tiefenpsychologischer Orientierung ($p = .040$) als auch zwischen humanistischer Orientierung und den SystemikerInnen ($p = .001$). In Bezug auf psychotherapeutische Technik profitieren humanistisch orientierte PsychotherapeutInnen deutlich stärker von der Gruppenselbsterfahrung als systemisch orientierte TherapeutInnen.

Nutzen der Gruppenselbsterfahrung für den Bereich der psychotherapeutischen Beziehung

Entsprechendes zeigte sich auch für die psychotherapeutische Beziehung (Welch-Statistik = 7,890; $p < .001$). Personen mit humanistischer Orientierung (MW = 86,6 %, SD = 18,6) erreichten die höchsten Werte nach der tiefenpsychologischen Orientierung mit MW = 77,5 % (SD = 26,8) und den VerhaltenstherapeutInnen mit MW = 78,9 % (SD = 14,5). Die deskriptiv niedrigsten Werte erreichte diesmal die Systemische Orientierung mit MW = 71,1 % (SD = 25,0) (vgl. Abb. 10).

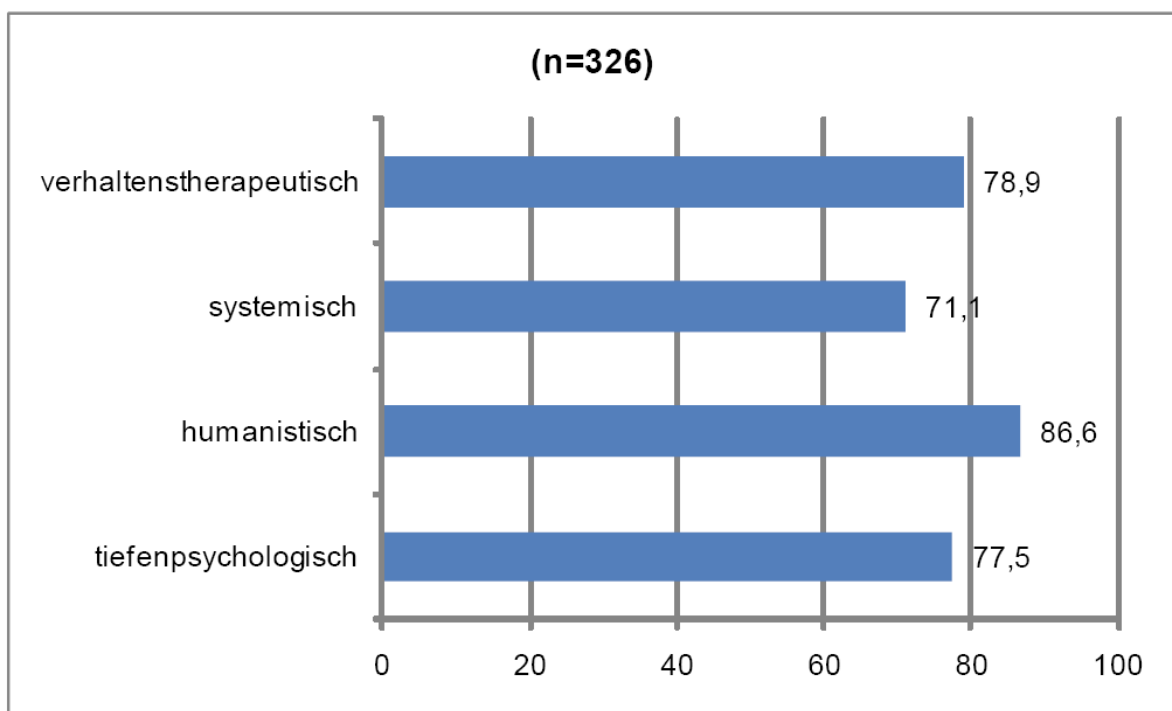


Abb. 10 Nutzen der Gruppenselbsterfahrung für den Bereich der psychotherapeutischen Beziehung („100“ = höchstmöglicher Nutzen, „0“ = kein Nutzen) – Angaben in Prozent

Ein signifikanter Unterschied im Post-Hoc-Test zeigte sich zwischen humanistischer Orientierung und tiefenpsychologischer Orientierung ($p = .047$) und zwischen humanistischer Orientierung und SystemikerInnen ($p < .001$). Humanistische TherapeutInnen schätzen den Nutzen der Gruppenselbsterfahrung für die Entwicklung psychotherapeutischer Fähigkeiten im Bereich der therapeutischen Beziehung deutlich höher ein als TiefenpsychologInnen und SystemikerInnen.

Nutzen der Gruppenselbsterfahrung für den Erwerb professioneller psychotherapeutischer Fähigkeiten im Vergleich von KandidatInnen, Juniors und Seniors

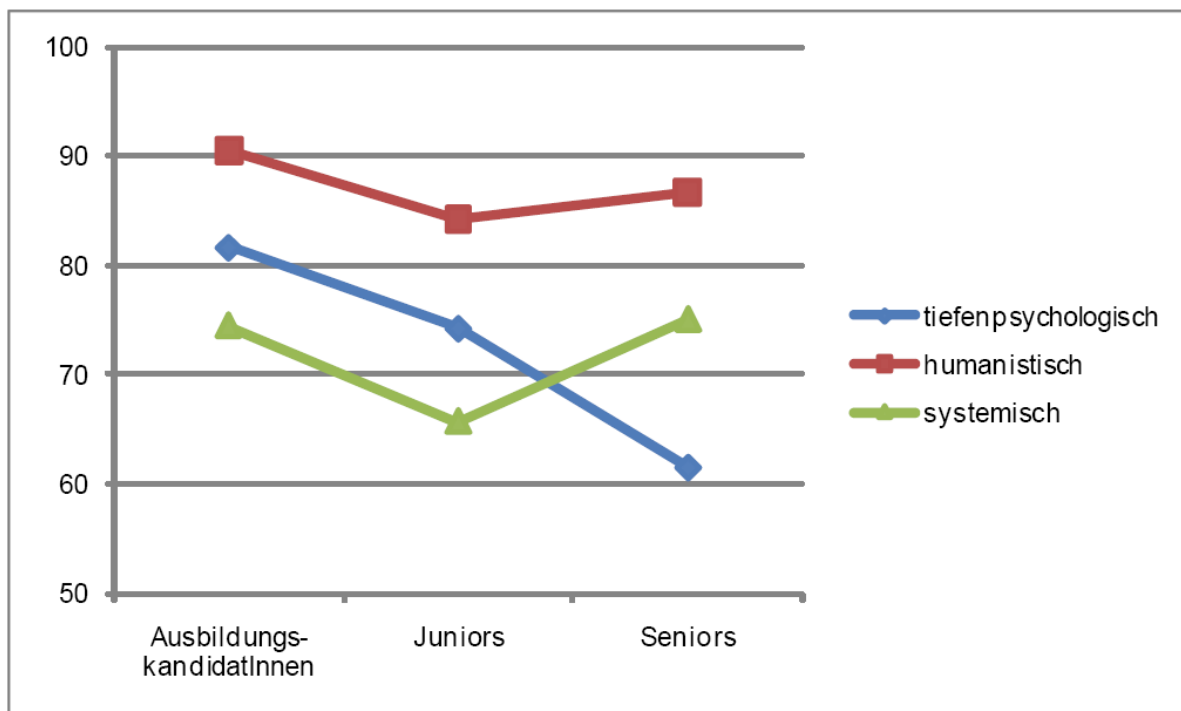
Signifikante Unterschiede zeigten sich in der Wichtigkeit der Gruppenselbsterfahrung für das Erlangen professioneller Fähigkeiten und Fertigkeiten zwischen den Kohorten. Dabei erreichten AusbildungskandidatInnen einen Mittelwert von $MW = 85,9\%$ ($SD = 19,0$), Juniors einen Mittelwert von $MW = 75,7\%$ ($SD = 15,4$) und Seniors einen Mittelwert von $MW = 74,8\%$ ($SD = 16,6$) (Welch-Statistik = 7,810; $p = .001$). Die Post-Hoc-Tests wiesen signifikante Unterschiede zwischen AusbildungskandidatInnen und Juniors ($p = .005$) sowie auch zwischen AusbildungskandidatInnen und Seniors ($p < .020$) auf. Diese Ergebnisse machen augenscheinlich, dass Personen, die sich nach wie vor in der Ausbildung zur PsychotherapeutIn befinden, der Gruppenselbsterfahrung allgemein betrachtet eine höhere Wichtigkeit zusprechen. Für die psychotherapeutische Technik zeigte sich ein vergleichbares Bild (Welch-Statistik = 5,525; $p = .005$). AusbildungskandidatInnen erreichten einen Mittelwert von $MW = 79,8\%$ ($SD = 24,1$), Juniors einen Mittelwert von $MW = 70,7\%$ ($SD = 28,5$) und Seniors einen Mittelwert von $MW = 68,7\%$ ($SD = 26,0$). Wieder zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen AusbildungskandidatInnen und Juniors ($p = .034$) und zwischen AusbildungskandidatInnen und Seniors ($p = .027$). Von AusbildungskandidatInnen wird der Nutzen der Gruppenselbsterfahrung deutlich höher eingeschätzt.

Bezüglich der erlebten Wichtigkeit der Gruppenselbsterfahrung für den Bereich psychotherapeutische Beziehung zeigte sich ebenfalls ein signifikanter Kohortenunterschied (Welch-Statistik = 5,441; $p = .006$). AusbildungskandidatInnen erreichten hier einen Mittelwert von $MW = 84,7\%$ ($SD = 21,0$), Juniors einen Mittelwert von $MW = 76,4\%$ ($SD = 24,6$) sowie Seniors einen Mittelwert von $MW = 75,6\%$ ($SD = 22,7$). AusbildungskandidatInnen erreichen damit signifikant höhere Werte als Juniors ($p = .022$) und als Seniors ($p = .047$) und messen der Einzelselbsterfahrung hier größere Bedeutung bei.

Kohorte, therapeutischer Orientierung und Wichtigkeit der Gruppenselbsterfahrung

Beim Durchführen einer zweifaktoriellen ANOVA zeigen sich keine Interaktionseffekte zwischen Kohorte und therapeutischer Orientierung, wenn es um die Beurteilung der generellen Wichtigkeit der Gruppenselbsterfahrung für den Erwerb der professionellen Fähigkeiten geht ($p = .215$) (vgl. Abb. 11).

Für etwaige Wechselwirkungen der beiden unabhängigen Variablen Kohorte und therapeutische Orientierung zeigte sich bezogen auf den wahrgenommenen Nutzen der Einzelselbsterfahrung für den Bereich psychotherapeutische Beziehung ($p = .439$) als auch für den Bereich psychotherapeutische Techniken ($p = .697$) ein ähnliches Bild.



Anmerkung: In der kombinierten Analyse von therapeutischer Orientierung und Kohortenzugehörigkeit konnten VerhaltenstherapeutInnen aufgrund der geringen Stichprobengröße in dieser Grafik und deren Diskussion nicht berücksichtigt werden.

Abb. 11 Interaktionsdiagramm bzgl. der generellen Wichtigkeit von Gruppenselbsterfahrung („100“ = höchstmöglicher Nutzen, „0“ = kein Nutzen) – Angaben in Prozent

Profit für Persönlichkeitsentwicklung und psychotherapeutische Techniken durch Gruppenselbsterfahrung

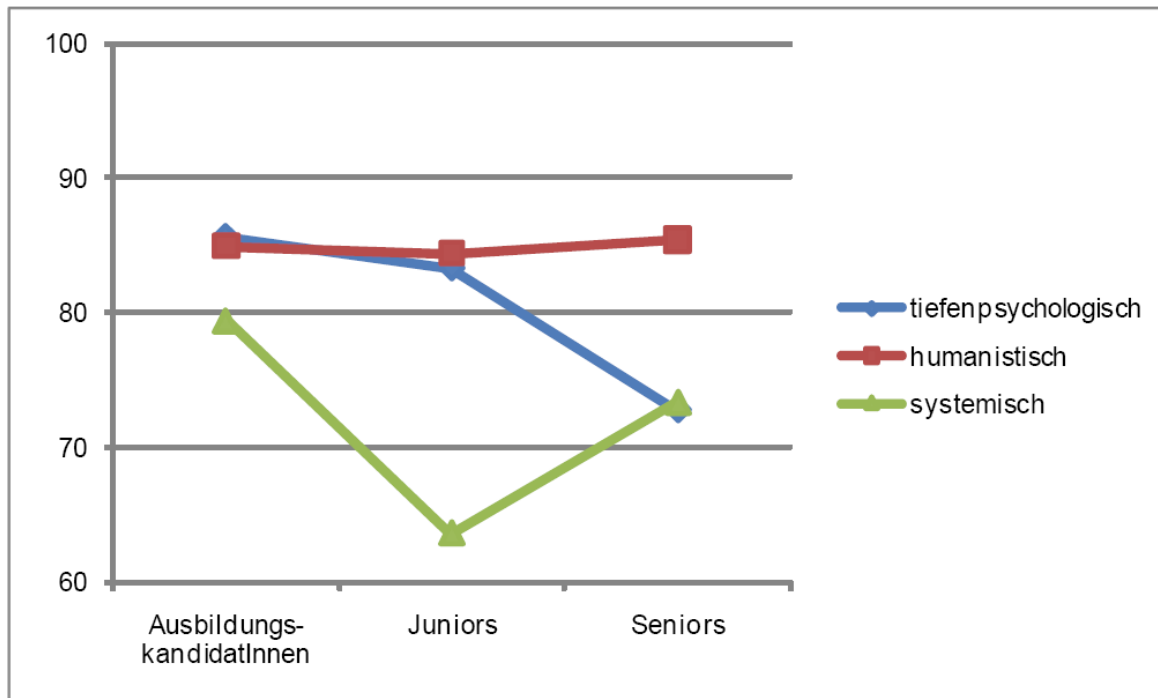
Alle Befragten (N = 320) stimmten im Durchschnitt mit MW = 77,1 % (SD = 23,3) der Aussage zu, dass sie von der Gruppenselbsterfahrung im Bereich psychotherapeutische Techniken profitiert hätten. Dies ist eine signifikant niedrigere Zustimmung als zu der Aussage, von der Gruppenselbsterfahrung in Bezug auf die Persönlichkeitsentwicklung profitiert zu haben (MW = 82,2 %; SD = 23,3) ($p < .001$). Es zeigte sich, dass dieser Unterschied konstant über alle Kohorten und alle therapeutischen Orientierungen hinweg gilt ($p > .05$).

Betrachtet man gesondert den wahrgenommenen Profit der Gruppenselbsterfahrung für die Persönlichkeitsentwicklung, so zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den therapeutischen Orientierungen ($p = .017$). VerhaltenstherapeutInnen schätzen in der deskriptiven Darstellung ihren subjektiven Profit mit einem Mittelwert von MW = 72,9 % (SD = 26,9) niedriger ein als ihre KollegInnen mit systemischer (MW = 74,5 %; SD = 26,1), humanistischer (MW = 84,9 %; SD = 20,9) oder tiefenpsychologischer Orientierung (MW = 82,7 %; SD = 23,3). Unter Berücksichtigung der kleinen Teilstichprobe der VerhaltenstherapeutInnen waren diese Ergebnisse allerdings nicht signifikant. Im Post-Hoc-Test findet sich ausschließlich ein signifikanter Unterschied zwischen der humanistischen Orientierung und der

Systemischen Therapie ($p = .035$). HumanistInnen messen demnach der Gruppenselbsterfahrung den größten Nutzen für die eigene Persönlichkeitsentwicklung bei.

Anhand der ANOVA lässt sich kein signifikanter Kohorteneffekt nachweisen ($p = .063$).

Beim Durchführen einer zweifaktoriellen ANOVA zeigen sich keine signifikanten Interaktionseffekte zwischen Kohorte und therapeutischer Orientierung ($p = .250$) (vgl. Abb. 12).



Anmerkung: In der kombinierten Analyse von therapeutischer Orientierung und Kohortenzugehörigkeit konnten VerhaltenstherapeutInnen aufgrund der geringen Stichprobengröße in dieser Grafik und deren Diskussion nicht berücksichtigt werden.

Abb. 12 Interaktionsdiagramm – Einfluss der Gruppentherapie auf die Persönlichkeitsentwicklung („100“ = höchstmöglicher Nutzen, „0“ = kein Nutzen) – Angaben in Prozent

Nutzen der Gruppenselbsterfahrung für die professionelle Qualifikation

Die Einschätzung des Nutzens der Gruppenselbsterfahrung für den Erwerb professioneller Fähigkeiten und Fertigkeiten durch die Befragten ist hoch, wenn auch auf nicht ganz so hohem Niveau wie die Beurteilung des Nutzens der Einzelselbsterfahrung. Für den Bereich der psychotherapeutischen Beziehung hingegen spielt neben der Einzelselbsterfahrung auch die Gruppenselbsterfahrung eine wesentliche Rolle. TherapeutInnen humanistischer Orientierung schätzen die Bedeutung der Gruppenselbsterfahrung für die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung besonders hoch ein. Aber auch AusbildungskandidatInnen (aller Orientierungen) befinden die Gruppenselbsterfahrung als äußerst wichtig. Insgesamt wird die Gruppenselbsterfahrung wiederum als besonders wichtig für die Persönlichkeitsentwicklung erachtet.

3.2.1.3 Einzel- und Gruppenselbsterfahrung im Vergleich

Über alle Kohorten und therapeutischen Orientierungen hinweg ergab sich, dass die Einzelselbsterfahrung mit einem mittleren Wert von 93 % (SD = 12,9) als wichtiger für die Entwicklung professioneller Fähigkeiten und Fertigkeiten als PsychotherapeutIn gesehen wird als die Gruppenselbsterfahrung ($p < .001$). Betrachtet man allerdings ausschließlich die therapeutischen Orientierungen (und lässt die Jahrganggruppen außer Acht), so trifft dieser Umstand für TherapeutInnen der humanistischen Orientierung nicht zu. Sie machten keinen signifikanten Unterschied zwischen Gruppenselbsterfahrung (MW = 89,0 %; SD = 16,4) und Einzelselbsterfahrung (MW = 94,8 %; SD = 10,5). Die besondere Bedeutsamkeit der Gruppenselbsterfahrung ist spezifisch für die humanistischen Orientierungen. Hingegen fanden sich bezüglich Gruppenselbsterfahrung vs. Einzelselbsterfahrung und Kohorte keine Interaktionseffekte ($p = .054$), demnach keine wechselseitige Beeinflussung.

3.2.2 Selbsterfahrungs-„Dosis“

Diesbezüglich relevante Fragen zielten auf das tatsächliche Ausmaß der absolvierten Selbsterfahrungsstunden im Zuge der fachspezifischen Therapieausbildung als auch auf die vorgeschriebene Mindeststundenanzahl ab. Außerdem sollte eine Einschätzung erfolgen, welche Selbsterfahrungs-„Dosis“ eine sinnvolle verpflichtende Menge im Ausbildungskontext darstellen würde und wie viele Stunden für die/den jeweilige/n Befragte/n notwendig waren bzw. voraussichtlich sein würden, um professionell mit PatientInnen arbeiten zu können. Letzteres wird im folgenden *Bedarf* an Selbsterfahrung (zur professionellen psychotherapeutischen Arbeit mit PatientInnen) genannt.

3.2.2.1 Einzelselbsterfahrung

Absolvierte Einzelselbsterfahrungsstunden von AusbildungskandidatInnen, Juniors und Seniors

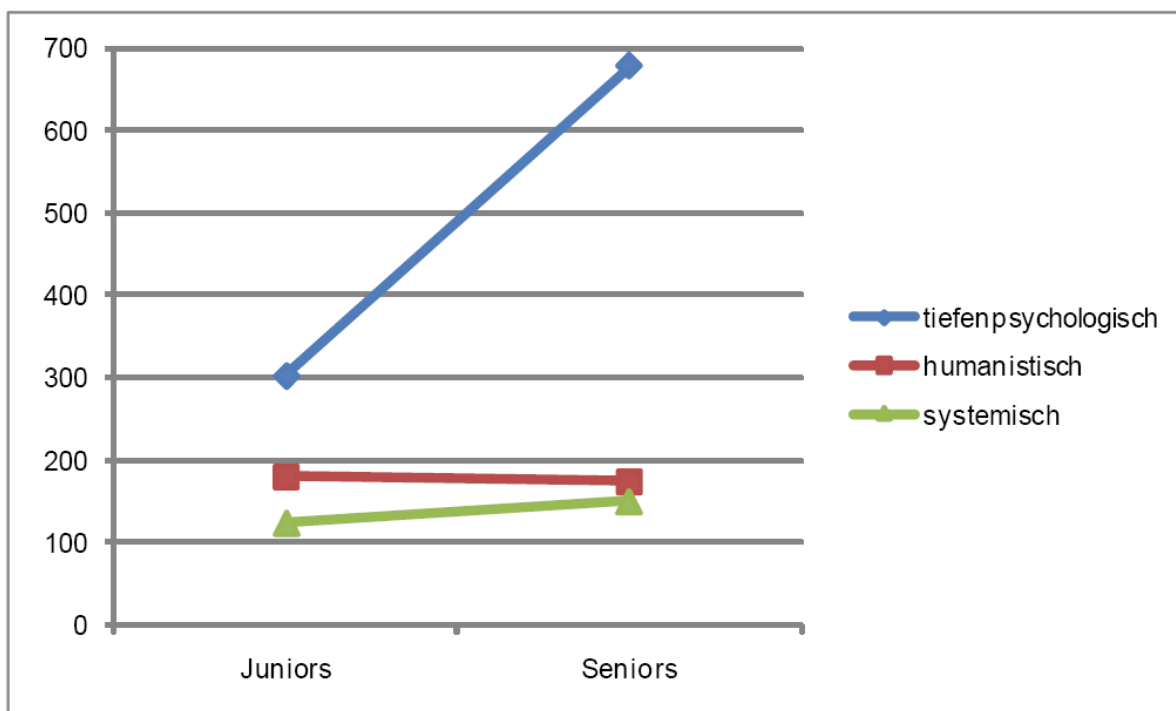
Die AusbildungskandidatInnen gaben an, bis zum Zeitpunkt der Erhebung im Durchschnitt 91 Einzelselbsterfahrungsstunden absolviert zu haben (SD = 179,6). Dabei zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den therapeutischen Orientierungen (Welch-Statistik = 15,97; $p < .001$). KandidatInnen mit tiefenpsychologisch orientierter Fachrichtung erreichten einen Mittelwert von 168 Stunden, wobei hier die Varianz sehr hoch ausfiel (SD = 180). KandidatInnen mit humanistischer Orientierung hatten zum Zeitpunkt der Erhebung im Mittel bereits 88 Stunden Einzelselbsterfahrung absolviert (SD = 99,8), SystemikerInnen 42 Stunden (SD = 27,5) und die drei VerhaltenstherapeutInnen in Ausbildung 57 Stunden (SD = 5,8).

Dem vorher Genannten vergleichbar zeigte sich bei den Juniors (MW = 207; SD = 174,0): TherapeutInnen mit tiefenpsychologischer Orientierung hatten im Zuge ihrer Ausbildung im

Schnitt 301 Einzelselbsterfahrungsstunden absolviert (SD = 195,3), TherapeutInnen mit humanistischer Orientierung 180 Stunden (SD = 157,8), SystemikerInnen 123 Stunden (SD = 62,0) und die vier VerhaltenstherapeutInnen 43 Stunden (SD = 34,7). Der Gruppenvergleich fällt signifikant aus (Welch-Statistik = 10,38; $p < .001$).

Die Anzahl der absolvierten Einzelselbsterfahrungsstunden steht auch bei den Seniors (MW = 335; SD = 310,2) in Zusammenhang mit der therapeutischen Orientierung (Welch-Statistik = 4,88; $p = .018$): TherapeutInnen mit tiefenpsychologischer Orientierung gaben an, im Zuge ihrer Ausbildung im Schnitt 679 Einzelselbsterfahrungsstunden absolviert zu haben (SD = 291,7), bei TherapeutInnen mit humanistischer Orientierung waren es 175 Stunden (SD = 186,8), bei SystemikerInnen 150 Stunden (SD = 142,1) und bei den beiden VerhaltenstherapeutInnen 165 Stunden.

Eine mehrfaktorielle Varianzanalyse verwies nicht nur auf einen signifikanten Effekt der therapeutischen Orientierung auf die Anzahl der absolvierten Einzelselbsterfahrungsstunden im Zuge der Ausbildung ($p < .001$). Es zeigte sich auch ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen therapeutischer Orientierung und der Kohortenzugehörigkeit ($p < .001$): Seniors mit tiefenpsychologischer Orientierung erreichten bei weitem die höchste Stundenanzahl (vgl. Abb. 13). Bereits langjährig tätige tiefenpsychologische PsychotherapeutInnen hatten die meisten Einzelselbsterfahrungsstunden im Rahmen ihrer Ausbildung absolviert.



Anmerkung: In der kombinierten Analyse von therapeutischer Orientierung und Kohortenzugehörigkeit konnten VerhaltenstherapeutInnen aufgrund der geringen Stichprobengröße in dieser Grafik und deren Diskussion nicht berücksichtigt werden.

Abb. 13 Interaktionsdiagramm – absolvierte Einzelselbsterfahrung in Stunden

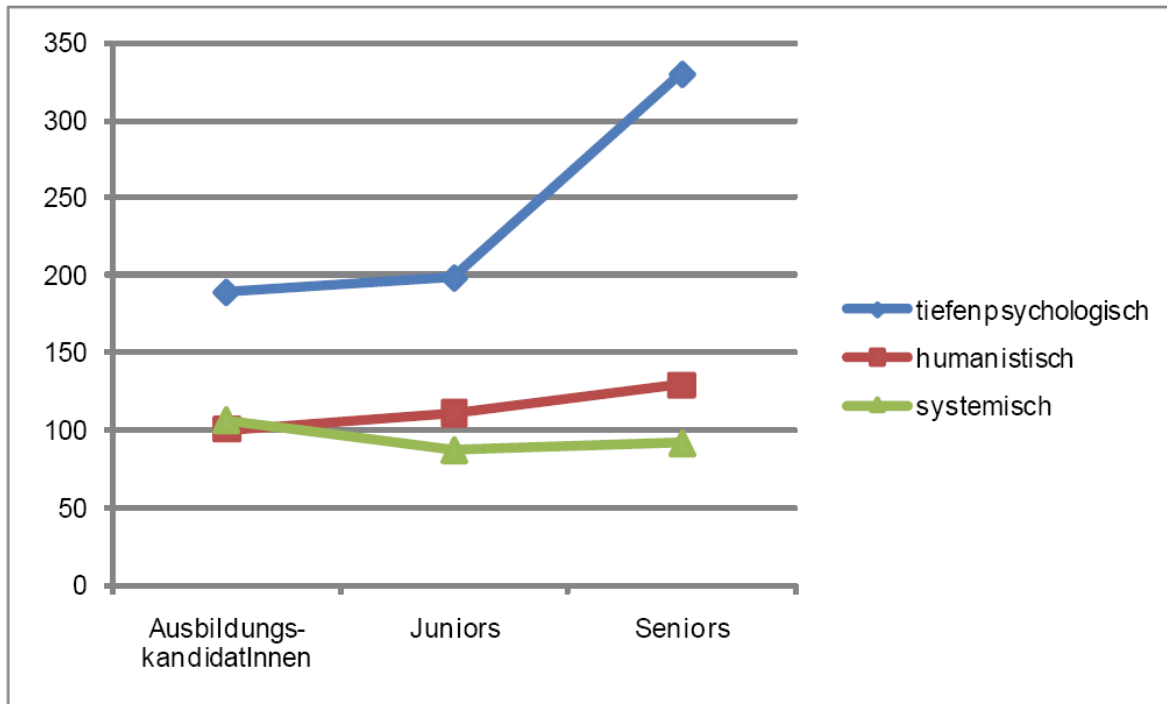
Curricular vorgegebene Einzelselbsterfahrungsstunden von AusbildungskandidatInnen, Juniors und Seniors

Die AusbildungskandidatInnen gaben im Durchschnitt an, dass 114 Stunden Einzelselbsterfahrung curricular vorgegeben waren ($SD = 77,3$). Dabei zeigt sich erwartungsgemäß ein signifikanter Unterschied zwischen den therapeutischen Orientierungen ($p < .001$). KandidatInnen mit tiefenpsychologisch orientierter Fachrichtung erreichten einen Mittelwert von 189 Stunden ($SD = 99,0$). KandidatInnen mit humanistischer Orientierung gaben im Mittel 100 Stunden an ($SD = 35,4$), SystemikerInnen 106 Stunden ($SD = 119,6$) und alle drei VerhaltenstherapeutInnen in Ausbildung genau 50 Stunden.

Ein vergleichbares Bild zeigte sich bei den Juniors ($MW = 136$; $SD = 87,9$): TherapeutInnen mit tiefenpsychologischer Orientierung hatten im Schnitt eine Vorgabe von mindestens 199 Einzelselbsterfahrungsstunden ($SD = 108,2$), TherapeutInnen mit humanistischer Orientierung 111 Stunden ($SD = 51,8$), SystemikerInnen 87 Stunden ($SD = 20,2$) und die vier VerhaltenstherapeutInnen 68 Stunden ($SD = 15,0$). Der Gruppenvergleich fällt signifikant aus (Welch-Statistik = 13,174; $p < .001$).

Die Anzahl der curricular vorgegebenen Einzelselbsterfahrungsstunden hängt auch bei den Seniors ($MW = 182$; $SD = 166,4$) von der jeweiligen therapeutischen Orientierung ab ($p < .001$): TherapeutInnen mit tiefenpsychologischer Orientierung nannten eine durchschnittliche Mindestanzahl von 330 Stunden ($SD = 206,3$), bei TherapeutInnen mit humanistischer Orientierung waren es 129 Stunden ($SD = 73,2$), bei SystemikerInnen 92 Stunden ($SD = 73,7$) und bei den beiden VerhaltenstherapeutInnen 190 Stunden.

Eine mehrfaktorielle Varianzanalyse zeigte, dass neben der therapeutischen Orientierung auch die Kohortenzugehörigkeit einen signifikanten Effekt auf die vorgegebene Mindestanzahl der Einzelselbsterfahrungsstunden in der Ausbildung offenbart ($p < .001$). Es zeigte sich ein signifikanter Effekt der therapeutischen Orientierung und der Kohortenzugehörigkeit ($p < .001$): Seniors mit tiefenpsychologischer Orientierung gaben mit Abstand die höchste Stundenanzahl an (vgl. Abb. 14). Auch die Curriculumsvorgabe an Einzelselbsterfahrungsstunden war bei älteren, erfahrenen tiefenpsychologisch orientierten PsychotherapeutInnen am höchsten.



Anmerkung: In der kombinierten Analyse von therapeutischer Orientierung und Kohortenzugehörigkeit konnten VerhaltenstherapeutInnen aufgrund der geringen Stichprobengröße in dieser Grafik und deren Diskussion nicht berücksichtigt werden.

Abb. 14 Interaktionsdiagramm – vorgegebene Mindestdosis an Einzelselbsterfahrung in Stunden

Verpflichtende Mindestanzahl an Einzelselbsterfahrungsstunden von AusbildungskandidatInnen, Juniors und Seniors

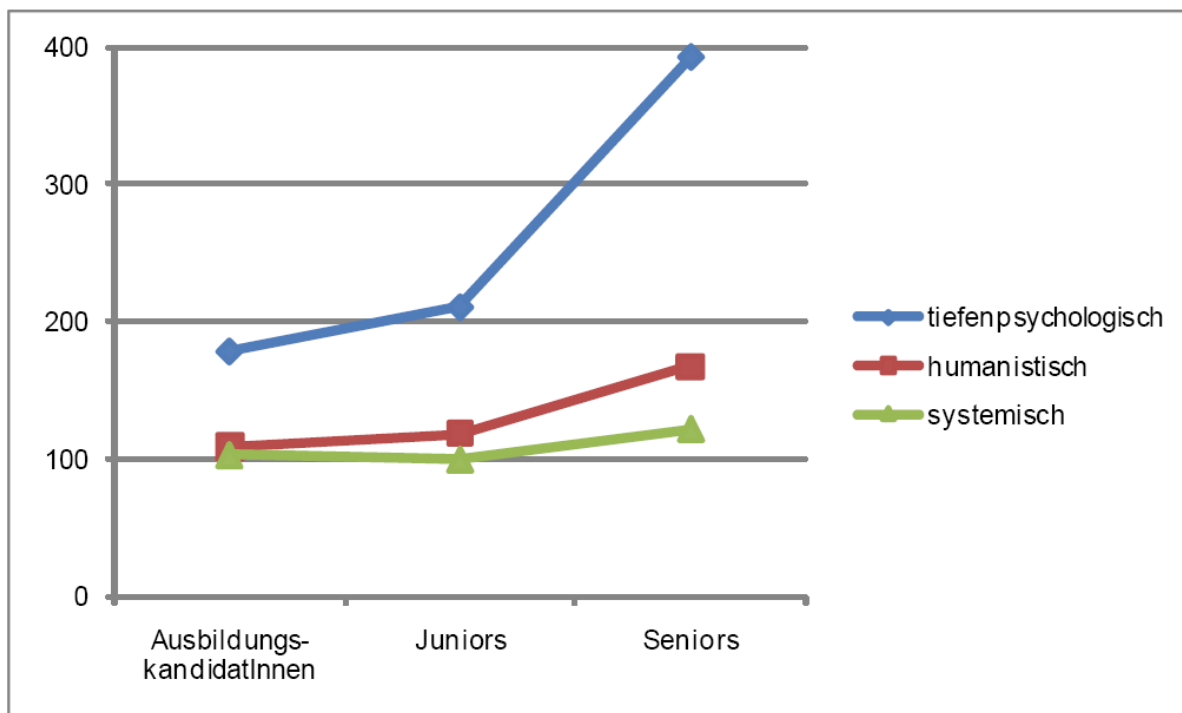
Die AusbildungskandidatInnen gaben im Durchschnitt an, 118 (SD = 81,8) Einzelselbsterfahrungsstunden für eine sinnvolle verpflichtende Mindestanzahl zu halten. Dabei zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den therapeutischen Orientierungen ($p < .001$). KandidatInnen mit tiefenpsychologisch orientierter Fachrichtung erreichten einen Mittelwert von 179 Stunden (SD = 94,4). KandidatInnen mit humanistischer Orientierung hielten im Mittel 109 Stunden Einzelselbsterfahrung für eine zweckmäßige Mindestanzahl (SD = 53,6), SystemikerInnen 103 Stunden (SD = 122,3).

Ein ähnliches Bild zeigte sich bezüglich der Juniors (MW = 146; SD = 90,6): TherapeutInnen mit tiefenpsychologischer Orientierung hielten im Mittel 211 Stunden Einzelselbsterfahrung für eine förderliche Mindestanzahl (SD = 108,2), TherapeutInnen mit humanistischer Orientierung 118 Stunden (SD = 52,8), SystemikerInnen 100 Stunden (SD = 39,2) und die beiden VerhaltenstherapeutInnen 100 Stunden. Der Gruppenvergleich fällt signifikant aus (Welch-Statistik = 11,104; $p < .001$).

Die als vernünftig beurteilte Anzahl an curricular vorgegebenen Einzelselbsterfahrungsstunden steht auch bei den Seniors (MW = 228; SD = 190,5) in Zusammenhang mit der therapeutischen Orientierung ($p < .001$): TherapeutInnen mit tiefenpsychologischer Orien-

tierung nannten durchschnittlich eine Mindestanzahl von 392 Stunden (SD = 233,1), bei TherapeutInnen mit humanistischer Orientierung waren es 167 Stunden (SD = 108,1), bei SystemikerInnen 122 Stunden (SD = 63,7) und bei den beiden VerhaltenstherapeutInnen 170 Stunden.

Nicht nur die therapeutische Orientierung hatte einen signifikanten Effekt auf die Anzahl der als vernünftig beurteilten Mindestdosis an Einzelselbsterfahrung im Zuge der Ausbildung, wie eine mehrfaktorielle Varianzanalyse zeigte ($p < .001$). Zwischen therapeutischer Orientierung und der Kohortenzugehörigkeit zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt ($p < .001$): Seniors mit tiefenpsychologischer Orientierung gaben wieder die deutlich höchste Stundenanzahl an (vgl. Abb. 15). Die erfahrenen TiefenpsychologInnen erachteten auch die höchste Mindeststundenzahl an Einzelselbsterfahrungsstunden für notwendig, um professionell mit PatientInnen arbeiten zu können.



Anmerkung: In der kombinierten Analyse von therapeutischer Orientierung und Kohortenzugehörigkeit konnten VerhaltenstherapeutInnen aufgrund der geringen Stichprobengröße in dieser Grafik und deren Diskussion nicht berücksichtigt werden.

Abb. 15 Interaktionsdiagramm – als sinnvoll erlebte Einzelselbsterfahrungsdosis in Stunden

Bedarf an Einzelselbsterfahrungsstunden von AusbildungskandidatInnen, Juniors und Seniors

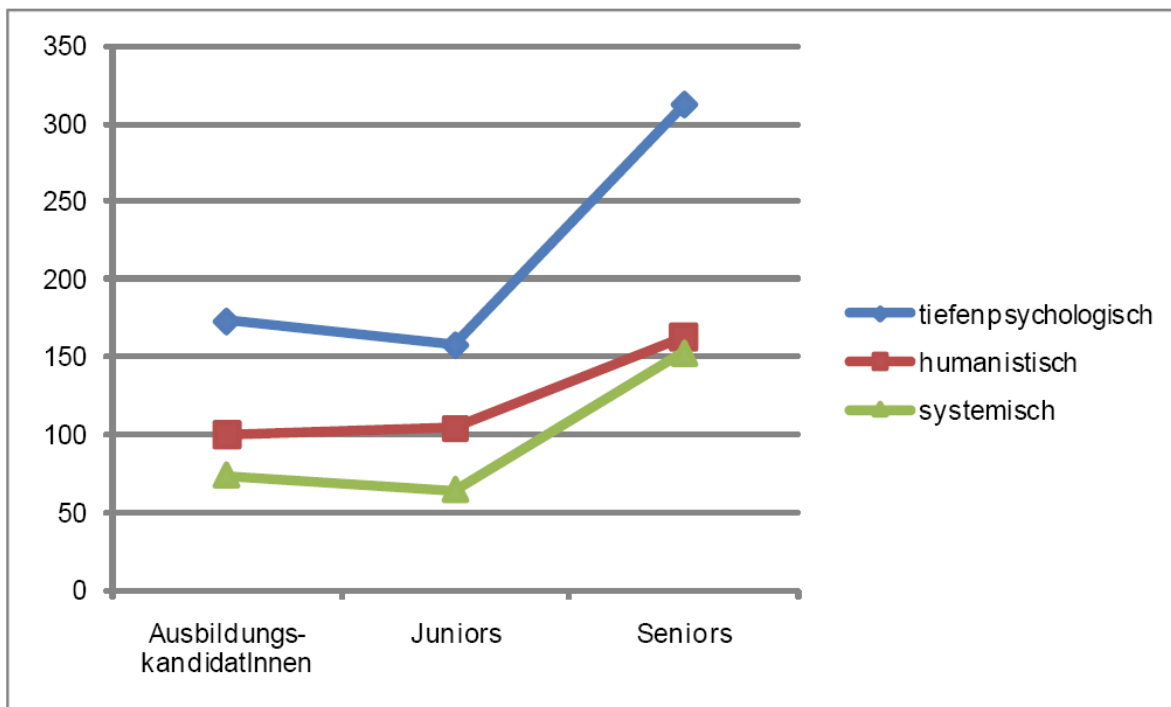
Zur Einschätzung der nötigen curricular vorgegebenen Stunden an Einzelselbsterfahrung zur professionellen Berufsausübung (siehe Fragebogen im Anhang) gaben die AusbildungskandidatInnen einen durchschnittlichen Bedarf von 106 Stunden an (SD = 91,8). Dabei zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den therapeutischen Orientierungen (Welch-

Statistik = 13.260; $p < .001$). KandidatInnen mit tiefenpsychologisch orientierter Fachrichtung erreichten einen Mittelwert von 173 Stunden (SD = 98,6). KandidatInnen mit humanistischer Orientierung nannten einen durchschnittlichen Bedarf an 100 Einzelselbsterfahrung von Stunden (SD = 66,9), SystemikerInnen nannten im Mittel 74 Stunden (SD = 127,7) und die drei VerhaltenstherapeutInnen in Ausbildung 36,7 Stunden (SD = 20,8).

Ein sich gleichendes Bild zeigte sich hier wiederum bei den Juniors (MW = 115; SD = 86,4): TherapeutInnen mit tiefenpsychologischer Orientierung nannten 158 Stunden, die als notwendig erachtet wurden, um professionell zu arbeiten (SD = 93,5), TherapeutInnen mit humanistischer Orientierung nannten im Durchschnitt 104 Stunden (SD = 80,2), SystemikerInnen 64 Stunden (SD = 39,0) und der einzige Verhaltenstherapeut, der in dieser Teilstichprobe antwortete, nannte 60 Stunden. Der Gruppenvergleich zwischen den drei Gruppen fällt signifikant aus ($p = .003$).

Der subjektive Bedarf an Einzelselbsterfahrungsstunden steht auch bei den Seniors (MW = 203; SD = 179,5) in Zusammenhang mit der therapeutischen Orientierung ($p < .039$): TherapeutInnen mit tiefenpsychologischer Orientierung nannten 312,4 Einzeltherapiestunden (SD = 164,5), bei TherapeutInnen mit humanistischer Orientierung waren es 163 Stunden (SD = 185,4), bei SystemikerInnen 153 Stunden (SD = 157,4) und bei den beiden VerhaltenstherapeutInnen 148 Stunden.

Nicht nur die therapeutische Orientierung hatte einen signifikanten Effekt auf den Bedarf an Einzelselbsterfahrungsstunden im Zuge der Ausbildung (mehrfaktorielle Varianzanalyse; $p < .001$). Es zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen therapeutischer Orientierung und der Kohortenzugehörigkeit ($p < .001$): Seniors mit tiefenpsychologischer Orientierung erreichten die bei weitem höchste Stundenanzahl (vgl. Abb. 16). Dies lässt wiederum folgenden Schluss zu: Die erfahrenen tiefenpsychologisch orientierten PsychotherapeutInnen gaben an, zur Zeit ihrer Ausbildung auch den größten Bedarf an Einzelselbsterfahrungsstunden gehabt zu haben.



Anmerkung: In der kombinierten Analyse von therapeutischer Orientierung und Kohortenzugehörigkeit konnten VerhaltenstherapeutInnen aufgrund der geringen Stichprobengröße in dieser Grafik und deren Diskussion nicht berücksichtigt werden.

Abb. 16 Interaktionsdiagramm – Bedarf an Einzelselbsterfahrung in Stunden

Fazit zur Dosis der Einzelselbsterfahrung

Es konnte gezeigt werden, dass es einen starken Zusammenhang zwischen Einzelselbsterfahrungs-Dosis und Curriculum gibt. Sowohl bei absolvierten Stunden als auch bei der verpflichtenden Mindestanzahl und dem Bedarf an Einzelselbsterfahrungsstunden spielt die psychotherapeutische Orientierung eine große Rolle. Auch die Kohortenzugehörigkeit hat hier einen wesentlichen Einfluss: So kann gesagt werden, dass Seniors mit tiefenpsychologischem Hintergrund jeweils die meisten Stunden an Einzelselbsterfahrung absolviert haben und diesen Umfang weiterhin als notwendig für sich und auch für eine angemessene psychotherapeutische Ausbildung ansehen. Tiefenpsychologisch orientierte PsychotherapeutInnen mit langer Berufserfahrung haben allerdings auch die meisten Einzelselbsterfahrungsstunden absolviert.

3.2.2.2 Gruppenselbsterfahrung

Absolvierte Gruppenselbsterfahrungsstunden von AusbildungskandidatInnen, Juniors und Seniors

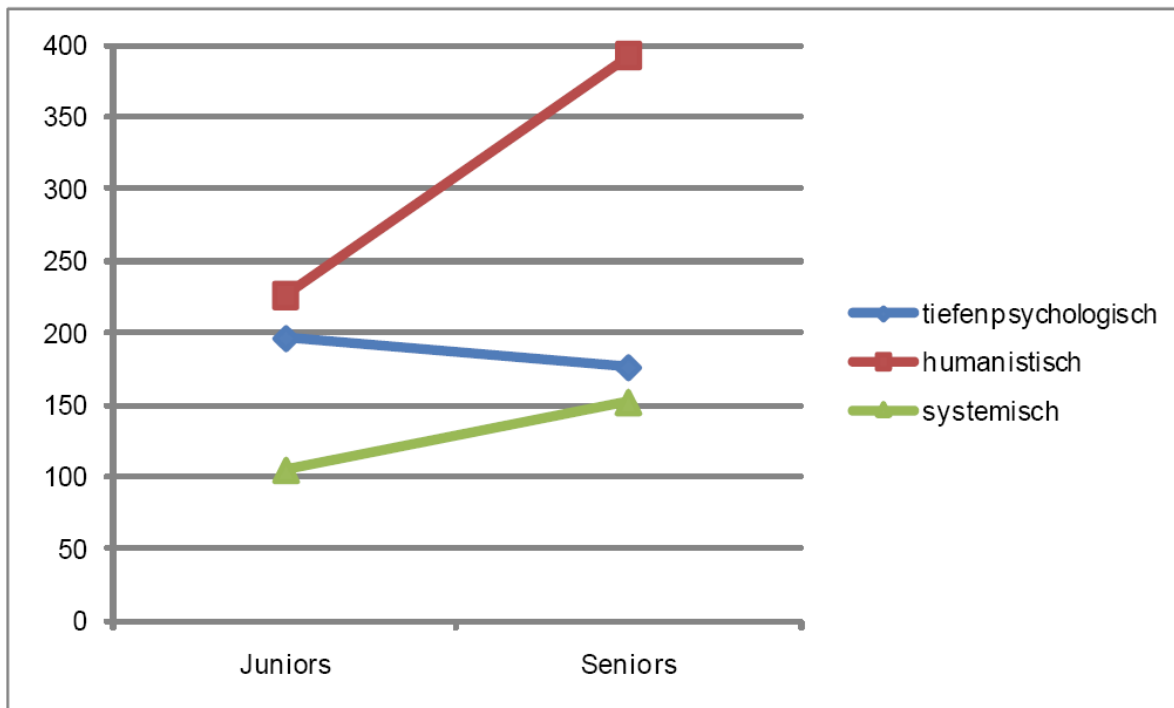
Die AusbildungskandidatInnen gaben an, bis zum Zeitpunkt der Erhebung im Durchschnitt 132 Gruppenselbsterfahrungsstunden absolviert zu haben. Dabei zeigt sich wieder ein signifikanter Unterschied zwischen den therapeutischen Orientierungen (Welch-Statist-

tik = 39,34; $p < .001$). KandidatInnen mit humanistisch orientierter Fachrichtung erreichten einen Mittelwert von 160 Stunden, wobei hier die Varianz sehr hoch ausfiel ($SD = 104,5$), was bedeutet, dass die Beobachtungen stärker um den Mittelwert streuen und die Angaben stark auseinandergehen. KandidatInnen mit tiefenpsychologischer Orientierung hatten zum Zeitpunkt der Erhebung im Mittel bereits 116 Stunden Einzelselbsterfahrung absolviert ($SD = 100,1$), SystemikerInnen 51 Stunden ($SD = 45,6$).

Ein entsprechendes Bild zeigte sich bezüglich der Juniors ($MW = 190$; $SD = 132,9$): TherapeutInnen mit humanistischer Orientierung hatten im Zuge ihrer Ausbildung im Schnitt 226 Gruppenselbsterfahrungsstunden absolviert ($SD = 130,4$), TherapeutInnen mit tiefenpsychologischer Orientierung 197 Stunden ($SD = 151,2$), SystemikerInnen 105 Stunden ($SD = 52,0$) und die beiden VerhaltenstherapeutInnen 150 Stunden. Der Gruppenvergleich fällt signifikant aus (Welch-Statistik = 11,37; $p < .001$).

Die Anzahl der absolvierten Gruppenselbsterfahrungsstunden steht ebenso bei den Seniors ($MW = 246$; $SD = 202,4$) in Zusammenhang mit der therapeutischen Orientierung (Welch-Statistik = 7,59; $p = .003$): TherapeutInnen mit humanistischer Orientierung beschrieben, im Zuge ihrer Ausbildung im Schnitt 393 Einzelselbsterfahrungsstunden absolviert zu haben ($SD = 250,1$), bei TherapeutInnen mit tiefenpsychologischer Orientierung waren es 176 Stunden ($SD = 118,7$), SystemikerInnen kamen auf durchschnittlich 152 Stunden ($SD = 110,3$).

Die Anzahl der absolvierten Gruppenselbsterfahrungsstunden im Zuge der Ausbildung stand unter Einfluss von sowohl therapeutischer Orientierung als auch der Kohortenzugehörigkeit (zweifaktorielle Varianzanalyse: signifikanter Effekt bei $p < .001$). Es zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen therapeutischer Orientierung und der Kohortenzugehörigkeit ($p = .031$): Seniors mit humanistischer Orientierung erreichten mit Abstand die höchste Stundenanzahl, während Juniors mit systemischer Orientierung die wenigsten Stunden absolviert haben (vgl. Abb. 17). Erfahrene humanistische TherapeutInnen hatten die meisten, auszubildende SystemikerInnen die wenigsten Gruppenselbsterfahrungsstunden im Rahmen ihrer jeweiligen Ausbildung in Anspruch genommen.



Anmerkung: In der kombinierten Analyse von therapeutischer Orientierung und Kohortenzugehörigkeit konnten VerhaltenstherapeutInnen aufgrund der geringen Stichprobengröße in dieser Grafik und deren Diskussion nicht berücksichtigt werden.

Abb. 17 Interaktionsdiagramm – absolvierte Gruppenselbsterfahrung in Stunden

Curricular vorgegebene Gruppenselbsterfahrungsstunden von AusbildungskandidatInnen, Juniors und Seniors

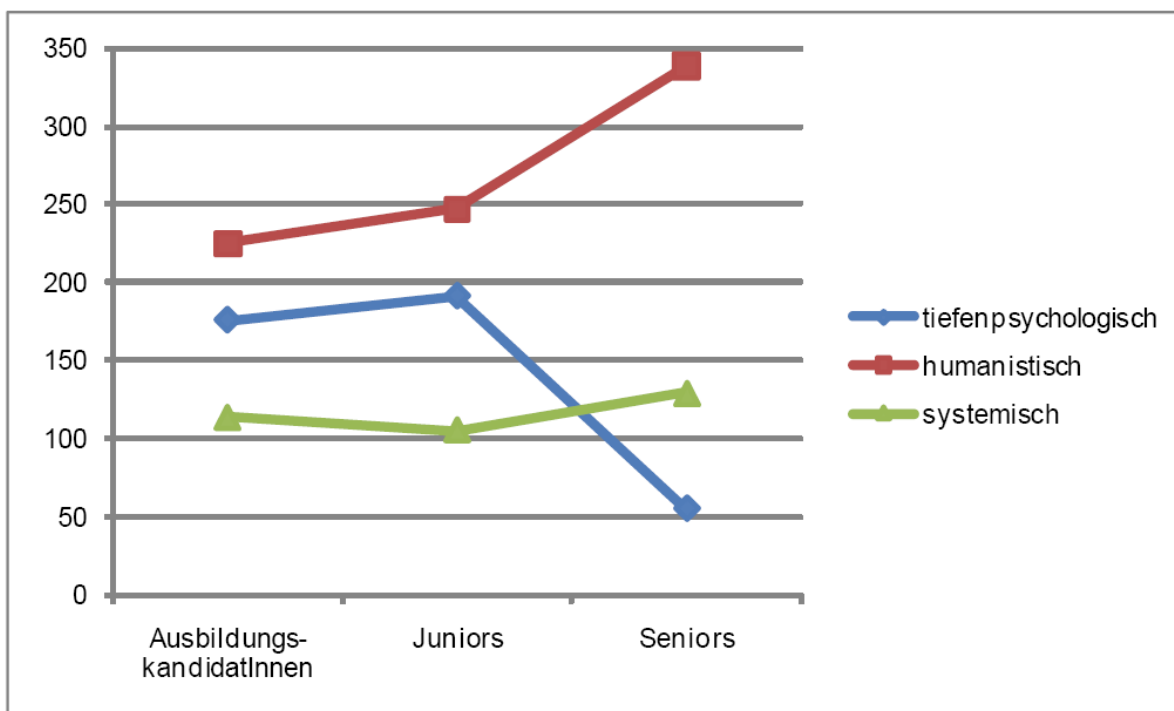
Die AusbildungskandidatInnen gaben im Durchschnitt 194 Stunden curricular vorgegebene Gruppenselbsterfahrungsstunden an (SD = 105,0). Dabei zeigt sich erwartungsgemäß ein signifikanter Unterschied zwischen den therapeutischen Orientierungen (Welch-Statistik = 40,167; $p < .001$). KandidatInnen mit humanistisch orientierter Fachrichtung erreichten einen Mittelwert von 225 Stunden (SD = 96,9). KandidatInnen mit tiefenpsychologischer Orientierung gaben im Mittel 175 Stunden an (SD = 96,9), SystemikerInnen 113 Stunden (SD = 49,4) und die drei VerhaltenstherapeutInnen in Ausbildung jeweils 157 Stunden (SD = 40,4).

Vergleichbar ist die Situation der Juniors (MW = 193; SD = 154,8): TherapeutInnen mit humanistischer Orientierung hatten im Schnitt eine Vorgabe von mindestens 247 Gruppenselbsterfahrungsstunden (SD = 169,1), TherapeutInnen mit tiefenpsychologischer Orientierung 191 Stunden (SD = 168,7), SystemikerInnen 105 Stunden (SD = 45,8) und die vier VerhaltenstherapeutInnen 175 Stunden (SD = 50,0). Der Gruppenvergleich fällt signifikant aus (Welch-Statistik = 10,527; $p < .001$).

Die Anzahl der curricular vorgegebenen Gruppenselbsterfahrungsstunden hängt demgemäß bei den Seniors (MW = 178; SD = 198,0) ebenfalls von der jeweiligen therapeutischen

Orientierung ab (Welch-Statistik = 8,530; $p = .002$): TherapeutInnen mit humanistischer Orientierung nannten eine durchschnittliche Mindestanzahl von 338 Stunden (SD = 237,1), bei TherapeutInnen mit tiefenpsychologischer Orientierung waren es 54,6 Stunden (SD = 83,6), SystemikerInnen nannten im Mittel 129 Stunden (SD = 110) und bei den beiden VerhaltenstherapeutInnen waren es durchschnittlich 178 Stunden.

Aus der mehrfaktoriellen Varianzanalyse ließ sich schließen, dass nicht nur die therapeutische Orientierung einen signifikanten Effekt auf die vorgegebene Mindestanzahl der Gruppenselbsterfahrungsstunden Ausbildung hatte ($p < .001$). Es zeigte sich auch hier ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen therapeutischer Orientierung und der Kohortenzugehörigkeit ($p < .001$): Seniors mit humanistischer Orientierung erreichten die höchste Stundenanzahl (vgl. Abb. 18). Für erfahrene humanistische PsychotherapeutInnen waren die meisten Gruppenselbsterfahrungsstunden im Rahmen der Ausbildung vorgegeben oder wurden freiwillig absolviert.



Anmerkung: In der kombinierten Analyse von therapeutischer Orientierung und Kohortenzugehörigkeit konnten VerhaltenstherapeutInnen aufgrund der geringen Stichprobengröße in dieser Grafik und deren Diskussion nicht berücksichtigt werden.

Abb. 18 Interaktionsdiagramm – vorgegebene Mindestdosis an Gruppenselbsterfahrung in Stunden

Als vernünftig empfundene verpflichtende Mindestanzahl an Gruppenselbsterfahrungsstunden von AusbildungskandidatInnen, Juniors und Seniors

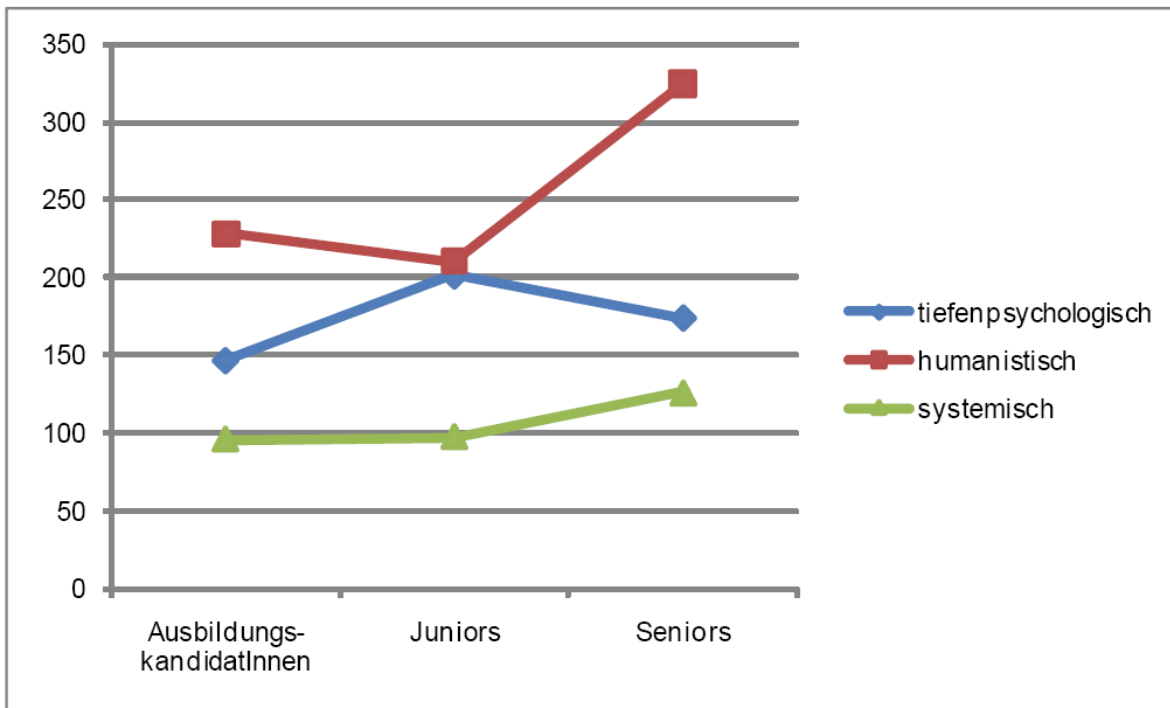
Die AusbildungskandidatInnen gaben im Durchschnitt an, 188 Gruppenselbsterfahrungsstunden für eine vernünftige verpflichtende Mindestanzahl zu halten. Dabei zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den therapeutischen Orientierungen (Welch-Statistik = 8,530; $p = .002$):

tik = 40,23; $p < .001$). KandidatInnen mit humanistisch orientierter Fachrichtung erreichten einen Mittelwert von 228 Stunden (SD = 119,4). KandidatInnen mit tiefenpsychologischer Orientierung hielten im Mittel 147 Stunden Gruppenselbsterfahrung für eine vernünftige Mindestanzahl (SD = 103,2), SystemikerInnen 96 Stunden (SD = 56,9) und die drei VerhaltenstherapeutInnen 123 Stunden (SD = 119,6).

Ähnliches zeigte sich bei den Juniors (MW = 181; SD = 154,4): TherapeutInnen mit humanistischer Orientierung hielten im Mittel 210 Stunden Gruppenselbsterfahrung für eine sinnvolle Mindestanzahl (SD = 149,9), TherapeutInnen mit tiefenpsychologischer Orientierung 201 Stunden (SD = 183,9), SystemikerInnen 97 Stunden (SD = 59,7) und die beiden VerhaltenstherapeutInnen 100 Stunden. Der Gruppenvergleich fällt signifikant aus (Welch-Statistik = 8,501; $p = .001$).

Die als vernünftig beurteilte Anzahl an curricular vorgegebenen Gruppenselbsterfahrungsstunden steht auch bei den Seniors (MW = 215; SD = 176,9) in Zusammenhang mit der therapeutischen Orientierung (Welch-Statistik = 5,667; $p = .012$): TherapeutInnen mit humanistischer Orientierung nannten durchschnittlich eine Mindestanzahl von 324 Stunden (SD = 216,0), bei TherapeutInnen mit tiefenpsychologischer Orientierung waren es 174 Stunden (SD = 148,0), bei SystemikerInnen 126 Stunden (SD = 247,5).

Neben der therapeutischen Orientierung hatte auch die Kohortenzugehörigkeit einen signifikanten Effekt auf die Anzahl der absolvierten Gruppenselbsterfahrungsstunden im Zuge der Ausbildung, wie durch eine mehrfaktorielle Varianzanalyse sichtbar gemacht werden konnte ($p < .001$). Es war ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen therapeutischer Orientierung und der Kohortenzugehörigkeit zu beobachten ($p < .001$): Seniors mit humanistischer Orientierung erreichten mit Abstand die höchste Stundenanzahl (vgl. Abb. 19). Das heißt im Überblick betrachtet, dass erfahrene PsychotherapeutInnen humanistischer Orientierung auch die höchste Anzahl an verpflichtenden Mindeststunden für Gruppenselbsterfahrung ansetzen. Damit unterscheiden sie sich von allen anderen Orientierungen.



Anmerkung: In der kombinierten Analyse von therapeutischer Orientierung und Kohortenzugehörigkeit konnten VerhaltenstherapeutInnen aufgrund der geringen Stichprobengröße in dieser Grafik und deren Diskussion nicht berücksichtigt werden.

Abb. 19 Interaktionsdiagramm – als sinnvoll erlebte Gruppenselbsterfahrungsdosis in Stunden

Bedarf an Gruppenselbsterfahrungsstunden von AusbildungskandidatInnen, Juniors und Seniors

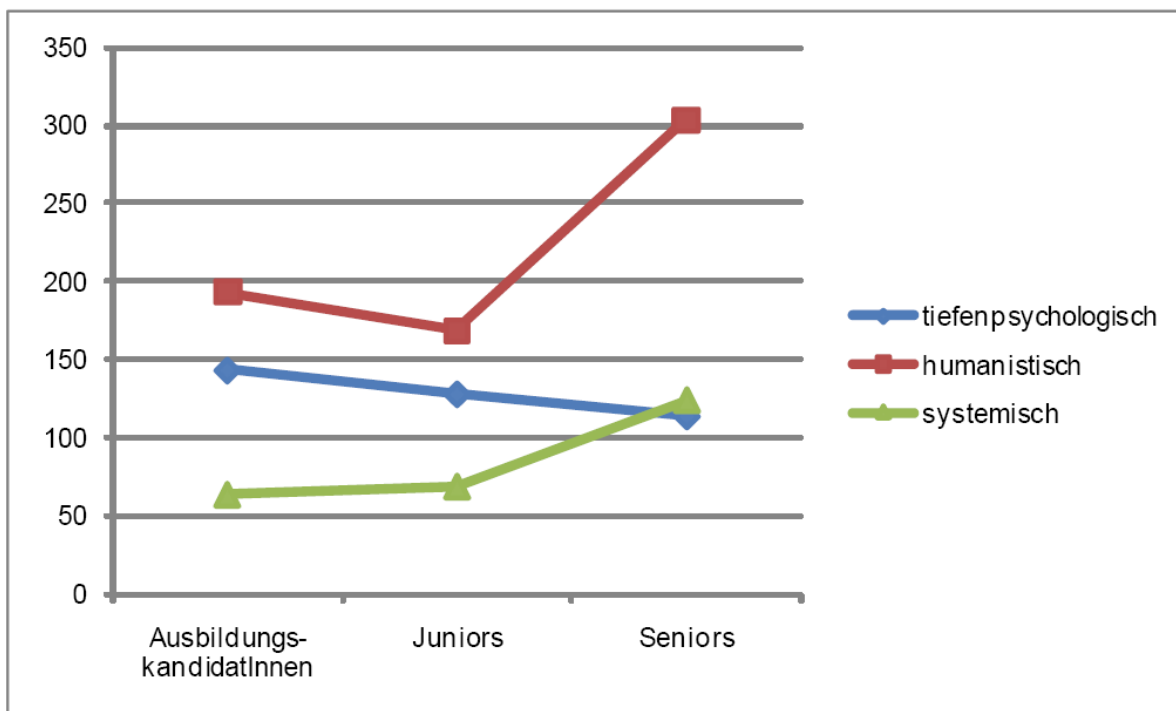
Die AusbildungskandidatInnen gaben einen durchschnittlichen Bedarf an Gruppenselbsterfahrung von 158 Stunden an (SD = 130,6). Dabei zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den therapeutischen Orientierungen (Welch-Statistik = 33,961; $p < .001$). KandidatInnen mit humanistisch orientierter Fachrichtung erreichten einen Mittelwert von 193 Stunden (SD = 132,5). KandidatInnen mit tiefenpsychologischer Orientierung nannten einen durchschnittlichen Bedarf an Gruppenselbsterfahrung von Stunden 143 (SD = 130,3), SystemikerInnen nannten im Mittel 63 Stunden (SD = 60,3) und die drei VerhaltenstherapeutInnen in Ausbildung 73 Stunden (SD = 25,2).

Auch bei den Juniors (MW = 132; SD = 116,8) hielten TherapeutInnen mit humanistischer Orientierung im Mittel 169 Stunden Gruppenselbsterfahrung für eine sinnvolle Mindestanzahl (SD = 124,0), TherapeutInnen mit tiefenpsychologischer Orientierung 128 Stunden (SD = 121,4), SystemikerInnen 69 Stunden (SD = 56,4) und der antwortende Verhaltenstherapeut 60 Stunden. Der Gruppenvergleich fällt nicht signifikant aus.

Der Unterschied zwischen den therapeutischen Orientierungen hinsichtlich des subjektiven Bedarfs an Gruppenselbsterfahrungsstunden (MW = 186; SD = 188,9) fällt bei den Seniors nicht signifikant aus (Welch-Statistik = 3,372; $p = .053$). Dies mag an der geringen Teilstich-

probengröße sowie an der hohen Varianz innerhalb der Gruppen liegen. TherapeutInnen mit humanistischer Orientierung nannten 304 Gruppentherapiestunden (SD = 255,0), bei TherapeutInnen mit tiefenpsychologischer Orientierung waren es 114 Stunden (SD = 85,7), SystemikerInnen nannten 124 Stunden (SD = 102,4) und bei den beiden VerhaltenstherapeutInnen wurden 148 Stunden genannt.

Auch hier zeigte eine mehrfaktorielle Varianzanalyse, dass nicht nur die therapeutische Orientierung einen signifikanten Effekt auf die Anzahl der absolvierten Gruppenselbsterfahrungsstunden im Zuge der Ausbildung hatte ($p < .001$). Es stellte sich ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen therapeutischer Orientierung und der Kohortenzugehörigkeit heraus ($p < .001$): Seniors mit humanistischer Orientierung erreichten deutlich die höchste Stundenanzahl (vgl. Abb. 20). Die erfahrenen humanistischen PsychotherapeutInnen gaben damit retrospektiv auch den höchsten Bedarf an Gruppenselbsterfahrungsstunden im Rahmen der Ausbildung an.



Anmerkung: In der kombinierten Analyse von therapeutischer Orientierung und Kohortenzugehörigkeit konnten VerhaltenstherapeutInnen aufgrund der geringen Stichprobengröße in dieser Grafik und deren Diskussion nicht berücksichtigt werden.

Abb. 20 Interaktionsdiagramm – Bedarf an Gruppenselbsterfahrungsdosis in Stunden

Fazit zur Dosis der Gruppenselbsterfahrung

Insgesamt wurden zum Zeitpunkt der Befragung bereits mehr Gruppenselbsterfahrungsstunden absolviert als Einzelselbsterfahrungsstunden. Und auch hier zeigt sich ein signifikanter Unterschied sowohl im Hinblick auf die psychotherapeutischen Orientierungen als auch in

Bezug auf die Kohortenzugehörigkeit. Erfahrene humanistisch orientierte PsychotherapeutInnen hatten im Rahmen ihrer Ausbildung die meisten Gruppenselbsterfahrungsstunden absolviert, jedoch waren auch die meisten Stunden vorgegeben. Humanistisch orientierte PsychotherapeutInnen mit langjähriger Erfahrung forderten die höchste verpflichtende Mindestanzahl an Gruppenselbsterfahrungsstunden, sie zeigten diesbezüglich auch den größten Bedarf. Die curriculare Vorgabe prägte auch bei der Gruppenselbsterfahrung offensichtlich die Vorstellungen zu individuellen und allgemeine Erfordernissen einer Ausbildung.

3.2.2.3 Selbsterfahrungs-Dosis im Vergleich

Um zu untersuchen, welche potenziellen Einflussfaktoren zwischen eingeschätztem Bedarf an Selbsterfahrung und anderen Variablen bestehen, wurden Interkorrelationen zwischen den verschiedenen Einschätzungswerten zur Gruppen- und Selbsterfahrungsdosis (*absolvierte Dosis*, *curriculare Vorgabe*, Einschätzung einer *sinnvollen Mindestanzahl*, *Bedarf um professionell zu arbeiten*) und Korrelationen der eingeschätzten Dosis mit externen Variablen ermittelt. Hierbei handelt es sich um (1) die aktuelle psychische *Belastung*, (2) die eingeschätzte *Nützlichkeit* der eigenen Selbsterfahrung (hinsichtlich der professionellen Entwicklung, hinsichtlich der Persönlichkeitsentwicklung und insgesamt) und (3) den Einfluss externen Ressourcenaufwands (*räumliche Nähe* der Ausbildungsstätte, *Dauer* der Ausbildung und *Kostengünstigkeit*) bei der Entscheidung der gewählten psychotherapeutischen Methode.

Selbsterfahrungsdosis und individueller Bedarf an Selbsterfahrung

Auffällig ist, dass der Bedarf an Eigentherapie und die persönlich als sinnvoll erlebte Dosis sowohl hinsichtlich Gruppen- als auch hinsichtlich der Einzelselbsterfahrung im Vergleich zu den Korrelationen mit allen anderen Variablen in einem deutlich positiven Zusammenhang mit der jeweiligen curricularen Vorgabe steht (Korrelationskoeffizienten zwischen $r = .54$ und $r = .83$; $p < .001$). Das bedeutet, dass die Curricula der psychotherapeutischen Verfahren sowohl die Einstellung zum Bedarf an Selbsterfahrung als auch die Einschätzung der sinnvollen Mindeststundenanzahl in hohem Maße determinieren: Aufgrund der Kenntnis der curricularen Vorgaben kann mit großer Zuverlässigkeit die individuelle Einschätzung vorausgesagt werden. Die Befragten geben jeweils so viel an verpflichtenden Mindeststunden an, wie sie selbst in Ihren Curricula erfahren haben.

Die einzelnen Korrelationskoeffizienten sind in Tabelle 8 für die Einzelselbsterfahrung und in Tabelle 9 für die Gruppenselbsterfahrung dargestellt.

Bedarf und curriculare Vorgabe

Nach Untersuchung der Einzelselbsterfahrung mittels T-Test zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der curricularen Vorgabe (MW = 127,26; SD = 95,59) und dem eingeschätzten Bedarf (MW = 120,13; SD = 109,66; $p > .05$). Allerdings zeigt sich, dass eine höhere curricular vorgegebene Dosis mit der Differenz zwischen curricularer Mindestanzahl und subjektivem Bedarf signifikant korreliert ($r = .20$; $p < .01$), daher gilt: Je mehr Selbsterfahrungsstunden in der Ausbildung vorgegeben sind, desto geringer wird der subjektive Bedarf im Verhältnis zu dieser vorgegebenen Menge eingeschätzt.

Gleiches trifft mit einer Korrelation von $r = .26$ auf die Gruppenselbsterfahrung zu. Darüber hinaus gilt, dass die curriculare Vorgabe ($M = 189,48$; $SD = 128,01$) den eigenen Bedarf an Gruppenselbsterfahrung signifikant übersteigt ($M = 155,24$ $SD = 137,88$; $p < .01$). Hier zeigt sich die Tendenz, für sich selbst weniger Selbsterfahrung als notwendig zu betrachten als grundsätzlich curricular für den durchschnittlichen Ausbildungskandidaten gefordert werden sollte.

		SE-Dosis (Einzel)			Belastung	Nützlichkeit			Externe Ressourcen		
		2	3	4	GSI	insg.	prof.	pers.	Nähe	Dauer	Kosten
i.A. (N<194)	absolviert (1)	.44**	.51**	.49**	.06	.03	.11	.06	-.09	.05	-.04
	vorgegeben (2)		.72**	.54**	.15*	.04	.18*	.09	-.10	-.14	-.18*
	sinnvoll (3)			.73**	.22*	.07	.16**	.14	-.12	-.09	-.17*
	Bedarf (4)				.19*	.08	.27**	.10	-.18*	-.15	-.17*
Jun. (N<83)	absolviert (1)	.73**	.82**	.64**	.05	-.13	.1	.08	.03	.00	-.06
	vorgegeben (2)		.84**	.66**	.07	-.01	.15	.06	.01	.00	-.17
	sinnvoll (3)			.72**	.03	-.08	.18	.12	.01	.01	-.03
	Bedarf (4)				-.06	-.2	.11	.07	.00	-.06	-.20
Sen. (N<49)	absolviert (1)	.77**	.67**	.57**	.23	-.29	.14	.12	-.06	-.04	-.28
	vorgegeben (2)		.74**	.55*	.19	-.29	.03	-.04	-.06	-.04	-.29
	sinnvoll (3)			.61**	.08	-.02	.14	.03	-.01	-.06	-.32
	Bedarf (4)				.22	-.09	-.05	-.05	.08	-.12	-.36**

* $\alpha = .05$ (zweiseitig); ** $\alpha = .01$ (zweiseitig)

Tab. 8 Zusammenhänge zwischen der Einstellung zur Dosis der Einzelselbsterfahrung und anderen Variablen

		SE-Dosis (Gruppe)			Belastung GSI	Nützlichkeit			Externe Ressourcen		
		2	3	4		insg.	prof.	pers.	Nähe	Dauer	Kosten
i.A. (N<194)	absolviert (1)	.56*	.60**	.61**	.09	.04	.11	.04	-.15	-.07	-.12
	vorgegeben (2)		.80**	.71**	.16*	-.02	.14	.02	.01	-.17*	-.19*
	sinnvoll (3)			.83**	.15*	.04	.14	.06	-.14	-.16*	-.17*
	Bedarf (4)				.16*	.07	.11	-.02	-.17*	-.15	-.19*
Jun. (N<83)	absolviert (1)	.91**	.81**	.82**	.11	-.11	.15	-.09	-.17	-.19	-.12
	vorgegeben (2)		.85**	.82**	.09	-.08	.17	-.04	-.19	-.26*	-.11
	sinnvoll (3)			.82**	.21	-.06	.04	-.17	-.07	-.29*	-.22
	Bedarf (4)				.03	-.11	.10	-.10	-.11	-.24	-.25
Sen. (N<49)	absolviert (1)	.63**	.66**	.73**	-.02	-.16	.19	.15	-.22	-.34	-.23
	vorgegeben (2)		.60**	.67**	.13	.02	-.06	-.24	-.18	-.53**	-.15
	sinnvoll (3)			.79**	.29	-.11	.03	-.07	-.18	-.36*	-.23
	Bedarf (4)				.18	-.18	-.16	-.16	-.05	-.30	-.15

* $\alpha = .05$ (zweiseitig); ** $\alpha = .01$ (zweiseitig)

Tab. 9 Zusammenhänge zwischen der Einstellung zur Dosis der Gruppenselbsterfahrung und anderen Variablen

Selbsterfahrungsdosis und Belastung

Die durchschnittliche psychische Gesamtbelastung (GSI = Gesamt-Severity-Index; Erläuterung siehe Kap. 2) über alle TeilnehmerInnen hinweg beträgt $MW = 0,24$ ($SD = 0,211$) und liegt damit genau im Mittelfeld der gesunden erwachsenen deutschsprachigen Bevölkerung (vgl. Franke, 2000).

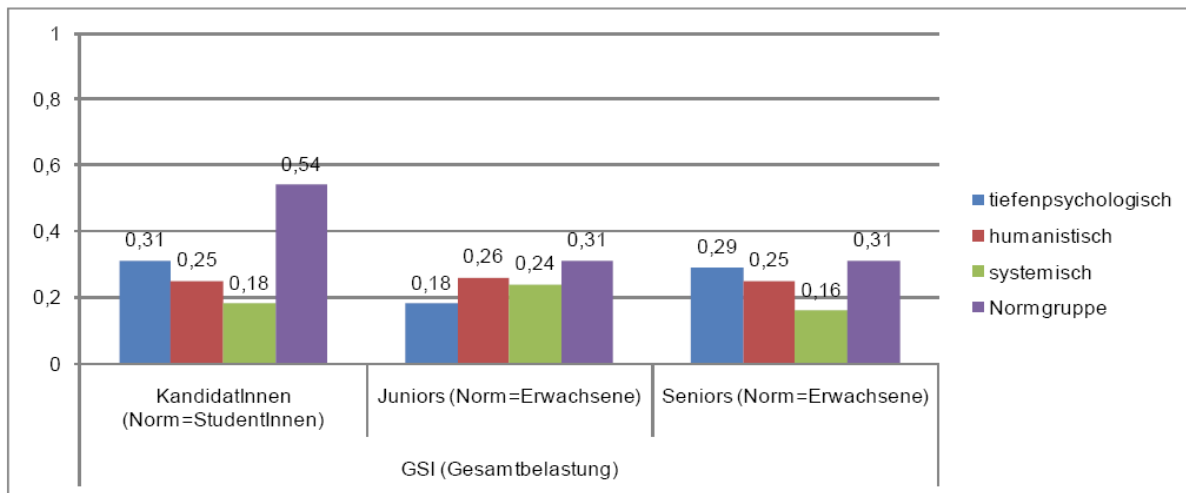


Abb. 21 Belastung im Vergleich der Gruppen (GSI = General Severity Index)

In der Varianzanalyse (ANOVA) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Kohorten ($p = .595$) (vgl. Abb. 21). Die Höhe des GSI – und damit die psychische Belastung – korreliert nur in der Gruppe der AusbildungskandidatInnen tendenziell positiv mit der eingeschätzten Bedeutsamkeit der Dosis an Einzel- bzw. Gruppenselbsterfahrung. Dies gilt sowohl für die Einzel- als auch für die Gruppenselbsterfahrung, was bedeutet, dass AusbildungskandidatInnen je nach Ausmaß der curricular vorgegebenen Stundenanzahl an Selbsterfahrung mehr belastet sind. Über alle Kohorten hinweg korreliert die aktuelle psychische Belastung (GSI) leicht positiv sowohl mit dem subjektiven Bedarf an Einzelselbsterfahrung ($r = 0,187$; $p = .002$) als auch mit dem subjektiven Bedarf an Gruppenselbsterfahrung ($r = 0,136$; $p = .023$).

Etwas anders sehen die Ergebnisse aus, wenn die Angaben zum subjektiven Bedarf an Gruppen- und Einzelselbsterfahrungsstunden summiert werden. In der Gesamtstichprobe beträgt die Korrelation dieses Summenwerts (als Indikator für den Gesamtbedarf an Selbsterfahrungsstunden) mit der Höhe des GSI $r = .301$ ($p = .001$). Die entsprechenden Korrelationskoeffizienten für die einzelnen Kohorten in den verschiedenen Skalen der BSCL sind in Tabelle 10 dargestellt. Vor allem bei jungen TherapeutInnen zeigen sich teilweise hohe Zusammenhänge zwischen psychischen Belastungen und dem subjektiven Bedarf an Selbsterfahrung – sei es in der Gruppe oder im Einzelsetting.

	i.A. (N=190)	Jun. (N=72)	Sen. (N=47)
GSI			
Unsicherheit im Sozialkontakt	.123	.403**	.268
Depressivität	.155*	.149	.088
Aggressivität/Feindseligkeit	.071	.548**	.217
Ängstlichkeit	.170*	.332**	.279
Somatisierung	.052	.413**	.268
Zwanghaftigkeit	.127	.186	.146
Phobische Angst	-.016	.119	.206
Paranoides Denken	.014	.256*	.180
Psychotizismus	.117	.297*	.085
Zusätzliche Items	.093	.529**	.262
	-.059	-.091	.238

* $\alpha = .05$ (zweiseitig), ** $\alpha = .01$ (zweiseitig)

Tab. 10 Zusammenhänge zwischen dem summierten subjektiven Bedarf an Einzel- und Gruppenselbsterfahrung und den Skalen BSCL, nach Kohorten

Selbsterfahrungsdosis und Nutzen

Der subjektiv erfahrene Nutzen der Selbsterfahrung für die Aneignung professioneller Fähigkeiten und Fertigkeiten als PsychotherapeutIn scheint im Gesamtbild in keinem bemerkenswerten Zusammenhang mit der Einstellung zur Selbsterfahrungsdosis zu stehen. Einzig AusbildungskandidatInnen schätzen ihren mengenmäßigen Bedarf an Einzelselbsterfahrung umso höher ein, je stärker sie die Meinung vertreten in professioneller Hinsicht davon profitiert zu haben. Jene Auszubildenden also, die subjektiv betrachtet mehr Nutzen von der Selbsterfahrung erfahren, möchten noch mehr „Selbst Erfahrung“.

Selbsterfahrungsdosis und die Relevanz externer Ressourcen

Die Rolle der räumlichen Nähe des Ausbildungsinstituts bzw. der Ausbildungsstätte bei der Wahl der Therapiemethode steht nur bei AusbildungskandidatInnen mit einem niedrigeren Bedarf an Einzelselbsterfahrung in Zusammenhang ($r = .17$; $p < .05$). Die Wichtigkeit der Dauer der Ausbildung ist vor allem hinsichtlich der Gruppenselbsterfahrung mit der Einstellung zur Selbsterfahrungsdosis assoziiert – und zwar über alle Kohorten hinweg. Die curriculare Vorgabe der Gruppenselbsterfahrungsstunden scheint dabei eine besonders große Rolle zu spielen. Die geringen Kosten der Ausbildung stehen wiederum vorwiegend unter AusbildungskandidatInnen in Zusammenhang mit einem geringeren subjektiven Bedarf, einer geringeren Anzahl an als sinnvoll erlebten Selbsterfahrungsstunden und der Wahl einer Methode mit geringerer verpflichtender Stundenanzahl. Das heißt Menschen, die Ihre

Ausbildung nach den möglichst geringen Kosten wählen, finden auch Selbsterfahrung nicht so wichtig für ihre berufliche Entwicklung. Dies trifft dabei sowohl auf Einzel- als auch auf Gruppenselbsterfahrung zu.

Selbsterfahrungsdosis und Zusammenhänge im Fazit

Der Bedarf an Selbsterfahrung – sowohl in der Gruppe als auch einzeln – ist in hohem Maße von der jeweiligen Curriculumsvorgabe abhängig. Sowohl die Einstellung zum Bedarf an Selbsterfahrung, der nötig ist, um professionell mit PatientInnen arbeiten zu können, als auch die geschätzte, verpflichtende Mindeststundenanzahl werden durch das Curriculum vorgegeben. Aber je mehr Selbsterfahrungsstunden im jeweiligen Ausbildungscurriculum festgelegt sind, desto geringer ist der eigene Bedarf im Verhältnis. Auch sind PsychotherapeutInnen – mit Ausnahme der auszubildenden PsychotherapiekandidatInnen – nicht mehr oder weniger belastet als der Durchschnitt.

3.2.3. AusbildungskandidatInnen zu Psychotherapeutischen MedizinerInnen (Psy-3)

Auf Grund der geringen Anzahl an Psy-3-AusbildungskandidatInnen (N = 19; Fragebogen siehe Anhang), die in die Untersuchung eingeschlossen werden konnten, sowie deren Homogenität bezogen auf das psychotherapeutische Hauptfach (humanistische Orientierung), wird an dieser Stelle eine rein deskriptivstatistische Darstellung der Ergebnisse vorgenommen. Es lassen sich daher auch keine statistischen Vergleiche mit den anderen untersuchten Gruppen (Psychotherapie-AusbildungskandidatInnen, junge (Juniors) und erfahrene PsychotherapeutInnen [Seniors]) oder differenzierte Unterscheidungen bzw. Zusammenhänge abbilden.

3.2.3.1 Nutzen der Selbsterfahrung

Die Ausbildungs-KandidatInnen in Psychotherapeutischer Medizin stimmten in der überwiegenden Mehrzahl (89,5 %) der Aussage sehr zu, dass Selbsterfahrung ganz allgemein in einer Psy-3-Ausbildung notwendig ist. Bei 10,5 % der Befragten findet diese Aussage ziemlich große Zustimmung. Diese positive Einstellung zeigt sich auch schon bei der gesamten Gruppe der PsychotherapeutInnen und der Psychotherapie-AusbildungskandidatInnen.

Einzelsselbsterfahrung

Die zukünftigen Psychotherapeutischen MedizinerInnen bewerteten die Wichtigkeit der Einzelsselbsterfahrung für das Erlangen professioneller Fähigkeiten und Fertigkeiten generell mit einem Mittelwert von 92,11 % auf einer Prozentskala von 0 % = gar nicht wichtig bis 100 % = vollkommen wichtig. Der Nutzen der Einzelsselbsterfahrung für den Bereich der

psychotherapeutischen Beziehung (MW = 92 %,11, SD = 16,2) wurde dabei höher eingeschätzt als für den Bereich der psychotherapeutischen Techniken (MW = 77,4 %, SD = 24,7) (vgl. Abb. 22). Hier spiegelt sich das Ergebnis der PsychotherapeutInnen in Ausbildung wider.

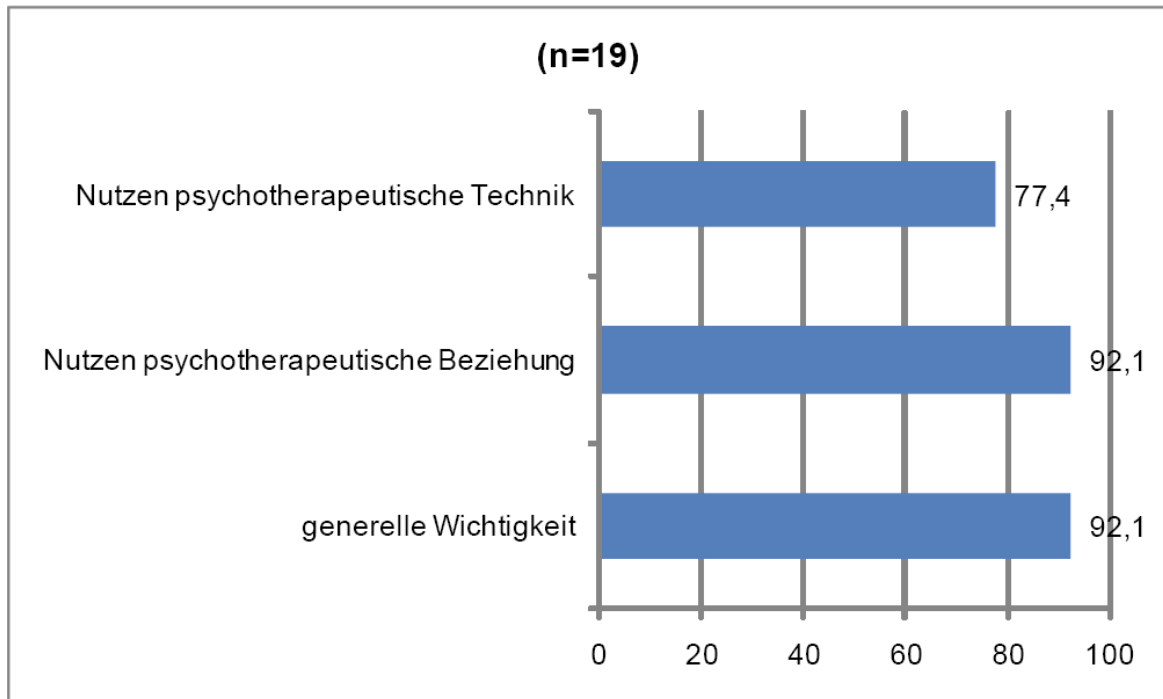


Abb. 22 Allgemeiner Nutzen der Einzelselbsterfahrung für Psy-3-KandidatInnen („100“ = höchstmöglicher Einfluss, „0“ = kein Einfluss) – Angaben in Prozent

Gruppenselbsterfahrung

Gegenwärtig zeigt sich die generell sehr hoch eingeschätzte Wichtigkeit der Gruppenselbsterfahrung für das Erlangen professioneller Fähigkeiten und Fertigkeiten (MW = 93,9 %, SD = 13,8). Ein Ergebnis, das sowohl für den Bereich der psychotherapeutischen Beziehung (MW = 91,1 %, SD = 15,2) als auch für den Bereich der psychotherapeutischen Techniken (MW = 91,6 %, SD = 15,0) gilt. Auch hier wurde der subjektiv erlebte Nutzen von den Befragten auf einer Prozentskala von 0 % = gar nicht wichtig bis 100 % = vollkommen wichtig eingestuft.

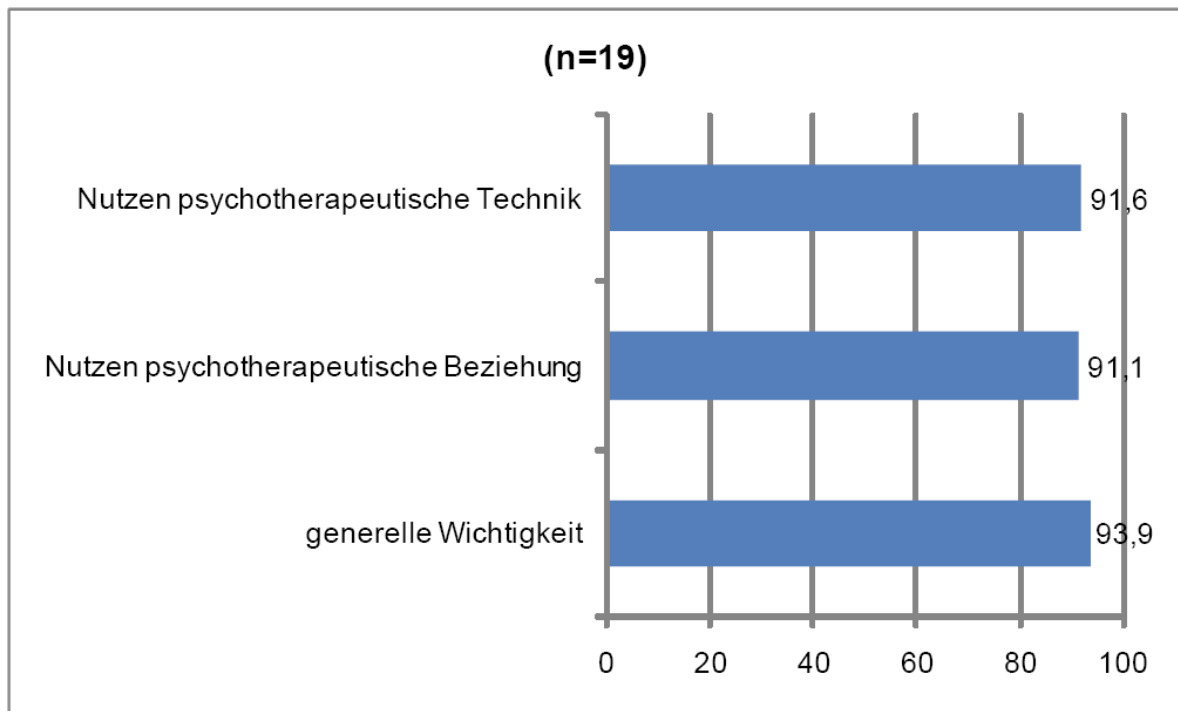


Abb. 23 Allgemeiner Nutzen der Gruppenselbsterfahrung für Psy-3-KandidatInnen („100“ = höchstmöglicher Einfluss, „0“ = kein Einfluss) – Angaben in Prozent

Nutzen der Selbsterfahrung und ihre Rolle bei der professionellen Qualifikation im Fazit

Die Psy-3-KandidatInnen beurteilen den Nutzen der Einzelselbsterfahrung in der Zustimmungshöhe ähnlich wie die Gesamtheit der (auszubildenden) PsychotherapeutInnen, hingegen sehen sie einen deskriptiv höheren Nutzen in der Gruppenselbsterfahrung. Diese Einschätzung könnte an der Tatsache liegen, dass ausschließlich humanistisch orientierte Psy-3-KandidatInnen in die Untersuchung eingeschlossen werden konnten.

3.2.3.2 Selbsterfahrungsdosis

Teil der Erhebung waren wiederum sowohl Fragen nach der Menge der bereits absolvierten Selbsterfahrungsstunden im Zuge des derzeitigen psychotherapeutischen Hauptfaches als auch Angaben zu der laut Curriculum vorgeschriebenen Stundenmenge. Zusätzlich sollte eine Einschätzung abgegeben werden, welche Selbsterfahrungs-„Dosis“ eine sinnvolle verpflichtende Menge im Kontext der Ausbildung darstellen würde. Auch der Bedarf an Selbsterfahrung wurde anhand der Einschätzung der notwendigen Anzahl an Selbsterfahrungsstunden, die ein professionelles Arbeiten mit PatientInnen ermöglichen, erfasst.

Einzelselbsterfahrung

Zum Erhebungszeitpunkt hatten die Psy-3-KandidatInnen durchschnittlich 92 Einzelselbsterfahrungsstunden absolviert, wobei die curriculare Stundenvorgabe bezüglich der Einzel-

selbsterfahrung bei durchschnittlich 60 Stunden lag. Die von den Psy-3-KandidatInnen für eine sinnvolle verpflichtende Mindestanzahl an Einzelselbsterfahrungsstunden im Ausbildungskontext angesehene Stundenzahl lag im Mittel bei 92 Stunden und somit exakt bei den eigenen absolvierten Stunden und damit höher als die curricular vorgegebenen Stunden an Einzelselbsterfahrung. Interessant ist gerade in diesem Zusammenhang, dass für die Psy-3-KandidatInnen aber nur insgesamt 79 Stunden an Einzelselbsterfahrung nötig sein werden, um professionell mit PatientInnen arbeiten zu können (vgl. Abb. 24).

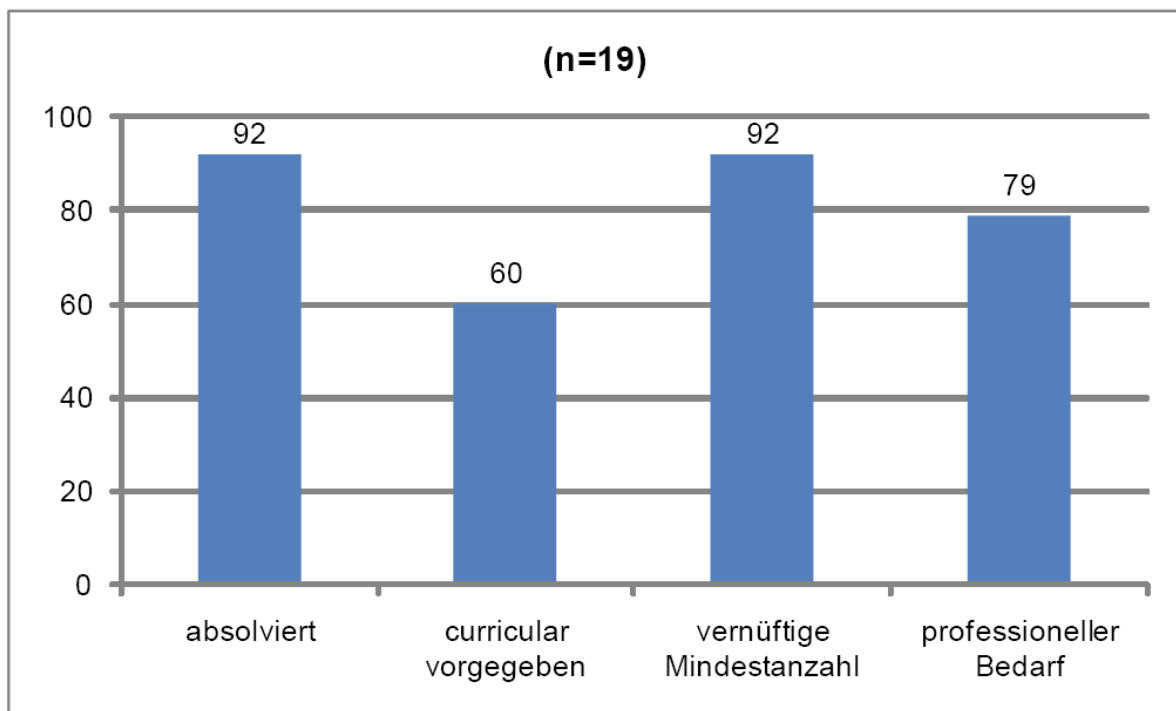


Abb. 24 Bedarf an Einzelselbsterfahrungsdosis für Psy-3-KandidatInnen in Stunden

Die überwiegende Mehrheit (82,8 %) der Psy-3-AusbildungskandidatInnen geht davon aus, persönlich von der Einzelselbsterfahrung zu profitieren – und das in höherem Maße als hinsichtlich der Aneignung psychotherapeutischer Techniken, wo nur drei Viertel (73,3 %) der Befragten Einzelselbsterfahrung für die Vermittlung von Techniken als relevant einschätzten.

Gruppenselbsterfahrung

Die AusbildungskandidatInnen in Psychotherapeutischer Medizin gaben an, durchschnittlich 147 Stunden Gruppenselbsterfahrung absolviert zu haben. Die im psychotherapeutischen Hauptfach curricular vorgesehenen Stunden an Gruppenselbsterfahrung lagen im Durchschnitt bei 159 Stunden, also etwas über den von den Psy-3-KandidatInnen bereits absolvierten Stunden. Auch die Anzahl der Gruppenselbsterfahrungsstunden, die von den Psy-3-KandidatInnen im Zuge der Ausbildung für eine zweckmäßigen verpflichtende Anzahl gehalten wird, liegt im Mittel bei 155 Stunden. Um professionell mit PatientInnen arbeiten zu

können, wurde von den Psy-3-Ärzte und -Ärztinnen in Ausbildung allerdings nur ein Durchschnittswert von 120 Stunden angegeben (vgl. Abb. 25).

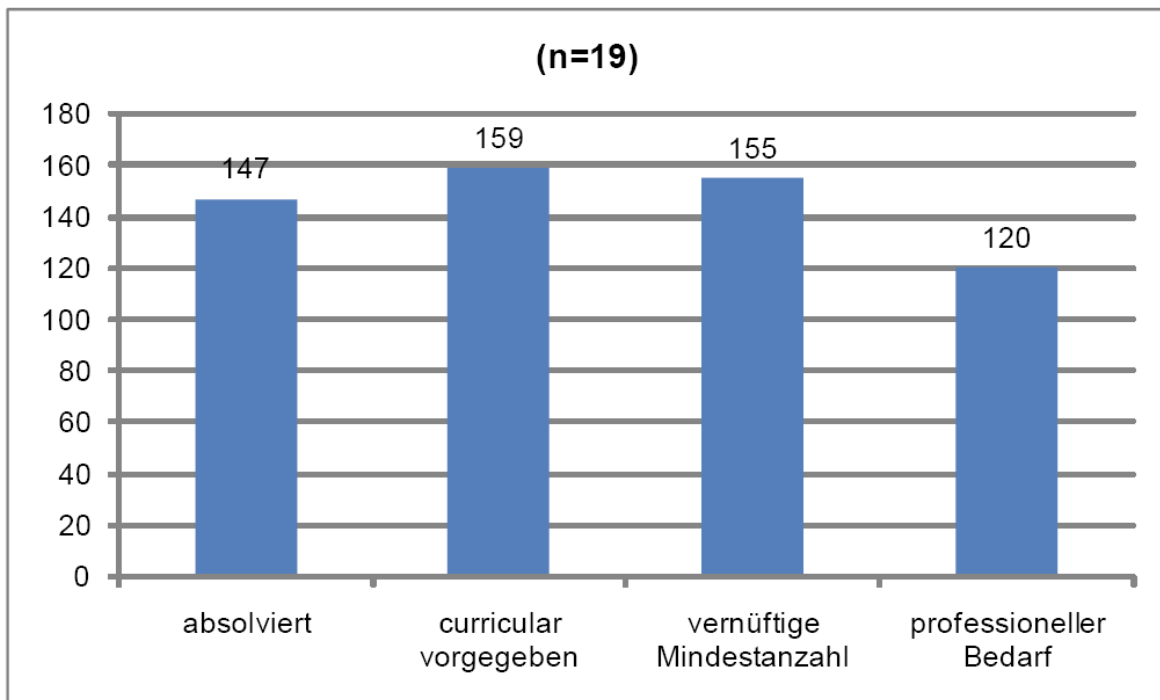


Abb. 25 Bedarf an Gruppenselbsterfahrungsdosis für Psy-3-KandidatInnen in Stunden

83,9 % der befragten Ärzte und Ärztinnen schätzte die Gruppenselbsterfahrung als profitabel für die eigene Persönlichkeitsentwicklung ein, ebenso wurde die Gruppenselbsterfahrung von immerhin 85,6 % der Psy-3-KandidatInnen als relevant für die Aneignung psychotherapeutischer Techniken gesehen.

Professionalität

Mehr als die Hälfte der Psy-3-KandidatInnen hatte den Eindruck, bereits ausreichend Selbsterfahrung absolviert zu haben (57,9 %), um mit PatientInnen professionell psychotherapeutisch arbeiten zu können. 42,1 % der AusbildungskandidatInnen hingegen fühlten sich dazu noch nicht bereit. „Ich erfahre in der Selbsterfahrung meine professionellen Grenzen“ – dieser Aussage stimmten jedenfalls 70 % der KandidatInnen zu.

Für nahezu drei Viertel (71,1 %) der Psy-3-ÄrztInnen in Ausbildung hatte/n außerdem der/die LehrtherapeutIn(nen) eine wichtige Modell- bzw. Vorbildfunktion.

Relevanz externer Faktoren

Während die räumliche Nähe sowie die Erreichbarkeit des Ausbildungsortes zumindest für gut die Hälfte (54,4 %) der auszubildenden Ärzte und Ärztinnen eine Rolle in der Entscheidung für die Ausbildung im gewählten psychotherapeutischen Hauptfach spielt, sind die

Dauer der Ausbildung nur für 40 % relevant, geringe Ausbildungskosten sind nur für 31 % nennenswerte Faktoren für die Ausbildungswahl.

Belastung

Der durchschnittliche GSI (Global-Severity-Index) zur Erfassung der Belastung lag bei den Psy-3-AusbildungskandidatInnen bei $MW = 0,18$ ($SD = 0,19$) und war damit im unteren Mittelfeld der erwachsenen deutschen Gesamtbevölkerung (vgl. Franke, 2000).

Zusammenfassende Informationen zur Selbsterfahrungs-„Dosis“

AusbildungskandidatInnen zum/zur Psychotherapeutischen MedizinerIn schätzen den professionellen Einzelselbsterfahrungsstunden-Bedarf insgesamt höher ein als die curricular vorgegebene Stundenanzahl, gleichzeitig bewerten sie die vernünftig verpflichtende Mindeststundenanzahl an Einzelselbsterfahrungsstunden noch höher. Dazu ist allerdings anzumerken, dass Psy-3-ÄrztInnen LehrtherapeutInnen hatten, die noch andere Ausbildungsgänge durchlaufen hatten. Diese Beurteilung fällt entsprechend der bereits absolvierten Einzelstunden aus. Bei den Gruppenstunden scheint der Bedarf nicht ganz an die vom Curriculum vorgegebenen Stunden heranzureichen. Hier genügen aus Sicht der Psy-3-KandidatInnen bereits weniger Stunden, um professionell mit PatientInnen arbeiten zu können. Auch die Psy-3-AusbildungskandidatInnen zeigten sich nur durchschnittlich bis wenig psychisch belastet.

4 Die Bedeutung der Selbsterfahrung in der Ausbildung: Perspektiven der vorliegenden Studie im Licht internationaler Forschung

Die vielfältigen Resultate und Fragen aus dem quantitativen Teil der Untersuchung sowie aus den Gruppendiskussionen und den zusätzlich geführten Leitfadeninterviews des qualitativen Untersuchungsteils geben eine Reihe von Hinweisen auf Erwartungen der befragten AusbildungskandidatInnen, jungen und erfahrenen PraktikerInnen an Selbsterfahrung als Ausbildungsbestandteil und an damit verbundene Zielsetzungen. Aus der Analyse des qualitativen Datenmaterials resultierte ein differenziertes *Erklärungsmodell* zur subjektiv eingeschätzten inhaltlichen Bedeutung und Zielsetzung der Selbsterfahrung innerhalb der Ausbildung: Es umfasst *den Ausbildungshintergrund*, bestimmt durch *persönliche und institutionelle Aspekte*, *den Ausbildungsverlauf*, der von Veränderungsmomenten und Entwicklungen im Bereich der Persönlichkeit, des Theorie- und Methodenwissens, des sozialen Umfelds und der Arbeit mit PatientInnen geprägt ist und *den Output*, den die Selbsterfahrung liefert.

Insbesondere die quantitative Erhebung zeigt, dass die Selbsterfahrung *subjektiv von großem Nutzen* für die (auszubildenden) PsychotherapeutInnen ist, wobei die Einschätzung dieses Nutzens für die Einzelselbsterfahrung insgesamt höher ausfällt als für die Gruppenselbsterfahrung. Selbsterfahrung nützt – so die PsychotherapeutInnen – im Rahmen der Ausbildung besonders für den Bereich der psychotherapeutischen Beziehung sowie im Hinblick auf Methodik und die eigene Persönlichkeitsentwicklung. Auch AusbildungskandidatInnen in Psychotherapeutischer Medizin (Psy-3) sprechen der Selbsterfahrung, hier jedoch insbesondere der Gruppenselbsterfahrung, einen hohen Nutzen für das Erlangen professioneller psychotherapeutischer Fähigkeiten zu. Allerdings gibt es bei den AusbildungskandidatInnen auch Hinweise auf *belastende Aspekte* der Selbsterfahrung.

Bezogen auf eine *sinnvolle Selbsterfahrungsdosis* ergeben sich sowohl Unterschiede zwischen den psychotherapeutischen Orientierungen als auch die Kohorte (AusbildungskandidatInnen, Juniors bzw. Seniors) betreffend. Die therapeutische Orientierung gibt in den jeweiligen Curricula Auskunft darüber, wie viele Selbsterfahrungsstunden nach dem gewählten Verfahren eine „vernünftige“ verpflichtende Mindestanzahl darstellen, wie viele Selbsterfahrungsstunden somit nötig sind, um professionell mit PatientInnen arbeiten zu können. Die Kohortenzugehörigkeit spielt eine tragende Rolle: langjährig erfahrene PsychotherapeutInnen halten (retrospektiv betrachtet) eine höhere Anzahl an Selbsterfahrungsstunden für sinnvoller als EinsteigerInnen oder AusbildungskandidatInnen. In Österreich sind diese Angaben – so wie die gesamte Szene der psychotherapeutischen Verfahren – sehr heterogen. Diesbezüglich lassen die Daten den Schluss zu, dass aus allen Perspektiven die

jeweilige curriculare Vorgabe den subjektiv eingeschätzten Bedarf an Selbsterfahrung, also die Einschätzungen der Selbsterfahrungsdosis, am stärksten determiniert.

Aus den qualitativen Ergebnissen heraus eröffnet die Selbsterfahrung zudem ein großes Spektrum an inhaltlichen Vorstellungen zur Kompetenzentwicklung in der Ausbildung, die die InterviewteilnehmerInnen auf die Selbsterfahrung zurückführen. Diese Aussagen zum Kompetenzgewinn korrespondieren stark mit „Lernergebnissen“, die im *Europäischen Qualifikationsrahmen* (EQR) aufgeführt sind. Die dortige Systematik der Differenzierung zwischen *Kenntnissen, Fertigkeiten und Kompetenzen* wurde für diese Studie deduktiv übernommen. Die einzelnen Inhalte dieser drei Kategorien, die nach Ansicht der Interviewten aus der Selbsterfahrung hervorgehen, emergierten jedoch zuvor induktiv aus dem Datenmaterial, das heißt sie konnten aus dem Datenmaterial der Interviews und Diskussionen extrahiert werden. Diese Differenzierungen gelten verfahrensübergreifend und für alle befragten Gruppen. Sowohl die PsychotherapeutInnen i.A.u.S. als auch die (Lehr-)TherapeutInnen sind sich einig, dass die Selbsterfahrung eine elementare Säule – wenn nicht die Essenz der Psychotherapieausbildung – für das spätere Wirken als PsychotherapeutIn im Kompetenzbereich darstellt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur quantitativen und qualitativen Bedeutung der Selbsterfahrung für die Ausbildung angehender PsychotherapeutInnen entlang dieser vier Ergebnisbereiche differenzierter diskutiert.

4.1 Inhalte und Ziele der Selbsterfahrung in der Ausbildung: Ein empiriebasiertes Modell

Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung, so die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, wird von allen Befragten, das bedeutet von KandidatInnen bzw. erst kurz oder schon langjährig in der Praxis tätigen PsychotherapeutInnen, als elementarer Ausbildungsbestandteil verstanden. Die erwünschten wie unerwünschten Effekte von Selbsterfahrung werden auf der Basis eines komplexen Zusammenspiels von persönlichen und Kontextvariablen wahrgenommen: Die Einstellungen und Bewertungen sind von persönlichen wie institutionellen Aspekten geprägt, der Ausbildungsverlauf von fachlichen und persönlichen Entwicklungen, insbesondere Erfahrungen in der Arbeit mit den PatientInnen. Als Ausbildungsbestandteil, wie er im österreichischen Psychotherapiegesetz seit 1991 (ÖBVP, 1990) festgeschrieben ist, ist Selbsterfahrung daher neben den rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen (wie Gesetzgebung, Fachspezifika und Ausbildungseinrichtungen) auch von Beziehungsdynamiken und persönlichen Eigenschaften der involvierten Personen, wie zum Beispiel den LehrtherapeutInnen, AusbildungskollegInnen und dem sozialen Umfeld geprägt. Vertrauen, Sicherheit und fachliche Einbettung erweisen sich in den Auswertungen in diesen Prozessen als wichtige Komponenten (siehe Abb. 26).

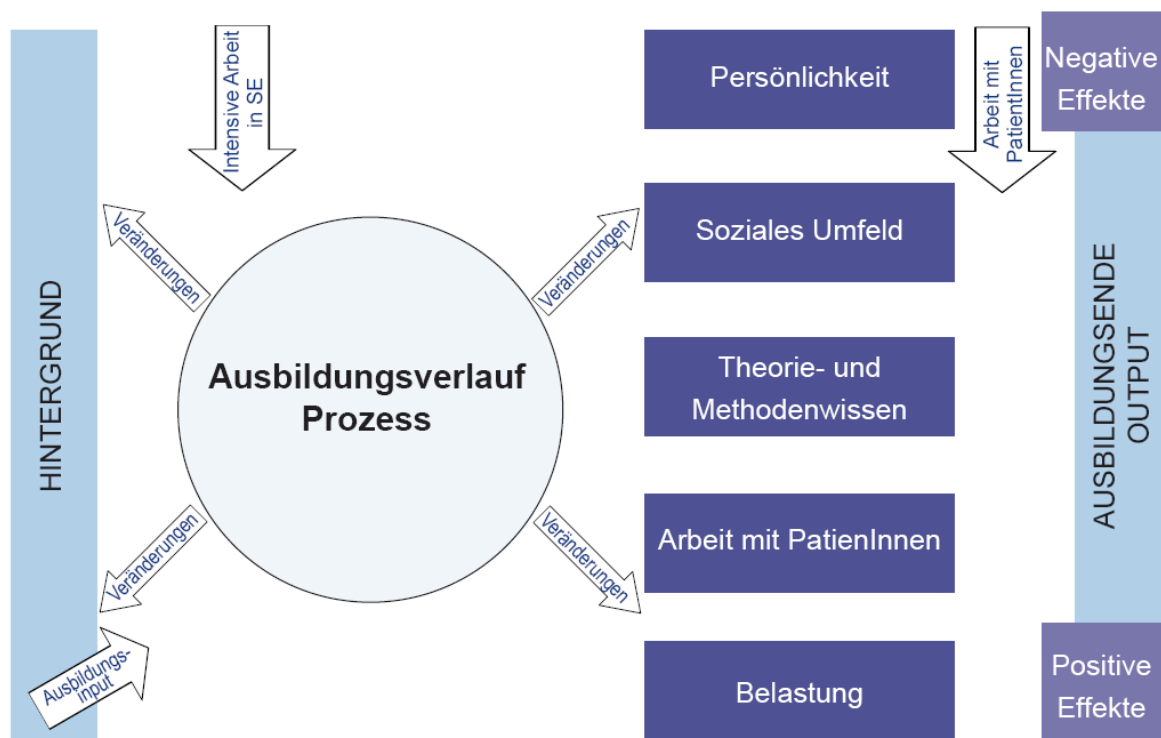


Abb. 26 Erklärungsmodell zum subjektiven Stellenwert der Selbsterfahrung in Anlehnung an Strauß und Kohl (2009b, S. 412; siehe oben, qualitativer Ergebnisteil)

Bei den Gruppendiskussionen der (Lehr-)TherapeutInnen wurde diesbezüglich immer wieder über erwünschte günstige bzw. hinderliche ungünstige Persönlichkeitsmerkmale und Eigenschaften eines Kandidaten/einer Kandidatin gesprochen, die er/sie in die Ausbildung „mitbringen“ bzw. „nicht mitbringen“ sollte. Charakteristika wie der kulturelle Hintergrund, Vorerfahrungen und/oder eigene Biografie mit persönlichen Problembewältigungen beeinflussen die Psychotherapieausbildung des/der Einzelnen und ihren Verlauf entscheidend. Zum Teil spiegelt sich diese Tatsache in den Eignungskriterien wider, die bereits im Kapitel *Stand der Forschung* (siehe Kap. 1) aufgelistet wurden. Die Festschreibung auf bestimmte Persönlichkeitsvariablen, die in der Forschung immer wieder auftaucht (vgl. z. B. Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz, 1977) und sich bereits heute in breitere Profile verändert hat (Baldwin & Imel, 2013; Wampold, 2001; Wampold & Brown 2005), wird jedoch von den Interviewten der vorliegenden Studie nicht geteilt. Der persönliche Input, also die „mitgebrachten“ Eigenschaften wie z. B. die Persönlichkeit und die Motive der KandidatInnen, eine Therapieausbildung zu beginnen, die von Beginn an eine wesentliche Komponente innerhalb der gesamten Ausbildung darstellen, werden vielmehr innerhalb der Selbsterfahrung verflüssigt, „aufgearbeitet“ und gestalten sich als eine stete Entwicklung. Ob man von einer „Ausbildungs-Prägung“, wie sie Müller (2007) einfordert, sprechen kann, bleibt offen, aber die Veränderungen werden fast durchgängig als gravierend für die Persönlichkeit beschrieben.

Der persönliche Input steht jedoch aus Sicht der Befragten anderen einflussreichen Aspekten – vor allem strukturellen – gegenüber. Eine kleine Anzahl an LehrtherapeutInnen z. B. begrenzt die Möglichkeiten, geeignete Personen für den Selbsterfahrungsprozess zu finden. Der strukturelle bzw. institutionelle Input bleibt zudem über die Ausbildungszeit hinweg bestehen. Er gestaltet sich in den verschiedenen Instituten darüber hinaus sehr heterogen, so auch bisherige Forschung (Rønnestad & Ladany, 2006; vgl. auch die 22 zum Zeitpunkt der Studiendurchführung anerkannten Verfahren in Österreich). So variiert z. B. die Mindeststundenanzahl und damit der Kostenaufwand in Österreich erheblich (vgl. auch Ahlers & Binter, 2006). Auch die unterschiedlichen Voraussetzungen, die ein/e KandidatIn je nach Ausbildungsinstitut „mitbringen“ muss, sind an dieser Stelle erneut zu nennen. Diese strukturellen Aspekte nehmen nach den vorliegenden Ergebnissen großen Einfluss auf Auszubildende und deren Selbsterfahrungsprozesse.

Das entwickelte Modell zeigt für den Prozessverlauf sowie die Wirkungen, dass die kontinuierliche Selbsterfahrung die multidimensionalen Lernerfahrungen innerhalb der Ausbildung nach Ansicht der Befragten grundsätzlich intensiviert (vgl. dazu auch Murphy, 2005). In der vielfältigen Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit, der Biografie und dem eigenen Erleben der Effekte psychotherapeutischer Methoden liegt ein großes Potenzial, welches den Verlauf der Ausbildung in erster Linie positiv prägt, so die vorliegenden Daten; auch nach Orlinsky, Norcross, Rønnestad und Wiseman (2005) sowie Laireiter (2000b, c) gibt es zahlreiche Hinweise auf positive Veränderungen und Entwicklungsprozesse der Auszubildenden. Die vorliegenden Ergebnisse beinhalten jedoch weiterführende differenzierte und anschauliche Schilderungen zu dieser Thematik. Im Umgang mit der eigenen Biografie können sich z. B. persönliche Probleme oder Diagnosen herauskristallisieren; dies kann die praktische Arbeit erschweren, in der Selbsterfahrung jedoch zielführend bearbeitet werden. Der Zuwachs an Theorie- und Methodenwissen erscheint in den Wahrnehmungen und Bewertungen der Befragten eng verknüpft mit dem praktischen „Erleben und Erfühlen“ von Theorie und Methode im Rahmen der Selbsterfahrung. Diese Entwicklungen werden von den Befragten als besondere Vertiefung des Gelernten verstanden, die es erleichtert, Theorie, Methoden und Techniken mit der Praxis zu verbinden (siehe Kap. 4.4).

Insbesondere die professionelle Beziehungsfähigkeit wird durch das Erleben der Einzel- und/oder Gruppenselbsterfahrung in ihrer Dynamik erweitert. Die besondere Beziehung zwischen LehrtherapeutIn und AusbildungsteilnehmerIn wird dabei als elementar angesehen. LehrtherapeutInnen erweisen sich demnach in Bezug auf den späteren Arbeitsstil der AusbildungskandidatInnen, aber auch im Umgang mit PatientInnen als großer Einflussfaktor. Auch TherapeutInnen, deren Ausbildung schon Jahre zurückliegt, schildern, dass die Qualität dieser Beziehung weit über die einer LehrerInnen-SchülerInnen-Beziehung anderer Ausbildungen hinausgeht und daher einen starken Einfluss im Positiven wie im Negativen

auf die Entwicklung zum/r PsychotherapeutIn hat. Insbesondere das destruktive Potenzial hat in der aktuellen Diskussion noch wenig Beachtung erfahren. Anhand der vorliegenden qualitativen Ergebnisse wird die zentrale Rolle des/der LehrtherapeutIn mit seinem/ihrer konstruktiven wie destruktiven Potenzial jedoch durchgängig deutlich. Im Ausbildungsprozess wirkt der/die LehrtherapeutIn als Modell, wobei Vorgehensweisen und Interventionen übernommen werden. Diese wird, so die Befragten, manchmal als „naive“ Übernahme aller Techniken beschrieben, und löse sich erst im Laufe der Ausbildung, oft in der Arbeit mit PatientInnen wieder in einen selbstbestimmteren Modus auf (vgl. Geller & Farber, 1993).

4.2 Hat Selbsterfahrung in der Ausbildung einen Nutzen für angehende PsychotherapeutInnen – oder schadet sie eher?

In der Fachliteratur wird Selbsterfahrung neben Theorie, Methodenwissen, praktischer Ausbildung und Supervision als eine unverzichtbare Säule der Psychotherapieausbildung angesehen (Hill & Knox, 2013; Orlinsky, Schofield, Schroder, & Kazantzis., 2011; Rake & Paley, 2009; Rizq & Target, 2008, Geller, Norcross & Orlinsky, 2005). Diese Befunde gelten international und über die verschiedenen Schulen hinweg (Orlinsky et al., 2005). Dieser hohe Stellenwert wird in den qualitativen und quantitativen Daten prägnant beschrieben. Selbsterfahrung wird demnach als ein unbedingt notwendiger Ausbildungsbestandteil erlebt – ebenfalls über alle therapeutischen Orientierungen und auch alle Kohorten hinweg. Selbsterfahrung als fester Bestandteil der Psychotherapieausbildung wird auch in der vorliegenden Untersuchung nicht in Frage gestellt und gilt sowohl für PsychotherapeutInnen als auch für Aus- und WeiterbildungskandidatInnen zur/zum PsychotherapeutIn bzw. zum Arzt/zur Ärztin für Psychotherapeutische Medizin als unverzichtbar. Beide Berufsgruppen teilen diese Einstellung gleichermaßen, obwohl ihre professionelle Sozialisation unterschiedlich war.

Wie in so vielen Untersuchungen zur Selbsterfahrung in der Ausbildung zur Psychotherapie belegt die vorliegende Studie dies nur aus einer subjektiven Perspektive der Befragten (vgl. dazu auch Orlinsky et al., 2005) und verdeutlicht nicht den direkten Nutzen für PatientInnen, wie dies von Hill und Knox (2013) als notwendig gefordert wird. Dieser fehlende Nachweis für den PatientInnennutzen ermöglicht den Traditionen der verschiedenen Schulen, auf diese Einschätzung einen beträchtlichen Einfluss nehmen zu können. So erachten z. B. tiefenpsychologisch bzw. humanistisch orientierte PsychotherapeutInnen die Einzelselbsterfahrung und insbesondere humanistisch orientierte PsychotherapeutInnen die Gruppenselbsterfahrung in der vorliegenden Studie als besonders nützlich für den Erwerb von psychotherapeutischen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Besonders aber in der Einschätzung der notwendigen Menge an vermittelter Selbsterfahrung, also der ‚richtigen Dosis‘ (siehe unten; vgl. auch Rønnestad & Ladany, 2006) bestehen gravierende Unterschiede zwischen verschiedenen Ausbildungsinstitutionen (siehe Kap. 1 *Stand der Forschung*).

Ob sich Selbsterfahrung daher letztlich auf den psychotherapeutischen Effekt der Behandlungen mit den PatientInnen auswirkt, lässt sich auch in dieser Untersuchung nur schwer nachweisen. Dieses Problem spiegelt sich international im Forschungsbereich – zum einen aufgrund der großen Heterogenität innerhalb der unterschiedlichen Ausbildungsformen (Rønnestad & Ladany, 2006), zum anderen aufgrund des Problems der Kompetenzerfassung in der Psychotherapieforschung (Strauß & Kohl, 2009b) wider. Die Heterogenität zwischen den verschiedenen Verfahren zeigt sich auch in den Ergebnissen der vorliegenden quantitativen Erhebung. Entgegen empirischen Forschungsergebnissen, die die Wirksamkeit von Psychotherapie nur wenig auf die therapeutische Orientierung zurückführen (sog. Dodo-Verdikt; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; vgl. aktuell Berns, 2005; Strauß & Wittmann, 2012), werden in den Ausbildungen aus methodischen Gründen unterschiedliche Selbsterfahrungsformen kultiviert. Unterschiedliche TherapeutInnen-Persönlichkeiten mit unterschiedlichen Methoden kommen demnach bei unterschiedlichen PatientInnen zu ähnlich positiven Heilungs-Ergebnissen. Dieser Widerspruch lässt sich nur schwer auflösen.

Beruhet also die Einschätzung der Notwendigkeit von Selbsterfahrung im Ausbildungskontext zum Gutteil auf Tradition (vgl. dazu Berns, 2005; Caspar, 1998, Macran & Shapiro, 1998, vgl. bereits Strupp, 1955)? – Hierzu lässt sich aber feststellen, dass im Handbuch zur Expertenentwicklung von Ericsson, Charness, Feltovich und Hoffman von 2006 der Einfluss professioneller Ausbildungen und ihrer Besonderheiten auf die Leistungen von hervorragenden ExpertInnen bisher in keinem Feld konsistent nachgewiesen werden konnte (vgl. u. a. Ericsson et al., 2006; Garfield, 1994; Müller, 2007). Müller (2007) z. B. schließt aus seiner umfassenden Beschäftigung mit dem Gegenstand sogar, dass Studiengänge in psychosozialen Arbeitsfeldern nicht selten auch als „zentrale sozialisatorische Instanz beruflicher Identitätsbildung“ (S. 386) versagen. Dieser Standpunkt kann aus Sicht der vorliegenden Untersuchung nicht geteilt werden.

In diesem Kontext muss zudem berücksichtigt werden, dass Selbsterfahrung neben vielen positiven Veränderungen auch negative Erfahrungen mit sich bringt (zur Unsicherheit der Datenlage vgl. Orlinsky et al., 2011). Die Kritik der von uns befragten Juniors der vorliegenden Untersuchung an der Selbsterfahrung bezieht sich allerdings vorwiegend auf den hohen finanziellen und zeitlichen Aufwand und gibt wenig Hinweis auf verfahrensspezifische Belastungen. In der Fachliteratur gibt es ebenfalls Hinweise auf negative Effekte obligatorischer Selbsterfahrung (Moller, Timms & Alilovic., 2009; Grimmer & Tribe, 2001; Kumari, 2011). So bewirkt die eigene Lehrtherapie auch eine Destabilisierung, (angehende) TherapeutInnen erleben eine (oft angstbesetzte) Erschütterung des bisher bestehenden Lebenssystems oder ein erhöhtes Stresslevel sowie Auswirkungen auf die Partnerschaft (vgl. dazu aktuell Rizq, 2011). Diese Erschütterung führt zu einer Verunsicherung, die jedoch – so die qualitativen Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung – wie in jeder Therapie

längerfristig zu mehr Klarheit und Realismus gegenüber der eigenen Person und ihren Wirkungsmöglichkeiten führe, also naturgemäß mit Selbsterfahrungsprozessen verbunden ist. Die Erschütterung des eigenen Lebenssystems hat zur Folge, dass eine Zeit lang eigene Problematiken die psychotherapeutische Arbeit mit PatientInnen erschweren und gerade dann in Supervision und Selbsterfahrung zeitgleich bearbeitet werden sollten.

Falls der/die LehrtherapeutIn diesen Prozess nicht angemessen unterstützt und mit dem implizit vorhandenen Machtverhältnis nicht sorgsam umgeht, können sich negative Effekte verstärken und chronifizieren. Aufgrund dieser Heterogenität in der Wirkung von Selbsterfahrung sprechen sich verschiedene AutorInnen gegen Selbsterfahrung als verpflichtenden Bestandteil der Therapieausbildung aus. So äußert beispielsweise Caspar (1998) in Bezug auf die verhaltensorientierten Verfahren: „In der Verhaltenstherapie wird der Grundsatz der Ausrichtung an empirischen Erkenntnissen verletzt“ (S. 69). Zudem, so Rief, Freyberger und Sartory (2009), würden die Ergebnisse aktueller Behandlungsmethoden heutzutage an deren Erfolg gemessen und in Form von Leitlinien fixiert. Damit verliere die Reflexion des eigenen Erlebens an Bedeutung. Aus dieser Perspektive betrachtet, soll Selbsterfahrung in der Ausbildung evidenzbasiert erfolgen. Das hieße, dass Selbsterfahrungselemente und Eigentherapie nur durchgeführt werden dürften, wenn ihre Effektivität nachgewiesen wäre. Dieser Anspruch könne bisher nicht erfüllt werden.

Die geschilderten persönlichen Veränderungen sowie der zeitliche, finanzielle und organisatorische Aufwand können zudem auch als Belastung für das soziale Umfeld der KandidatInnen in Erscheinung treten (Reich, 2005). Auch eine kürzlich abgeschlossene Untersuchung kann weder Dauer noch Zufriedenheit mit der Selbsterfahrung in der Ausbildung mit einer Verbesserung der therapeutischen Selbstwirksamkeitserwartung in Verbindung bringen (Taubner, Zimmermann, Kächele, Möller & Sell, 2012). Atkinson (2006) geht in seiner Argumentation sogar soweit, dass die Risiken von Selbsterfahrung bisher zu wenig bekannt seien und die Verpflichtung dazu ethisch nicht vertretbar. In diesem Kontext wird vermutet, dass etwa 20-25 % der TherapeutInnen in Ausbildung keine Eigentherapie in Anspruch nehmen würden, wenn keine Verpflichtung dazu bestünde (Norcross, Bike, Evans & Schatz, 2008; Orlinsky et al., 2005). Schmelzer (1996) nennt sogar ganz konkret eine Reihe von Gefahrenquellen: dazu gehören psychische Abhängigkeiten von der LehrtherapeutIn, die mögliche Irrelevanz von Selbsterfahrung für die berufliche Tätigkeit sowie eventuell destruktive Effekte (vgl. hierzu auch Sulz, 2012).

Andererseits werden die mit Selbsterfahrung verbundene Intensität und das Veränderungspotenzial – wie bereits beschrieben – in zahlreichen und auch der vorliegenden Untersuchung eng mit positiven Lernerfahrungen für das Methoden- sowie Theoriewissen und die Arbeit mit den PatientInnen in Zusammenhang gebracht. Grimmer und Tribe (2001) zeigten in einem die Kontroversen verbindenden Forschungsprojekt auf, wie sehr die verpflichtende

Selbsterfahrung der Sozialisation bezüglich der Profession als PsychotherapeutIn dient. Allerdings halten sie dafür auch andere Ausbildungsbestandteile für geeignet. Diesen Überlegungen stehen die vorliegenden wie auch zahlreiche weitere positive Ergebnisse über Selbsterfahrungsanteile in der Psychotherapieausbildung entgegen (vgl. aktuell Orlinsky et al., 2011). Bei allen vorliegenden Kontroversen (siehe Kap. 1; Atkinson, 2006; Jacobs, 2011; Kumari, 2011; Orlinsky et al., 2005) weisen die vorliegenden Untersuchungsergebnisse daher – ähnlich wie die meisten Forschungsergebnisse zu diesem Thema in Deutschland (Lieb, 1998a, 1998b) – letztlich eine eindeutig positive Tendenz auf. Diese positive Grundeinstellung ist auch nicht an einzelne psychotherapeutische Verfahren gebunden, sondern gilt übergreifend und ist retrospektiv besonders ausgeprägt. Der Nutzen scheint die potenziellen Gefahren zu rechtfertigen.

4.3 Welche Art und welche Dosis an Selbsterfahrung wünschen sich PsychotherapeutInnen?

Obwohl die Ergebnisse der durchgeführten Studie nahelegen, dass Selbsterfahrung in der Ausbildung für das professionelle Arbeiten über alle Kohorten und therapeutischen Orientierungen hinweg als hilfreich für die spätere Tätigkeit als Psychotherapeutin erlebt wird, gibt es, wie bereits angesprochen, erstaunliche Diskrepanzen darüber, in welchem Ausmaß sie nach Ansicht der Befragten in der Ausbildung anzubieten bzw. einzufordern ist. Auch über die Art der Selbsterfahrung werden Kontroversen geführt. Wenn über Selbsterfahrung gesprochen wird, ist zumeist der Teil der Einzelselbsterfahrung, also die Eigetherapie, gemeint. Dies gilt auch für Forschungsstudien im internationalen Bereich (siehe Kap. 1). Leider wird häufig nicht zwischen verschiedenen Arten von Selbsterfahrung differenziert. In der vorliegenden Studie zeigen sich diesbezüglich jedoch einige interessante Unterschiede in den Beschreibungen.

Betrachten wir zunächst das Ausmaß von Selbsterfahrung, so zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass beträchtliche Unterschiede in der Einschätzung einer sinnvollen „Dosis“ an Selbsterfahrung entlang der verschiedenen Kohorten beobachtet werden können. AusbildungskandidatInnen und Juniors schätzen eine „vernünftige“ verpflichtende Mindestanzahl von Selbsterfahrungsstunden viel geringer ein als Seniors, die in den meisten Fällen auch selbst mehr Selbsterfahrungsstunden in ihren länger zurückliegenden Ausbildungen absolviert haben. Dass gerade langjährige erfahrene PsychotherapeutInnen im Rückblick eine höhere Anzahl an Selbsterfahrungsstunden für sinnvoll erachten, mag zunächst erstaunen. Die Einschätzung spiegelt jedoch neben eventuellen Eigeninteressen als AnbieterInnen in Ausbildungszusammenhängen die gesellschaftlichen und bildungspolitischen Entwicklungen der letzten 40 bis 50 Jahre. In den 1970er-Jahren hatten selbsterfahrungsorientierte Ausbildungsanteile ein sehr positives Image und standen im Zentrum vieler psychosozialer

Ausbildungsgänge. Ausbildungsangebote wie AusbildungsteilnehmerInnen haben sich seither jedoch beträchtlich verändert. Erst seit Kurzem gibt es Weiterbildungsangebote auch an Universitäten. Studierende und AusbildungskandidatInnen zeigen heute ein anderes Studienverhalten. Berufsorientierte Studien- und Ausbildungsdesigns vermitteln die Notwendigkeit eines möglichst effizienten Studienablaufs. Selbsterfahrung mit ihrem hohen zeitlichen wie persönlichen Aufwand verliert unter den modernen Studienbedingungen daher möglicherweise an Attraktivität (Fleck, 2013), wenngleich Ergebnisse aus dem Bereich der Pädagogik die besondere Bedeutung eigener emotionaler Beteiligung bei Lernprozessen grundsätzlich belegen (Hattie, 2012; Hattie & Anderman, 2013; Höfner & Steffens, 2013).

Diese Tatsache bildet sich in einem weiteren Ergebnis der Studie ab. In den Daten zeigt sich, dass die curricular vorgeschriebenen Stunden für die Befragten das wichtigste Kriterium in der Beurteilung des eigenen Bedarfs an Selbsterfahrung der AusbildungskandidatInnen darstellen. Den unterschiedlichen Psychotherapieverfahren bzw. Ausbildungseinrichtungen, letztlich jedoch konkreten Lehrenden, die auch Eigeninteressen bei der Festlegung der Stundenhöhe mit vertreten – also daran mit verdienen –, obliegt es, Selbsterfahrung für ihr jeweiliges Curriculum unter Berücksichtigung der gesetzten Mindeststundenzahl von 200 Stunden auszugestalten (Laireiter, 2000b, c). Je mehr Stunden dort fachspezifisch vorgeschrieben sind, umso mehr Stunden Selbsterfahrung werden von den KandidatInnen der vorliegenden Untersuchung als nötig angesehen. Diese „Treue“ zu festgesetzten Curriculumsvorgaben wird sowohl in den qualitativen als auch quantitativen Daten sichtbar. Dass der individuell wahrgenommene Bedarf so stark von der vorgeschriebenen Mindestanzahl im jeweiligen Ausbildungscurriculum abhängt – und damit nicht zuletzt vom theoretischen und ideologischen Hintergrund der dahinterstehenden therapeutischen Orientierung beeinflusst ist –, unterstützt nachdrücklich den Befund von Grimmer und Tribe (2001), demnach die verpflichtende Selbsterfahrung vor allem der Sozialisation als PsychotherapeutIn in einer spezifischen „Schule“ dient.

Da Befragte aller therapeutischen Orientierungen Selbsterfahrung als äußerst wichtig zum Erwerb der nötigen Professionalität für die psychotherapeutische Tätigkeit einschätzen, erstaunt dieses Ergebnis sehr. Entgegen empirischen Studien, die zu dem Ergebnis kommen, dass die Dosis der Selbsterfahrung kaum einen Einfluss auf die therapeutische Kompetenz bzw. den Therapieerfolg hat (siehe oben *Dodo-Verdikt*; vgl. auch Orlinski et al., 2005; Rønnestad & Ladany, 2006; vgl. bereits Strupp, 1955), rufen die Ergebnisse der vorliegenden Studie erneut zur Diskussion darüber auf, ob die Anzahl der ausbildungsbezogenen Selbsterfahrungsstunden neu überdacht werden sollte. Insbesondere lange Eigentherapien in der Ausbildung erfordern evtl. eine differenzielle Indikation. Nach Studien von Rønnestad und Ladany (2006) ist allerdings ein kurvilinearere Zusammenhang zwischen Eigentherapiemenge

und Therapieerfolg am wahrscheinlichsten, wobei mittellange Eigetherapien am erfolgreichsten sind (vgl. dazu auch Leitner et al., 2013).

Eine weitere Frage besteht darin, ob psychische Belastungen eine bedeutsame Motivationsquelle darstellen könnten, mehr Selbsterfahrung in Anspruch zu nehmen. In der Studie liegen allerdings keine Hinweise darauf vor, dass Zusammenhänge zwischen aktuellen psychischen Belastungen oder „behandlungsrelevanter ICD-10-Störungen“ und der Nutzung und Bewertung von Selbsterfahrung und/oder Eigetherapie vorliegen könnten, obwohl bei allen drei Kohorten das aktuelle Ausmaß und die Ausprägung der psychischen Belastungen erhoben wurde. Bei eher unterdurchschnittlich bis durchschnittlich ausgeprägten Gesamtbelastungswerten – verglichen mit den entsprechenden Werten in der Bevölkerung – fanden sich dabei nur wenig konsistente Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß aktueller psychopathologischer Belastungen (erhoben durch GSI im BSCL) und der Menge der beanspruchten Eigetherapie, der als sinnvoll erachteten Menge an curricularer Eigetherapie während der Ausbildung oder dem subjektiven Bedürfnis nach individueller Therapie während der Ausbildung.

Daraus kann geschlossen werden, dass psychopathologische Belastungen keinen Einfluss auf die Ablehnung oder Nutzung von Eigetherapie während der Ausbildung haben. Insbesondere die Kohorte der angehenden PsychotherapeutInnen zeigte überhaupt keine korrelativen Zusammenhänge zur Nutzung und Bewertung der Eigetherapie im Rahmen der Ausbildung. Somit erscheint es sehr unwahrscheinlich, dass im Rahmen der Ausbildung selbstregulative Mechanismen dazu führen, intrinsisch motiviert bei Bedarf mehr Eigetherapie in der Ausbildung anzustreben. Ein interessanter Befund fand sich jedoch in der Kohorte der Juniors, wo der subjektive Wunsch nach mehr therapeutischer Erfahrung im Einzelsetting mit der globalen aktuellen psychischen Belastung zusammenhing. Hier liegt es nahe, dass die erlebte psychische Belastung zu dem subjektiven Eindruck führt, rückblickend durch mehr Selbsterfahrung und Eigetherapie resilienter geworden zu sein. Vergleichbare Zusammenhänge finden sich bei den langjährig erfahrenen TherapeutInnen nicht.

Allerdings könnten auch wieder Stichprobenselektionseffekte eine Rolle gespielt haben. Vergleicht man z. B. die Ausbildungskandidaten mit einer Studentenpopulation aus einem breiten Spektrum anderer Studienfächer, überraschen die Ausbildungsteilnehmer durch eine unterdurchschnittliche Symptombelastung nicht nur im Gesamtschwereindex, sondern auch in fast allen Subskalen. Im Kontrast zu diesen Indifferenzen sind dagegen die oben angesprochenen sehr hohen korrelativen Ausprägungen der Zusammenhänge zwischen Einstellungen und der eigenen Ausbildung auffällig. Die absolvierte Ausbildung prägt scheinbar durchgreifend die Vorstellungen und Meinungen zur Notwendigkeit und Wirkung selbsterfahrungsorientierter Ausbildungsbestandteile. Hieraus könnte man schließen, dass AusbildungsleiterInnen nur selten das Ausmaß selbstreflexiver Kompetenzen bei Ausbil-

ditionskandidaten erfassen und unterschiedliche Umfänge und Formen notwendiger Selbsterfahrung für KandidatInnen empfehlen.

In den vorliegenden Daten lässt sich außerdem auch ein interessanter Zusammenhang zwischen den finanziellen Aspekten und dem subjektiv eingeschätzten Bedarf an Selbsterfahrung feststellen. AusbildungskandidatInnen, die eine kostengünstige Ausbildung anstreben, erachten weniger Selbsterfahrung als ausreichend als Personen, denen der finanzielle Aspekt relativ gleichgültig ist. Das bedeutet, es gibt eine Gruppe von AusbildungskandidatInnen (z. T. auch retrospektiv betrachtet), die ihre Ausbildung gerne möglichst effizient und ressourcenschonend gestalten möchten, ganz nach der Devise: räumlich nahe, wenig Stunden sowie möglichst kostengünstig. Damit steht zu befürchten, dass die Wahl des Fachspezifikums und damit des Selbsterfahrungsausmaßes für finanziell weniger gut gestellte Personen stark auf die Kostenfrage reduziert bleibt. Es müsste auch bedacht werden, dass ein Überschreiten des Mindestausmaßes an Selbsterfahrung in allen Curricula möglich ist, diese Personen das aber aus finanziellen Gründen möglicherweise nicht machen, obwohl es nötig wäre. Es muss auch mit berücksichtigt werden, dass ein Überschreiten des Mindestausmaßes an Selbsterfahrung in allen Curricula möglich ist, schlechter gestellte Personen diesen Weg aber eventuell aus finanziellen Gründen nicht einschlagen. Welche Auswirkung diese verschiedenen Implikationen auf professionelle Kompetenzen haben, müsste weiter untersucht werden. Auch böte sich an, die Kostenfrage in Ausbildungsgängen anders zu regeln und auf dieser Basis Beobachtungen anzustellen.

Zu diesen Schwierigkeiten einer angemessenen Länge und Form treten weitere Unterschiede in der Einschätzung der Befragten zur Art der Selbsterfahrung. Innerhalb der verschiedenen Therapiemethoden zeigt sich, wie bereits weiter oben besprochen, eine Tendenz tiefenpsychologisch orientierter Verfahren zur Einzelselbsterfahrung (vgl. dazu erneut Jacobs, 2011) und humanistisch orientierter Verfahren zur Gruppenselbsterfahrung. Seniors wie Juniors messen wiederum der Einzelselbsterfahrung eine höhere Bedeutung für die psychotherapeutische Entwicklung zu als der Gruppenselbsterfahrung. Dieser Blickwinkel gilt über die meisten psychotherapeutischen Verfahren hinweg. Seniors und Juniors mit systemischem Background hingegen schätzen den Profit der Einzelselbsterfahrung für das eigene therapeutische Handeln besonders niedrig ein. Diese Einschätzung könnte theoriekonform mit einer grundsätzlichen Ablehnung des Einzelsettings begründet sein. Hier zeigt sich wiederum ein deutlicher Einfluss des theoretischen Konzepts auf die Bewertung von Ausbildungsprozessen.

4.4 Welche Kompetenzen erwirbt man durch Selbsterfahrung in der psychotherapeutischen Ausbildung?

Eigentherapie wie auch Gruppenselbsterfahrung wird über alle Orientierungen und Kohorten hinweg als essenziell für die professionelle Arbeit erachtet. Die fachliche und persönliche Entwicklung gelten als Hauptziele der Selbsterfahrung. Diese beiden Bereiche sind die Hauptziele der Selbsterfahrung im Sinne einer Steigerung des Wohlbefindens einerseits und einer positiven Auswirkung auf die Effektivität, Wirksamkeit und Qualität der psychotherapeutischen Tätigkeit andererseits (Macran & Shapiro, 1998; Orlinsky et al., 2005; vgl. detaillierter Laireiter, 2000a; Petzold, 1994a). Die Beschreibungen der Interviewten dieser Studie geben darüber hinaus jedoch ein anschauliches Bild darüber, wie sich der Kompetenzaufbau in der Psychotherapieausbildung – unterstützt durch die Selbsterfahrung in der Ausbildung – im Detail vollzieht (vgl. dazu auch Murphy, 2005). Das Erleben und Erfahren von Theorien und Methoden in der Selbsterfahrung fördert demnach (1) grundlegendes Verstehen und vertieft damit theoretische Kenntnisse. Dies ermöglicht wiederum mehr methodische und theoretische Sicherheit und unterstützt damit (2) die Entwicklung von Fertigkeiten. Die nun daraus resultierende fachliche Verankerung fördert ein Weiterdenken sowie eine emotionale Differenzierung und damit die Entstehung von (3) selbstbewusster Kompetenz.

Diese prozessuale Herangehensweise und der Blick auf die daraus resultierenden Kompetenzprofile entsprechen modernen Konzeptionen des „Lebenslangen Lernens“ (Europäische Kommission, 2008). Alle nach diesem Konzept anerkannten Studiengänge sowie Aus-, Fort- und Weiterbildungen unterteilen ihre Curricula in Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen (ebenda). Der Fokus wird dabei bewusst nicht auf die Absolvierung bestimmter Abschlüsse oder beruflicher Laufbahnen gesetzt, sondern auf den Output, die *Lernergebnisse*, also was KandidatInnen am Ende ihrer Ausbildung nachweisbar wissen, verstehen und können (Kuda & Strauß, 2006). Die InterviewpartnerInnen schildern immer wieder Aspekte, die in dieses Raster der Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen entlang dem Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) – oder für Österreich, dem Nationalen Qualifikationsrahmen (NQR) – zugeteilt werden können (siehe Kap. 3.1).

Diese drei obigen Thesen zur Entwicklung von Kenntnissen, Fertigkeiten und Kompetenzen stellen einen ersten Schritt dar, die Psychotherapieausbildung detailliert in ein europaweit vergleichbares Raster einzuordnen (vgl. dazu auch die Initiative der European Association of Psychotherapy, 2013; vgl. auch bereits ähnliche Überlegungen bei Laireiter, 2000b, c; Petzold & Steffan, 1999; Seipel & Döring-Seipel, 1998). Denn insbesondere wenn es um eben diese Frage nach Kernkompetenzen für PsychotherapeutInnen i.A.u.S. geht, wird deutlich, dass die nationale wie internationale Ausbildungsforschung in der Psychotherapie noch ein junges Forschungsfeld darstellt. Es zeigt sich jedoch allmählich eine in-

ternationale Tendenz, dieses Forschungsfeld näher zu beleuchten (Strauß & Kohl, 2009a). Vor allem mangelt es an Untersuchungen, die die Effekte der verschiedenen Ausbildungselemente im Fokus haben (Hill & Knox, 2013; Laireiter, 2009; Sommerfeld, 2010; Weissmann et al., 2006). Dies zeigt sich jedoch auch aus methodischen Gründen (siehe Kap. 2; Limitations) als besonders herausfordernd. Als wesentliches Ziel der Psychotherapieausbildung nach Willutzki und Botermans (1997) wird z. B. – korrespondierend mit den vorliegenden Ergebnissen – die Entwicklung von Kompetenz bzw. von Vertrauen in die eigene therapeutische Kompetenz gesehen. In der vorliegenden Studie wurde dieser Aspekt auf Basis der Aussagen der Interviewten differenziert ausformuliert (siehe ausführlicher Kap. 3.2, Tab. 6 und Tab. 7; vgl. aktuell auch Bennett-Levy & Lee, 2012).

Demnach haben PsychotherapeutInnen nach dem Ausbildungsabschluss durch den Ausbildungsverlauf ihr Theoriewissen vertieft, sie sind in Diagnostik, Methodik und Technik gefestigt und in der professionellen Beziehungskompetenz und Persönlichkeitsentwicklung fortgeschritten. In selbstreflexiver Auseinandersetzungsfähigkeit konnten sie sich darüber hinaus – in Bezugnahme auf die eigene fachliche Identität – ihre Berufsrolle aneignen. Der Habitus wird erworben und bereits situativ flexibilisiert. Die kompetenzbezogenen Ergebnisse der qualitativen Daten zeigen Zusammenhänge der positiven Wirkungen der Selbsterfahrung in persönlicher Hinsicht auf (vgl. u. a. Orlinsky et al., 2011; Rake & Paley, 2009; Rizq & Target, 2008). Selbsterfahrung wird aus dieser Perspektive als Gewinn nicht nur für die eigene Berufs-, sondern auch Lebensperspektive erlebt. Die Lehrtherapie verhilft auf diese Weise nicht nur zur Entstehung eines eigenen therapeutischen, sondern auch persönlichen Stils.

In Bezug auf positive Veränderungen an der Persönlichkeit des/der PsychotherapeutIn i.A.u.S. lässt sich in der vorliegenden Untersuchung feststellen, dass sie zahlreiche durch die Selbsterfahrung induzierte Entwicklungs- und Reifeprozesse, die Erfahrung und Anerkennung der eigenen biografischen Tiefen, eine Festigung der Persönlichkeit und die Erarbeitung von Selbstvertrauen bzw. Selbstsicherheit, jedoch auch eine veränderte Grundhaltung und eine differenzierte Wahrnehmung beinhalten (vgl. auch Daw & Joseph, 2007). Nissen-Lie, Monsen, Ulleberg und Ronnestad (2013) weisen darauf hin, dass überraschender Weise Selbstzweifel und nicht professionelle Sicherheit besonders zur Verbesserung interpersonaler Probleme bei PatientInnen beitragen. Für Lernprozesse in therapeutischen Ausbildungen bekommt damit der Umgang mit Zweifeln einen wichtigeren Stellenwert, so dass die Vermittlung von Sicherheit und Selbstvertrauen nur ein Aspekt der Anforderungen ist.

Das Erreichen von Introspektionsfähigkeit, Selbstreflexion und einer empathischen, anerkennenden und wertschätzenden Haltung gegenüber PatientInnen vermittelt sich über diesen Weg und wird von allen Befragten als grundlegend und essenziell für die Qualität der

Praxis eingeschätzt. Diese differenzierten Ergebnisse zeigen erneut den Widerspruch zwischen der „Curriculumstreue“ der Befragten einerseits und der weitreichenden Bedeutung, die die Befragten der Selbsterfahrung zuordnen, andererseits. Obwohl sie die Bedeutung der Selbsterfahrung betonen, schätzen sie den Bedarf entsprechend der vorgegebenen Menge in einem Curriculum ein. Der Aufbau der Ausbildungen und der einzelnen Ausbildungselemente wird möglicherweise viel zu wenig bzgl. seiner Sinnhaftigkeit hinterfragt und entlang solcher und ähnlicher Ergebnisse gestaltet. Auch Forschung aus anderen psychosozialen Ausbildungsbereichen deutet darauf hin, dass Curricula und Studiengänge den Aspekt der Persönlichkeitsentwicklung zu wenig fokussieren (vgl. z. B. die Diskussion im Bereich der Beratung bei Nestmann, 2008; zur Sozialen Arbeit Gahleitner et al., 2010, zur Erziehungswissenschaft Kallert, 2000; Schweppe, 2000), obwohl gerade Selbstreflexivität als zentrale Säule helfender Berufsgruppen propagiert wird (Dewe, 2009, 100).

Auch in der Psychotherapie selbst gibt es zu wenige Untersuchungen, die der Ausbildung einen eindeutigen Einfluss auf die spätere Expertise zuschreiben (Hill & Knox, 2013; Laireiter, 2009; Sommerfeld, 2010). Die in der Psychotherapie im Vergleich zu den 1980er-Jahren zunehmend starren Curricula mit unflexiblen Vorgaben werden jedoch von den KandidatInnen offenbar wenig hinterfragt. Dies hängt zum einen mit dem oben bereits beschriebenen veränderten, konsumorientierteren Studienverhalten zusammen, wird aber auch durch die gesetzlich und verfahrensorientiert festgeschriebenen Vorgaben (siehe z. B. ÖBVP, 1990) unterstützt. Diese lassen kaum Eigenständigkeit der KandidatInnen, eher noch der Ausbildungsinstitute, zu. Solche und ähnliche Prozesse sollten in Überlegungen zu Reformen der psychotherapierlevanten Gesetzlichkeiten mit bedacht werden. Dabei sollten auch die jeweiligen finanziellen und anderen Eigeninteressen der beteiligten DiskutantInnen mit berücksichtigt werden.

Die aktuellen Entwicklungen widersprechen letztlich auch den gegenwärtigen Überlegungen in der Bildungspolitik. AbsolventInnen psychosozialer Berufsgruppen werden demnach dazu aufgefordert, eine selbstkritische und reflektierte Haltung als Kernbestandteil ihrer professionellen Berufsrolle und als Basis eines reflektierten Welt- und Menschenbildes zu entwickeln (Europäische Kommission, 2008). Insbesondere PsychotherapeutInnen handeln „durch ihre Person hindurch“ und müssen ihre Persönlichkeit professionell in der Praxis einsetzen (Märtens, 2012; Gahleitner, 2012; Hanses, 2010; Kahl-Popp, 2004; vgl. bereits Gildemeister, 1983). Deshalb teilen fast alle therapeutischen Verfahren den Standpunkt, dass persönliche Therapieerfahrung hilfreich für die spätere Therapieausübung ist (Buckley, Karasu & Charles, 1981; Dobernig & Laireiter, 2000a; Prochaska & Norcross, 1983; vgl. jedoch kontrovers u. a. Schmelzer, 1994). An dieser Schwerpunktsetzung hat sich unter AusbildungskandidatInnen und aktiven PsychotherapeutInnen bis heute nur wenig verändert (Orlinsky et al., 2011; Rake & Paley, 2009). Verändert aber hat sich die praktische

Umsetzung. Früher beruhten Psychotherapieausbildungen v. a. auf Selbsterfahrungselementen, während aktuell klinische Theorie und Methodik im Vordergrund der Ausbildungen stehen (Schön, Frank & Vaitl, 1998).

4.5 Schlussfolgerungen

Nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung, einer qualitativen und quantitativen Datenerhebung bei AusbildungskandidatInnen und erst kurz sowie schon lange in der Praxis tätigen PsychotherapeutInnen, profitieren AusbildungskandidatInnen psychotherapeutischer Ausbildungsgänge in ihrer Persönlichkeitsentfaltung, ihrer Kompetenzentwicklung und ihrer professionellen Beziehungsgestaltung in hohem Maße von selbsterfahrungsorientierten Anteilen in ihrer Ausbildung. Auf Basis des persönlichen wie institutionellen Hintergrunds entwickeln sie in Gruppen- und/oder Einzelsettings aus den Selbsterfahrungsanteilen vertiefte Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen im Psychotherapiebereich. Dennoch gibt es beachtliche Kontroversen der Befragten in Bezug auf die geeignete Dosis sowie das Setting der Selbsterfahrung.

Der weitreichend „erlebte“ Nutzen der Selbsterfahrung spiegelt sich auch in der Tatsache wider, dass der Großteil praktizierender PsychotherapeutInnen noch nach Beendigung der Ausbildung selbsterfahrungsorientierte Angebote in Anspruch nehmen (Norcross et al., 2008; Rizq & Target, 2008), und zwar zwischen 66 % und 75 % (Macran, Stiles & Smith, 1999), eine Tatsache, die man auch kritisch im Sinne einer Selbstperpetuierung diskutieren könnte, jedoch insgesamt für ein Qualitätsmerkmal spricht. Die empirische Überprüfung des damit verbundenen Kompetenzgewinns, also welcher Zugewinn tatsächlich in der Behandlung der PatientInnen zu verzeichnen ist, erscheint angesichts der Größe der individuellen TherapeutInneneffektivitätsunterschiede und aus messtheoretischen Schwierigkeiten heraus ein weiteres schwerwiegendes Problem. Diese Tatsache hängt allerdings auch mit der herkömmlichen Forschungstradition der Psychotherapieforschung zusammen (vgl. auch Laireiter, 2014; McLeod, 2013; Ogles, 2013; Orlinsky, 2008; zusammenfassend Schröder & Gahleitner, 2012). Bei der Forschung mit schwer operationalisierbaren Variablen ist ein exploratives Herantasten durch multimethodische Studien ein notwendiges Erfordernis, das die EbM-Goldstandards ergänzen muss. Studien unter Einbezug reflexiver Elemente ermöglichen daher eine bessere Lösung als die Ausschließung schwer erforschbarer Areale. Über diesen Weg konnten einige Aspekte – insbesondere der Kompetenzgewinn durch Selbsterfahrung in der Ausbildung – in der vorliegenden Untersuchung präzisiert werden.

Selbstverständlich sollte dennoch ein obligatorischer Teil der Psychotherapieausbildung wie die Selbsterfahrung, die mit beachtlichem finanziellen und zeitlichen Aufwand verbunden ist und auch oft emotionale Belastungen beinhaltet, immer wieder auf seinen tatsächlichen Nutzen hin befragt werden. Insbesondere die Heterogenität der Gesamtstundenanzahl der

Selbsterfahrung in den verschiedenen Ausbildungsgängen ist noch nicht ausreichend untersucht worden (Kahl-Popp, 2004) und müsste ferner auf die – insbesondere auch finanziellen – Eigeninteressen der Beteiligten hin betrachtet werden.

AusbildungskandidatInnen sollten noch stärker eine „informierte Wahl“ treffen können, mit wem und wie lange sie Selbsterfahrungsprozesse in der Ausbildung eingehen. Die in der Psychotherapie im Vergleich zu den 1980er-Jahren zunehmend starren Curricula mit linearen Vorgaben werden von den KandidatInnen in den laufenden Ausbildungen auf jeden Fall zu wenig hinterfragt.

Im Überblick betrachtet lässt sich verzeichnen, dass es zu wenige Untersuchungen gibt, die der Ausbildung einen eindeutigen Einfluss auf die spätere Expertise zuschreiben (Hill & Knox, 2013; Laireiter, 2009; Sommerfeld, 2010). Eine Verbesserung der psychotherapeutischen Behandlungskompetenz lässt sich bis heute nicht nachweisen (vgl. auch Laireiter, 2004). Die Society for Psychotherapy Research hat 2012 eine Sektion gegründet (Society for Psychotherapy Research, 2013), die sich dem Ausbildungsgeschehen intensiver widmen soll.

Auch in Österreich wäre neu zu diskutieren, welche Mindestdosis ausbildungsbezogener Selbsterfahrung tatsächlich sinnvoll ist, wie sie jeweils gestaltet sein kann und sollte, beziehungsweise, welche alternativen Ausbildungsstrukturen denkbar wären. In der Untersuchung zeigt sich auf jeden Fall, dass der Lernprozess von Theorien und Techniken sich erst im Laufe der Ausbildung in der Arbeit an sich selbst und mit PatientInnen in einen selbstbewussteren Modus auflöst. Hier stellt sich die Frage, ob es z. B. auch individuelle Lösungen geben kann und Selbsterfahrung auch maßgeschneidert nach den Bedürfnissen und Notwendigkeiten der jeweiligen KandidatInnen oder Ihren bisherigen Eigetherapien und Selbsterfahrungs-Vorerfahrungen angepasst werden kann. Auf diesen Aspekt könnte in Ausbildungsinstitutionen noch mehr Augenmerk gelegt werden.

Was die Belastungen durch Selbsterfahrung betrifft, müsste bei den meisten angegebenen Themen noch eingehender die Frage gestellt werden, ob diese Verunsicherungen nicht in Ausbildungszusammenhängen von Humanberufen einen angemessenen und natürlichen Veränderungsprozess markieren. Man könnte auch argumentieren, dass jede Ausbildung, auch in technischen oder künstlerischen Berufen zahlreiche Belastungen beinhalten und die Idee einer belastungsfreien Ausbildung möglicherweise Utopie ist. Neben einer Erweiterung der individuellen therapeutischen Kompetenzen über diesen Weg besteht die Frage, ob psychische Belastungen eine bedeutsame Motivationsquelle darstellen, Selbsterfahrung in Anspruch zu nehmen. Die vorliegende Studie konnte diese Frage aufgrund der oben genannten Limitationen nicht ausreichend beantworten. Folgeuntersuchungen könnten jedoch – entlang der bereits vorliegenden Ergebnisse dieser Studie – einen weiteren Beitrag zur Operationalisierung der Selbsterfahrung und zur Differenzierung der Nutzen und Risiken

leisten.

Diese Überlegungen auf unterschiedlichen Ebenen stehen jedoch vor dem Hintergrund, dass AusbildungskandidatInnen aller Orientierungen der (Einzel)selbsterfahrung letztlich – im Überblick über die gesamte vorliegende Untersuchung betrachtet – eine gleichermaßen hohe Bedeutung beimessen. Die in unserer Studie befragten PsychotherapeutInnen konnten Selbsterfahrung inhaltlich vor allem im Kontrast zu vielen vorangegangenen Projekten durch eine Reihe erlebter Erfahrungen differenziert veranschaulichen, die sich unmittelbar für die Praxis von Ausbildungszusammenhängen eignen: Im Selbsterfahrungsprozess lernen AusbildungskandidatInnen, ihre Persönlichkeit richtig einzusetzen; die Identifikation mit dem Beruf vollzieht sich und ein Raum für angewandte und selbstreflexive Technik- und Methodenerfahrung wird geschaffen. Es ist also scheinbar nicht gleichgültig, welche Berufsgruppe mit wie viel Selbsterfahrung Behandlungen anbietet und durchführt. Notwendige Selbstreflexionsprozesse werden insbesondere in diesem Kontext angeregt, nicht nur in der Supervision und sehr viel stärker auf die eigene Person bezogen als in der Supervision. Die Gesamteinschätzung differiert zwar nach Präferenz von Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung sowie im Ausmaß einer als sinnvoll erachteten Dosis, die Bedeutungszuschreibung jedoch ist eindeutig und gibt Selbsterfahrungsprozessen in der Ausbildung ein großes Gewicht.

Literatur

- Ahlers, C. & Binter, G. (2006). Systemische Selbsterfahrung in Österreich: Ist sie anschlussfähig an die Umwelt des 1991 in Kraft getretenen Psychotherapiegesetzes? *Systeme*, 20(1), 5-37.
- Atkinson, P. (2006). Personal therapy in the training of therapists. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 8(4), 407-410.
- Auckenthaler, A. (1990). Bedingungen und Voraussetzungen für eine personenzentrierte Praxisforschung. In D. Deter & U. Straumann (Hrsg.), *Personenzentriert Verstehen – Gesellschaftsbezogenes Denken – Verantwortlich Handeln. Theorie, Methodik und Umsetzung in der psychosozialen Praxis* (S. 105-114). Köln: GWG.
- Bachelor, A. & Horvath, A. O. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 133-178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Baldwin, S. A. & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.; pp. 258-297). New York: Wiley.
- Bayne, R. & Jinks, G. (2010) *How to survive counsellor training: An A-Z guide*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Beck, U. (1986). „Risikogesellschaft“. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bennett-Levy, J. & Lee, N. K. (2012). Self-Practice and Self-Reflection in Cognitive Behaviour Therapy Training: What Factors Influence Trainees' Engagement and Experience of Benefit? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, Zugriff am 17.03.2014. Verfügbar unter doi: 10.1017/S1352465812000781
- Berman, J. S. & Norton, N. C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin*, 98(2), 401-407.
- Berns, U. (2005). Psychotherapieausbildung im Licht empirischer Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut*, 51(1), 26-34.
- Bourdieu, P. (1997). *Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft* (Reihe: Edition discours, Bd. 9) (französisches Original erschienen 1993). Konstanz: UVK.
- Buckley, P., Karasu, T. B. & Charles, E. (1981). Psychotherapists view their personal therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice*, 18(3), 299-305.
- Bundesministerium für Gesundheit (1990). Österreichische Psychotherapiegesetz (Bd. BGBl § 1 Nr. 361). Wien: BMG.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2011). *Förderung und Entwicklung personaler und sozialer Kompetenzen. Selbsterfahrung/Supervision/kollegiale Intervention. Abgrenzung gegeneinander und*

gegenüber *Eigentherapie*. Wien: BMG. Zugriff am 06.10.2013. Verfügbar unter http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/8/3/CH1002/CMS1144348952885/abgrenzung_supervision_selbsterfahrung.pdf

Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur & Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung (2011). Österreichischer EQR-Zuordnungsbericht. Zugriff am 27.03.2013. Verfügbar unter http://www.lebenslanges-lernen.at/fileadmin/III/dateien/lebenslanges_lernen_pdf_word_xls/nqr/EQR-Zuordnungsbericht/OEsterreichischer_EQR_Zuordnungsbericht.pdf

Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung (2012). *Bologna Monitoring. Bericht über die Maßnahmen der Umsetzung der Bologna-Ziele in Österreich*. Zugriff am 27.03.2013. Verfügbar unter http://www.bmwf.gv.at/fileadmin/user_upload/europa/bologna/Bologna_Monitoring_Report_2012_Webversion.pdf

Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2013): *Bundesgesetz über die Psychologieberufe (PsyG)*. Zugriff am 28.4.2014. Verfügbar unter <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20091366/index.html>

Busch, I. & Lemme, R. (1992). *Schulenspezifische Unterschiede hinsichtlich der Einstellung der Therapeuten zur Wirkung von Psychotherapie?* Diplomarbeit. Berlin: Technische Universität.

Caspar, F. (1998). Selbsterfahrung und Psychotherapie als kreatives Handeln. In H. Lieb (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten. Konzepte, Praxis, Forschung* (S. 69-90). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy. The facts are friendly*. London: Sage.

Dauk, E. (1989). *Denken als Ethos und Methode. Foucault lesen* (Reihe: Historische Anthropologie, Bd. 5). Berlin: Reimer.

Daw, B. & Joseph, S. (2007). Qualified therapists' experience of personal therapy. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 7(4), 227-232.

Deacon, S. A., Kirkpatrick, D. R., Wetchler, J. L. & Niedner, D. (1999). Marriage and family therapists' problems and utilization of personal therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 27(1), 73-93.

Dewe, B. (2009). Reflexive Sozialarbeit im Spannungsfeld von evidenzbasierter Praxis und demokratischer Rationalität – Plädoyer für die handlungslogische Entfaltung reflexiver Professionalität. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit* (2. Auflage, S. 89-112). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Dobernig, E. & Laireiter, A.-R. (Hrsg.) (2000). Where do behavior therapists take their troubles? III: Befunde zu Häufigkeit, Art und Nutzen von Selbsterfahrung und Eigentherapie von Teilnehmern und Absolventen verhaltenstherapeutischer Ausbildung. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Empirische Befunde* (S. 417-456). Tübingen: DGVT.

Ericsson, K. A., Charness, N., Feltovich, P. & Hoffman, R. R. (Eds.) (2006). *The Cambridge Handbook of expertise and expert performance* (6th ed.). Cambridge: Cambridge University Press.

Ermann, M. (2008). Gegenübertragung. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (2. überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 233-239). Stuttgart: Kohlhammer.

Europäische Kommission – Generaldirektion Bildung und Kultur (2008). *Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR)*. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften. Zugriff am 27.02.2013. Verfügbar unter http://ec.europa.eu/education/policies/educ/eqf/eqf08_de.pdf

European Association of Psychotherapy (2013). *The professional competencies of a European psychotherapist*. Wien: European Association of Psychotherapy. Zugriff am 28.03.2013. Verfügbar unter <http://www.psychotherapy-competency.eu/>

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324. Zugriff am 01.09.2012. Verfügbar unter http://www.psychologische-hochschule.de/media_phb/documents/materialien-phb-kurs1/eysenck2.pdf

Faust, D. & Zlotnick, C. (1995). Another dodo bird verdict? Revisiting the comparative effectiveness of professional and paraprofessional therapists. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2(3), 159-167.

Fleck, G. (2013). Die Bildungs- und Wissenschaftslandschaft Wien seit Ende des zweiten Weltkriegs. In M. Dippelreiter (Hrsg.), *Wien – die Metamorphose einer Stadt* (Schriftenreihe des Forschungsinstitutes für politisch-historische Studien der Dr.-Wilfried-Haslauer-Bibliothek, Bd. 6/9) (S. 335-354). Wien: Böhlau.

Flick, U. (2011). *Triangulation. Eine Einführung* (3. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Forschungsgruppe Selbsterfahrung (2013). *Protokoll der externen Forschungssitzung am Department für Psychotherapie und biopsychosoziale Gesundheit vom 16.10.2013*. Unveröffentlicht. Krems, Österreich: Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit.

Foucault, M. (1974). *Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften*. (französisches Original erschienen 1966). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Foucault, M. (1985). *Freiheit und Selbstsorge. Interview 1984 und Vorlesung 1982* (Reihe: Materialis-Programm: Kollektion Philosophie, Politik, Ökonomie, Bd. 30). Frankfurt a. M.: Materialis.

Franke, G. H. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R)*. Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Frühmann, R. & Petzold, H. G. (Hrsg.) (1994). *Lehrjahre der Seele. Lehranalyse, Selbsterfahrung, Eigentherapie in den psychotherapeutischen Schulen* (Reihe: Vergleichende Psychotherapie, Bd. 10). Paderborn: Junfermann.

Gahleitner, S. B. (2012). „Und wenn es schwierig wird“? Therapeutische Beziehungsgestaltung im „hard to reach“-Bereich. *Integrative Therapie*, 38(1), 37-59.

- Gahleitner, S. B., Sagebiel, J., Effinger, H., Kraus, B., Miethe, I. & Stövesand, S. (Hrsg.) (2010). *Disziplin und Profession Sozialer Arbeit. Entwicklungen und Perspektiven* (Reihe: Theorie, Forschung und Praxis sozialer Arbeit, Bd. 1). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy & behavior change* (4th ed.; pp. 190-228). New York: Wiley.
- Geller, J. D. & Farber, B. A. (1993). Factors influencing the process of internalization in psychotherapy. *Psychotherapy Research* (3), 166-180.
- Geller, J. D., Norcross, J. C. & Orlinsky, D. E. (Eds.) (2005). *The Psychotherapist's Own Psychotherapy: Patient and Clinician Perspectives*, New York: Oxford University Press.
- Gildemeister, R. (1983). *Als Helfer überleben. Beruf und Identität in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik*. Neuwied: Luchterhand.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Grimmer, A. & Tribe, R. (2001). Counselling psychologists' perceptions of the impact of mandatory personal therapy on professional development – an exploratory study. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(4), 287-301.
- Guy, J. D., Stark, M. J. & Poelstra, P. L. (1988). Personal therapy for psychotherapists before and after entering professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(4), 474-476.
- Hanses, A. (2010). Professionalisierung Sozialer Arbeit – Fragmente einer reflexiven Positionsbestimmung. *Zeitschrift für Sozialpädagogik*, 8(4), 357-375.
- Hattie, J. & Anderman, E. M. (Eds.) (2013). *International Guide to student achievement*. New York: Routledge.
- Hattie, J. (2012). *Visible learning for Teachers: Maximizing impact on learning*. London & New York: Routledge.
- Hautzinger, M. & Janssen, P. L. (1997). Aus- und Weiterbildung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 42(5), 322-329.
- Herold, R. & Weiß, H. (2008). Übertragung. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (2. überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 799-811). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hill, C. E. & Knox, S. (2013). Training and supervision in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.; pp. 775-812). New York: Wiley.
- Hill, C. E. (2006) Introduction to special section on therapist effects. *Psychotherapy Research*, 16(2), 143.

Hilsenroth, M. J. (2013). Introduction to the 50th anniversary special issue on psychotherapy outcome: A return to the beginning. *Psychotherapy*, 50(1), 1-2.

Höfner, D. & Steffens, U. (2013). *Lernprozesse sichtbar machen – John Hatties Forschungsarbeiten zu gutem Unterricht. Welche Relevanz haben sie für Schulen in Deutschland?* Wiesbaden: Landesschulamt und Lehrkräfteakademie. Zugriff am 03.11.2013. Verfügbar unter www.visiblelearning.de/wp-content/uploads/2013/04/Hattie_Veroeff_Persp_3a_Uebertragb_2013-02-20.pdf

Hutterer, R. (2000). Selbsterfahrung. In G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (S. 626-627). Wien: Springer.

Jacobs, M. (2011). The aims of personal therapy in training. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, 17(4), 427-439.

Jansen, M., Brückner, M., Göttert, M. & Schmidtbauer, M. (Hrsg.) (2012). *Selbstsorge als Thema in der (un)bezahlten Arbeit*. Wiesbaden: Hessische Landeszentrale für politische Bildung.

Jaspers, K. (1956). *Philosophie. Band 2: Existenzerhellung* (3. Auflage; Original erschienen 1932). Berlin: Springer.

Kahl-Popp, J. (2004). Lernziel: Kontextbezogene psychotherapeutische Kompetenz. Gedanken zur psychoanalytischen Ausbildung. *Forum der Psychoanalyse*, 20(4), 403-418.

Kallert, H. (2000). Studierende rekonstruieren ihren Weg bis zum Studienbeginn. Einblicke in den Zusammenhang von Lebenslauf und Lernprozessen. In H. G. Homfeldt & J. Schulze-Krüdener (Hrsg.), *Wissen und Nichtwissen. Herausforderungen für Soziale Arbeit in der Wissensgesellschaft* (S. 127-142). Weinheim: Juventa.

Keupp, H. (2012). Alltägliche Lebensführung in der fluiden Gesellschaft. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (Reihe: Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 4; S. 34-51). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nordberg, S. S. & Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21(3), 267-276.

Kuda, E. & Strauß, J. (2006). Europäischer Qualifikationsrahmen – Chancen oder Risiken für Arbeitnehmer und ihre berufliche Bildung in Deutschland? *WSI Mitteilungen* 11. 630-638.

Kumari, N. (2011). Personal therapy as a mandatory requirement for counselling psychologists in training: A qualitative study of the impact of therapy on trainees' personal and professional development. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(3), 211-232.

Kushlev, K. & Dunn, E. W. (2012). Affective forecasting: Knowing how we will feel in the future. In S. Vazire & T. D. Wilson (Eds.), *Handbook of self-knowledge* (pp. 277-292). New York: Guilford.

Laireiter, A.-R. (1994). „Und dann auch noch Selbsterfahrung ...!“ *Zu den Funktionen und Zielen eines wenig geliebten und mit vielen Unklarheiten versehenen Ausbildungsbausteins*. Vortrag beim

Kongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapieanlässlich „Selbsterfahrung in der Psychotherapie“ in Berlin am 25.02.1994.

Laireiter, A.-R. (Hrsg.) (2000a). *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Empirische Befunde* (Reihe: Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Bd. 42). Tübingen: DGVT.

Laireiter, A.-R. (2000b). Die empirische Analyse von Selbsterfahrung und Eigentherapie in Psychotherapie und Verhaltenstherapie. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Empirische Befunde* (S. 15-41). Tübingen: DGVT.

Laireiter, A.-R. (2000c). Selbsterfahrung in der Psychotherapie: 2. Evaluation: Effekte von Eigentherapie und Selbsterfahrung auf die Person des Therapeuten, seine therapeutische Kompetenz und die Prozess- und Ergebnisqualität von Psychotherapie. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Empirische Befunde* (S. 89-233). Tübingen: DGVT.

Laireiter, A.-R. (2002). Negative Effekte von Selbsterfahrung und Eigentherapie von TherapeutInnen in der Psychotherapie. In M. Märtens & H. G. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 384-412). Mainz: Grünewald.

Laireiter, A.-R. (2008). Qualitätssicherung gefordert. *Ärzteblatt*, 7(9), 413-414.

Laireiter, A.-R. (2009). Wenn wir über Selbsterfahrung reden, dann müssen wir über Ausbildung reden! Brief zum Artikel: Rief, Winfried, Freyberger, Harald J. & Sartory, Gudrun (2009). Macht Selbsterfahrung bessere Therapeuten? Pro und Contra. *Verhaltenstherapie*, 19(3), 191-193.

Laireiter, A.-R. (2014). Selbsterfahrung in der Psychotherapie – die Ergebnislage. In S. B. Gahleitner, R. Reichel, B. Schigl & A. Leitner (Hrsg.), „Wann sind wir gut genug?“ Selbstreflexion, Selbsterfahrung und Selbstsorge in Psychotherapie, Beratung und Supervision (S. 74-90). Weinheim: Beltz Juventa.

Lambert, M. J. (Ed.) (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York: Wiley.

Lambert, M. J. (Ed.) (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. L. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.; pp. 139-193). New York: Wiley.

Lambert, M. J. (2013a). Introduction and historical overview. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.; pp. 3-20). Hoboken, NJ: Wiley.

Lambert, M. J. (2013b). The Efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.; pp. 169-218). Hoboken, NJ: Wiley.

Lambert, M. J., Hawkins, E. J. & Hatfield, D. R. (2002). Empirische Forschung über negative Effekte in der Psychotherapie: Befunde und ihre Bedeutung für die Praxis und Forschung. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden* (S. 40-59). Mainz: Grünewald.

Leitner, A., Märtens, M., Höfner, C., Koschier, A., Gerlich, K., Hinterwallner, H., Liegl, G., Hinterberger, G. & Schigl, B. (2011). Psychotherapie: Risiken, Neben-Wirkungen und Schäden Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie. Anhang zum Endbericht: Fallbeispiele aus den Beschwerdebriefen. Krems: Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit.

Leitner, A., Märtens, M., Höfner, C., Koschier, A., Gerlich, K., Hinterwallner, H., Liegl, G., Hinterberger, G. & Schigl, B. (2012). *Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie. Endbericht*. Krems, Österreich: Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit.

Leitner, A., Märtens, M., Koschier, A., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H. & Schnyder, U. (2013). Patients' perceptions of risky developments during psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(2), 95-105.

Lieb, H. (1998a). Veränderungen und Wirkvariablen in der Selbsterfahrung aus Sicht der Teilnehmer: Resultate einer Evaluationsstudie. *Verhaltenstherapie*, 8(4), 270-278.

Lieb, H. (1998b). Was bewirkt Selbsterfahrung? In H. Lieb (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten. Konzepte, Praxis, Forschung* (S. 225-268). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Lieberei, B. & Linden, M. (2008). Unerwünschte Effekte, Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 102(9), 558-562.

Liegl, G. & Leitner, A. (2011). Psychotherapie kann mit Zufriedenheitseinbußen einhergehen. Welche Aspekte der allgemeinen Lebenszufriedenheit betroffen sind und welche Rolle Geschlecht und therapeutische Orientierung dabei spielen. *Integrative Therapie – Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*, 37(1/2), 93-112.

Linden, M. & Strauß, B. (Hrsg.) (2012). *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (Neuaufgabe). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). „Is it true that 'everyone has won and all must have prizes'?“ *Archives of General Psychology* 32. 995-1008.

Macran, S. & Shapiro, D. A. (1998). The role of personal therapy for therapists: A review. *British Journal of Medical Psychology*, 71(1), 13-25.

Macran, S., Stiles, W. B. & Smith, J. A. (1999). How does personal therapy affect therapists' practice? *Journal of Counseling Psychology*, 46(4), 419-431.

Märtens, M. & Liegl, G. (2013). Patientenrechtgesetz im psychotherapeutischen Kontext – Forderung nach Aufklärung und Behandlungsalternativen. *Psychotherapeut*, 58(1), 73-78.

Märtens, M. & Petzold, H. G. (Hrsg.) (2002). *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Grünewald.

Märtens, M. (1995). *How much less responsible are therapists for bad therapeutic outcomes than for good results?* Präsentation auf der Jahrestagung der Society for Psychotherapy Research, Vancouver, Canada, 22.-25.6.1995.

Märtens, M. (2012). Der Therapeut als Ansatzpunkt für die Vermeidung von Psychotherapie Nebenwirkungen. In M. Linden & B. Strauß (Hrsg.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (S. 167-182). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Mayring, P. (2011). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. Auflage). Weinheim: Beltz Verlag.

McLeod, J. (2013). *Qualitative research and therapy practice*. Vortrag beim 29th Annual Meeting der Society for Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI): "Psychotherapy integration: Researchers and clinicians working together. Towards convergence" am 07.06.2013 in Barcelona.

Mearns, K., Flin, R., Gordon, R. & Fleming, M. (1998). Measuring safety climate on offshore installations. *Work and Stress*, 12(3), 238-254.

Mey, G. & Mruck, K. (2010). Interviews. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 423-436). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Moller, N. P., Timms, J. & Alilovic, K. (2009). Risky business or safety net? Trainee perceptions of personal therapy: a qualitative thematic analysis. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 11(4), 369-384.

Müller, J. (2007). Deutungsmuster und beruflicher Habitus im Erziehungsheim. *neue praxis*, 37(4), 357-388.

Murphy, D. (2005). A qualitative study into the experience of mandatory personal therapy during training. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 5(1), 27-32.

Nationale Koordinierungsstelle für den NQR in Österreich (NKS) (Hrsg.) (2011). *Handbuch für die Zuordnung von formalen Qualifikationen zum Nationalen Qualifikationsrahmen (NQR) – Kriterien*. Wien: NKS.

Nestmann, F. (2008). Die Zukunft der Beratung in der sozialen Arbeit. *Beratung Aktuell*, 9(2), 72-96. Zugriff am 16.10.2012. Verfügbar unter <http://www.beratung-aktuell.de/Zukunft%20der%20Beratung.pdf>

Nissen-Lie, H., Monsen, J. T., Ulleberg, P. & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research* 23(1), 86-104.

Norcross, J. C., Bike, D. H., Evans, K. L. & Schatz, D. M. (2008). Psychotherapists who abstain from personal therapy: Do they practice what they preach? *Journal of Clinical Psychology*, 64(12), 1368-1376.

Ogles, B. M. (2013). Measuring Change in Psychotherapy Research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (6th ed.; pp. 134-166). New York: Wiley & Sons.

Orlinsky, D. E. (2008). Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung. Die Kritik des herrschenden Forschungsparadigmas mit Korrekturvorschlägen. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 58(9/10), 345-354.

Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.; pp. 270-376). New York: Wiley.

Orlinsky, D. E., Botermans, J.-F. & Rønnestad, M. H. (2001). Towards an empirically grounded model of psychotherapy training: Four thousand therapists rate influences on their development. *Australian psychologist*, 36(2), 139-148.

Orlinsky, D. E., Norcross, J. C., Rønnestad, M. H. & Wiseman, H. (2005). Outcomes and impacts of the psychotherapist's own therapy: A research review. In J. D. Geller, J. C. Norcross & D. E. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy. Patient and clinician perspectives* (pp. 214-230). Oxford: University Press.

Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.

Orlinsky, D. E., Schofield, M. J., Schroder, T. & Kazantzis, N. (2011). Utilization of personal therapy by psychotherapists: A practice-friendly review and a new study. *Journal of Clinical Psychology*, 67(8), 828-842.

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (1990). *Psychotherapiegesetz. §§ 6, 7, 8 Psychotherapeutisches Fachspezifikum*. Wien: Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie. Zugriff am 28.03.2013. Verfügbar unter <http://www.psychotherapie.at/paragraph6und7und8>

Petzold, H. G. (1994a). „Kontrollanalyse“ und Gruppensupervision in „Kompetenzgruppen“ – zwei unverzichtbare, aber unterschiedliche Methoden der psychotherapeutischen Weiterbildung in einer integrativen Perspektive. In R. Frühmann & H. G. Petzold (Hrsg.), *Lehrjahre der Seele. Lehranalyse, Selbsterfahrung, Eigentherapie in den psychotherapeutischen Schulen* (S. 479–616). Paderborn: Junfermann.

Petzold, H. G. (1994b). Zur Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten für Integrative Leib- und Bewegungstherapie. In R. Frühmann & H. G. Petzold (Hrsg.), *Lehrjahre der Seele. Lehranalyse, Selbsterfahrung, Eigentherapie in den psychotherapeutischen Schulen* (S. 303-330). Paderborn: Junfermann.

Petzold, H. G. (2009). Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis (Chartacolloquium III). *Polyloge*, 9(14), 80-140. Zugriff am 08.10.2013. Verfügbar unter http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold_2001o_charta_Coll_polyloge_14_2009.pdf

- Petzold, H. G. & Orth, I. (1993). Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung. *Integrative Therapie*, 19(1-2), 95-153.
- Petzold, H., Hass, W. & Märtens, M. (1998) Qualitätssicherung durch Evaluation in der Psychotherapie-Ausbildung. Ein Beitrag aus dem Bereich der Integrativen Therapie. In A. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie – Ein Werkstattbuch* (S. 683-713). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Petzold, H. G. & Steffan, A. (1999). Selbsterfahrung in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen – empirische Perspektiven aus der Sicht der Integrativen Therapie. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie – Empirische Befunde* (S. 297-327). Tübingen: DGVT.
- Petzold, H. G. & Sieper, J. (2008). Integrative Willenstherapie. Teil II: Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen. In H. G. Petzold & J. Sieper (Hrsg.), *Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Bd. 2: Psychotherapie des Willens. Theorie, Methoden und Praxis* (S. 473-592). Bielefeld: Aisthesis.
- Pfaefflin, F. & Kächele, H. (2000). Müssen Therapeuten diagnostiziert werden? In O. F. Kernberg & D. Birnbacher (Hrsg.), *Über Therapeuten* (Reihe: Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie, Bd. 4,2; S. 88-94). Stuttgart: Schattauer.
- Pope, K. S. & Tabachnick, B. G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research & Practice*, 25(3), 247-258.
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (1983). Contemporary psychotherapists: A national survey of characteristics, practices, orientations, and attitudes. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20(2), 161-173.
- Rake, C. & Paley, G. (2009). Personal therapy for psychotherapists: The impact on therapeutic practice. A qualitative study using interpretative phenomenological analysis. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, 15(3), 275-294.
- Reich, G. (2005). Psychotherapeuten und ihre Familien. In O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.), *Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf* (S. 164-172). Stuttgart: Schattauer.
- Reimer, Ch. (1994) Lebensqualität von Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* (39), 73-78
- Rief, W., Freyberger, H. J. & Sartory, G. (2009). Macht Selbsterfahrung bessere Psychotherapeuten? Pro und Contra. *Verhaltenstherapie*, 19(1), 53-55.
- Rizq, R. & Target, M. (2008). 'The power of being seen': an interpretative phenomenological analysis of how experienced counselling psychologists describe the meaning and significance of personal therapy in clinical practice. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36(2), 131-153.
- Rizq, R. & Target, M. (2010a). 'If that's what I need, it could be what someone else needs.' Exploring the role of attachment and reflective function in counselling psychologists' accounts of how they use personal therapy in clinical practice: a mixed methods study. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38(4), 459-481.

- Rizq, R. & Target, M. (2010b). 'We had a constant battle'. The role of attachment status in counselling psychologists' experiences of personal therapy: Some results from a mixed-methods study. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(4), 343-369.
- Rizq, R. (2011). Personal therapy in psychotherapeutic training: Current research and future directions. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 175-185.
- Rønnestad, M. H. & Ladany, N. (2006). The impact of psychotherapy training: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 16(3), 261-267.
- Rudolf, G. (2005). Symptome und Einstellungen von Psychotherapeuten. In O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.), *Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf* (S. 123-132). Stuttgart: Schattauer.
- Schlögl, P. (2009a). Lernergebnisorientierte Lernniveaus in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen – eine ex ante Prüfung auf Machbarkeit und Funktionalität. In J. Markovitsch (Hrsg.), *Der Nationale Qualifikationsrahmen in Österreich. Beiträge zur Entwicklung* (S. 227-240). Wien.
- Schlögl, W. (2009b). Patientenverfügung und Sterbehilfe: Ende des individuellen Selbstbestimmungsrechts? *Ethica: Wissenschaft und Verantwortung*, 17(2), 99-116.
- Schmelzer, D. (1994). Zur Bedeutung von „Selbsterfahrung“, „Selbstreflexion“ und „Selbstmodifikation“ in der Ausbildung von Verhaltenstherapeuten. In R. Frühmann & H. G. Petzold (Hrsg.), *Lehrjahre der Seele. Lehranalyse, Selbsterfahrung, Eigentherapie in den psychotherapeutischen Schulen* (S. 257-302). Paderborn: Junfermann.
- Schmelzer, D. (1996). Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Grunderfordernis, Luxus oder notwendiges Übel? In M. H. Bruch & N. Hoffmann (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* (S. 125-194). Berlin: Springer.
- Schön, K., Frank, R. & Vaitl, D. (1998). Wenn Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer mit ihrer Selbsterfahrung zufrieden sind: Zum prognostischen Aussagewert der Zufriedenheitsbeurteilung. *Verhaltenstherapie*, 8(4), 279-285.
- Schröder, M. & Gahleitner, S. B. (2012). Forschung an der Schnittstelle von Psychiatrie und Sozialer Arbeit. In S. Schlüter-Müller, M. Schmid, K. Rensch & M. Tetzler (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 128-141). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schulze-Krüdener, J. & Homfeldt, H. G. (2002). Praktikum im Diplomstudiengang Erziehungswissenschaft. In H.-U. Otto, T. Rauschenbach & P. Vogel (Hrsg.), *Erziehungswissenschaft in Studium und Beruf. Band 2: Lehre und Studium* (S. 127-142). Opladen: Leske + Budrich.
- Schweppe, C. (2000). Biographie und Studium. Lebensgeschichten von Studierenden des Diplomstudiengangs Pädagogik/Studienrichtung Sozialpädagogik. In H. G. Homfeldt & J. Schulze-Krüdener (Hrsg.), *Wissen und Nichtwissen. Herausforderungen für Soziale Arbeit in der Wissensgesellschaft* (S. 111-126). Weinheim: Juventa.
- Seifert, T. & Waiblinger, A. (Hrsg.) (1986). *Therapie und Selbsterfahrung. Einblick in die wichtigsten Methoden*. Stuttgart: Kreuz.

Seipel, K. H. & Döring-Seipel, E. (1998). Wem oder was nützt Selbsterfahrung? Von den Schwierigkeiten mit der Lernzielkontrolle. In H. Lieb (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten. Konzepte, Praxis, Forschung* (S. 45-55). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.

Society for Psychotherapy Research (2013). *The SPR Interest Section on Therapist Training and Development has been formed*. Zugriff am 16.10.2012. Verfügbar unter <http://www.psychotherapyresearch.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=334>

Sommerfeld, P. (2010). Entwicklung und Perspektiven der Sozialen Arbeit als Disziplin. In S. B. Gahleitner, H. Effinger, B. Kraus, I. Miethe, S. Stövesand & J. Sagebiel (Hrsg.), *Disziplin und Profession Sozialer Arbeit. Entwicklungen und Perspektiven* (S. 29-44). Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Strauß, B. & Freyberger, H. J. (2009). Ausbildungsforschung in der Psychotherapie: Ergebnisse des Forschungsgutachtens (Editorial). *Psychotherapeut*, 54(6), 409-410.

Strauß, B. & Kohl, S. (2009). Themen der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 6, 411-426.

Strauß, B. & Kohl, S. (2009a). Entwicklung der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung in europäischen Ländern. Ergebnisse einer Expertenbefragung. *Psychotherapeut*, 54(6), 457-464.

Strauß, B. & Kohl, S. (2009b). Themen der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 54(6), 411-426.

Strauß, B. & Wittmann, W. W. (2012). Psychotherapieforschung: Grundlagen und Ergebnisse. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (5., vollständig überarbeitete Auflage, S. 725-745). Stuttgart: Thieme.

Strupp, H. H. (1955). The effect of the psychotherapist's personal analysis upon his techniques. *Journal of Consulting Psychology*, 19(3), 197-204.

Strupp, H. H., Hadley, S. W. & Gomes-Schwartz, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse: An analysis of the problem of negative effects*. Montvale, NJ: Aronson.

Sulz, S. K. D. (2012). Die Ausbildung, Weiterbildung und Supervision von Psychotherapeuten unter der Risikovermeidungsperspektive. In M. Linden & B. Strauß (Hrsg.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (S. 183-199). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Taubner, S., Zimmermann, J., Kächele, H., Möller, H., & Sell, C. (2012). *The Relationship of Introject Affiliation and Personal Therapy to Trainee Self-Efficacy: A Longitudinal Study Among Psychotherapy Trainees*. Psychotherapy. Zugriff am 17.03.2014. Verfügbar unter doi: 10.1037/a0029819.

Thiel, K. (2010). *Supervision und Selbsterfahrung in der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Probleme und*

Verbesserungsvorschläge aus Sicht der Lehrkräfte. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Jena: Friedrich-Schiller-Universität, Universitätsklinikum.

Vazire, S. & Wilson, T. D. (Eds.) (2012). *Handbook of self-knowledge.* New York: Guilford.

Waiblinger, A. & Seifert, T. (1986). Vorwort. In T. Seifert & A. Waiblinger (Hrsg.), *Therapie und Selbsterfahrung. Einblick in die wichtigsten Methoden* (S. 7-8). Stuttgart: Kreuz.

Walch, S. (2000). Selbst. In G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (S. 620-621). Wien: Springer.

Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. & Lambert, M. J. (2009). *Are all psychotherapists from Lake Wobegon? An investigation of self-assessment bias in mental health providers.* Unveröffentlichtes Manuskript.

Wampold, B. E. & Brown, G. S. (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.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Weinhold, K. & Nestmann, F. (2012). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Übergängen. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (Reihe: Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 4; S. 52-67). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Weissman, M. M., Verdeli, H., Gameroff, M. J., Bledsoe, S. E., Betts, K., Mufson, L., Fitterling, H. & Wickramaratne, P. (2006). National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work. *Archives of General Psychiatry*, 63(8), 925-934.

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.

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Therapieverfahren der Gruppendiskussion mit 21 (Lehr-)PsychotherapeutInnen	32
Tab. 2	Therapieverfahren der Gruppendiskussionen mit 14 PsychotherapeutInnen i.A.u.S. (in Ausbildung unter Supervision), ein Verfahren doppelt besetzt	33
Tab. 3	Alter in Jahren; Geschlecht der Stichprobe – Angaben in absoluten Häufigkeiten (Prozent)	37
Tab. 4	Psychotherapeutische Orientierung der Stichprobe – Angaben in absoluten Häufigkeiten	38
Tab. 5.	Psychotherapeutische Tätigkeit in Wochenstunden	38
Tab. 6	Eigene Darstellung (nach einer Tabelle des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur & Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, 2011, S. 65).	58
Tab. 7	Eigene Darstellung (nach einer Tabelle des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur & Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, 2011, S. 65).	60
Tab. 8	Zusammenhänge zwischen der Einstellung zur Dosis der Einzelselbsterfahrung und anderen Variablen	97
Tab. 9	Zusammenhänge zwischen der Einstellung zur Dosis der Gruppenselbsterfahrung und anderen Variablen	98
Tab. 10	Zusammenhänge zwischen dem summierten subjektiven Bedarf an Einzel- und Gruppen-selbsterfahrung und den Skalen BSCL, nach Kohorten	100

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Untersuchungsdesign	31
Abb. 2	Erklärungsmodell zum subjektiven Stellenwert der Selbsterfahrung in Anlehnung an Strauß und Kohl (2009, S. 412)	43
Abb. 3	Allgemeiner Nutzen der Einzelselbsterfahrung („100“ = höchstmöglicher Nutzen, „0“ = kein Nutzen)	71
Abb. 4	Nutzen der Einzelselbsterfahrung für den Bereich der psychotherapeutischen Technik („100“ = höchstmöglicher Nutzen, „0“ = kein Nutzen) – Angaben in Prozent	72
Abb. 5	Nutzen der Einzelselbsterfahrung für den Bereich der psychotherapeutischen Beziehung („100“ = höchstmöglicher Nutzen, „0“ = kein Nutzen) – Angaben in Prozent	73
Abb. 6	Interaktionsdiagramm bzgl. der generellen Wichtigkeit von Einzelselbsterfahrung („100“ = höchstmöglicher Nutzen, „0“ = kein Nutzen) – Angaben in Prozent	74
Abb. 7	Interaktionsdiagramm – Einfluss der Einzeltherapie auf die Persönlichkeitsentwicklung („100“ = höchstmöglicher Nutzen, „0“ = kein Nutzen) – Angaben in Prozent	76
Abb. 8	Allgemeiner Nutzen der Gruppenselbsterfahrung („100“ = höchstmöglicher Nutzen, „0“ = kein Nutzen) – Angaben in Prozent	77
Abb. 9	Nutzen der Gruppenselbsterfahrung für den Bereich der psychotherapeutischen Technik („100“ = höchstmöglicher Nutzen, „0“ = kein Nutzen) – Angaben in Prozent	78
Abb. 10	Nutzen der Gruppenselbsterfahrung für den Bereich der psychotherapeutischen Beziehung („100“ = höchstmöglicher Nutzen, „0“ = kein Nutzen) – Angaben in Prozent	79
Abb. 11	Interaktionsdiagramm bzgl. der generellen Wichtigkeit von Gruppenselbsterfahrung („100“ = höchstmöglicher Nutzen, „0“ = kein Nutzen) – Angaben in Prozent	81
Abb. 12	Interaktionsdiagramm – Einfluss der Gruppentherapie auf die Persönlichkeitsentwicklung („100“ = höchstmöglicher Nutzen, „0“ = kein Nutzen) – Angaben in Prozent	82
Abb. 13	Interaktionsdiagramm – absolvierte Einzelselbsterfahrung in Stunden	84
Abb. 14	Interaktionsdiagramm – vorgegebene Mindestdosis an Einzelselbsterfahrung in Stunden	86

Abb. 15	Interaktionsdiagramm – als sinnvoll erlebte Einzelselbsterfahrungsdosis in Stunden	87
Abb. 16	Interaktionsdiagramm – Bedarf an Einzelselbsterfahrung in Stunden	89
Abb. 17	Interaktionsdiagramm – absolvierte Gruppenselbsterfahrung in Stunden	91
Abb. 18	Interaktionsdiagramm – vorgegebene Mindestdosis an Gruppenselbsterfahrung in Stunden	92
Abb. 19	Interaktionsdiagramm – als sinnvoll erlebte Gruppenselbsterfahrungsdosis in Stunden	94
Abb. 20	Interaktionsdiagramm – Bedarf an Gruppenselbsterfahrungsdosis in Stunden	95
Abb. 21	Belastung im Vergleich der Gruppen (GSI = General Severity Index)	99
Abb. 22	Allgemeiner Nutzen der Einzelselbsterfahrung für Psy-3-KandidatInnen („100“ = höchstmöglicher Einfluss, „0“ = kein Einfluss) – Angaben in Prozent	102
Abb. 23	Allgemeiner Nutzen der Gruppenselbsterfahrung für Psy-3-KandidatInnen („100“ = höchstmöglicher Einfluss, „0“ = kein Einfluss) – Angaben in Prozent	103
Abb. 24	Bedarf an Einzelselbsterfahrungsdosis für Psy-3-KandidatInnen in Stunden	104
Abb. 25	Bedarf an Gruppenselbsterfahrungsdosis für Psy-3-KandidatInnen in Stunden	105
Abb. 26	Erklärungsmodell zum subjektiven Stellenwert der Selbsterfahrung in Anlehnung an Strauß und Kohl (2009b, S. 412; siehe oben, qualitativer Ergebnisteil)	109

Anhang

Therapieverfahren in Österreich (zum Zeitpunkt der Erhebung)	
Tiefenpsychologisch- psychodynamische Orientierung Psychoanalytische Methoden	Analytische Psychologie (AP)
	Gruppenpsychoanalyse (GP)
	Individualpsychologie (IP)
	Psychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie (PA)
Tiefenpsychologisch-psycho- dynamische Orientierung Tiefenpsychologisch fundierte Methoden	Autogene Psychotherapie (ATP)
	Daseinsanalyse (DA)
	Dynamische Gruppenpsychotherapie (DG)
	Hypnosepsychotherapie (HY)
	Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)
	Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)
	Transaktionsanalytische Psychotherapie (TA)
Humanistisch-existenzielle Orientierung	Existenzanalyse (E)
	Existenzanalyse und Logotherapie (EL)
	Gestalttheoretische Psychotherapie (GTP)
	Integrative Gestalttherapie (IG)
	Integrative Therapie (IT)
	Klientenzentrierte Psychotherapie (KP)
	Personenzentrierte Psychotherapie (PP)
	Psychodrama (PD)
Systemische Orientierung	Neuro-Linguistische Psychotherapie (NLPT)
	Systemische Familientherapie (SF)
Verhaltenstherapeutische Orientierung	Verhaltenstherapie (VT)



Die Rolle der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung

Eine Erhebung des Departments für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit der Donau-Universität Krems
(Jänner/Februar 2012)

Kontakt:

Donau-Universität Krems

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

Dr. Katharina Gerlich, katharina.gerlich@donau-uni.ac.at, 02732/893 26 76

Mag. Alexandra Koschier, alexandra.koschier@donau-uni.ac.at, 02732/893 26 73

Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30

3500 Krems

Sehr geehrte Damen und Herren!

Unserem Forschungsteam vom Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau Universität Krems liegt die Psychotherapie und deren Ausbildung besonders am Herzen. Im Rahmen unseres Forschungsprojektes „Die Rolle der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung“ möchten wir zur Qualität, Wirksamkeit und guten Praxis der Psychotherapie und Psychotherapieausbildung beitragen. Nachdem wir bereits Gruppendiskussionen zu diesem Thema durchgeführt haben, wollen wir nun mithilfe von Fragebögen eine größere Anzahl an Menschen erreichen. Ziel ist es, Einblicke in die Wirkung der Selbsterfahrung zu erhalten, insbesondere deren Auswirkung auf die Qualität von Psychotherapie und Psychotherapieausbildung.

Und dafür brauchen wir Ihre Unterstützung!

In diesem Kuvert befinden sich nun zwei Fragebögen, einer mit der Überschrift „Selbsterfahrung“ und ein zweiter mit dem Namen „BSCL“. Das Forschungsteam bittet Sie, die **beiden Fragebögen** ohne fremde Hilfe auszufüllen.

Das Layout des ersten Fragebogens zum Thema der Selbsterfahrung wurde von einem an der Donau-Universität gebräuchlichen Evaluierungssystem (EvaSys) übernommen, welches uns ermöglicht, Ihre Antworten direkt per Computer einzuscannen. Der zweite Fragebogen ist ein bereits standardisierter Fragebogen zu Belastungen.

Und so wird's gemacht ...

1. Lesen Sie die folgenden Fragen aufmerksam durch und **lassen Sie beim Bearbeiten keine aus**.
2. **Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten**. Überlegen Sie bitte nicht, welche Antwort den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich am besten zutrifft.
3. Falls Sie Ihre Meinung nach dem Ankreuzen einmal geändert haben, übermalen Sie diese Antwort bitte und kreuzen die zutreffende(n) Antwort(en) an.
4. Das Ausfüllen der Fragebögen dauert ca. **15 Minuten**.
5. Stecken Sie anschließend die beiden Fragebögen in das beigelegte Kuvert und werfen Sie es bitte bis spätestens **12.04.2012** in den Postkasten. So können wir Ihnen **Anonymität gewährleisten**, d.h. es ist uns nicht möglich, aufgrund der beantworteten Fragebögen Rückschlüsse auf Ihre Person zu ziehen. Das Porto übernehmen wir.

Herzlichen Dank für Ihre Hilfe!



Univ.-Prof. Dr. Anton Leitner

Qualitative Ergebnisse im Original

Soziales Umfeld, S. 45f.

FFF: Durch die Selbsterfahrung ich bin draufgekommen, dass ich oder das war natürlich ein Prozess, aber es hat ich hab immer mehr geschaut dann immer was passt zu mir, was will ich eigentlich wirklich oder ich bin auf einmal mein Umfeld hat da so gesagt: hey, was bist denn so komisch, ja? Also das war das erste, dass meine Brüder also ich hab zwei Brüder, die gesagt haben: du bist heut schon wieder so komisch, jetzt warst da in der Selbsterfahrung in einer will ich oder dumme Geschichte will ich heut zu einem Festl gehen oder will ich dort nicht hin? Wie lang will ich oder sobald meine Unterhaltung nicht mehr getaugt hat, hab ich gesagt: hey du puh irgendwie das wird jetzt ein bisschen zach, jetzt geh ich (lacht). Und ich habe auch gemerkt, dass ich bei diesen small talk Geschichten so wenn du jemanden getroffen hast auf der Straße so echt gesagt hast wie es dir auf einmal wirklich geht, ja? Und der der hat eigentlich erwartet, ja du hörst, sagst: ja, du mir gehts eh ursuper, urcool. Und ich hab mir gedacht eigentlich puh du hast mir, ich hab dich ein halbes Jahr nicht gesehen und ich weiß jetzt nicht, was wir tun sollen (lacht), was soll ich dir erzählen ja? Wieso, was ist, was hast denn jetzt, ja? Dass man einfach mehr, man fangt da irgendwie durch die Selbsterfahrung selber an so ein bisschen mehr auf sich selber zu schauen: passt das oder passt das nicht mehr? Und sobald das man aber, dass die ersten paar Mal rückmeldet kommt totale Irritation zurück vom Umfeld: also, ww was ist jetzt los oder so? Und dann gibts aber nur ganz, ganz wenige, die sagen: okay, der das ist halt so. Und dann gibts wieder die die total irritiert sind: total komisch na irgendwie der ist unlustiger.

Und in ihrer ganzen Bewusstheit, in der Kommunikation und Interaktion mit anderen Menschen also dass einfach spürbar ist, dass das ein starke, bewusst im hier und jetzt befindliche Persönlichkeit ist. (GD2 10-06-2011.rtf)

Arbeit mit PatientInnen, S. 46

Das heißt in völlig neuen Situationen (lacht) sich darauf einstellen zu können und ausreichend Möglichkeiten, Ressourcen wie auch immer das dann heißt, zu haben das zu bewältigen und nicht nach dem null acht fünfzehn Muster das sozusagen von klein gelernt wurde das zu bewältigen, wie man nach sozusagen nach den gleichen Lösungsstrategien und das würd ich sagen nicht, das ist sicher, ganz egal in welcher Methode jemand Selbsterfahrung das sollten aber unabhängig von der Methode nicht alle Ausbildungsselbsterfahrungsmodelle eigentlich diese Flexibilität zu erhöhen und die dann auch zu beweisen ist. (GD6 06-04-2011.rtf - 6:61)

Positive Effekte, S. 48f.

Und in ihrer ganzen Bewusstheit, in der Kommunikation und Interaktion mit anderen Menschen also dass einfach spürbar ist, dass das ein starke, bewusst im hier und jetzt befindliche Persönlichkeit ist. (GD3 18-03-2011.rtf - 3:82)

Negative Effekte, S. 50

Also bei uns ist das schon sehr wohl, könnt ich mir nicht anders vorstellen von meiner Lehranalyse. Warum war das nicht möglich auf diese frühen Traumatisierungen so einzugehen? Na, es hätte mich einfach interessiert, weil Sie sagen: kann eine Psychotherapie, würde ich nicht vorschlagen, weil bei uns wars nicht, also bei mir wars nicht so, weiß auch das von den Kollegen. DDD: Na, vielleicht hätt ich mir manchmal gewünscht, dass da auch ich denke mir also da es setzt eine gewisse Robustheit voraus, damit man so etwas aushält, ja? Also das AAA: Vom Lehrtherapeuten. DDD: Nein, von dem Ausbildungskandidaten wird schon eine gewisse Robustheit auch erwartet, die man sonst also die ich sonst einer einem Klienten nicht in der Weise zumuten würde FFF: Durch die Selbsterfahrung ich bin draufgekommen, dass ich oder das war natürlich ein AAA: Aha und das DDD: das meine ich. Was ja auch okay ist, ich denk mir, das ist ja auch eine Voraussetzung dass manAAA: Aber eigentlich kann mas nicht voraussetzen. Auf was hinaus? Finde ich. CCC: Vor allem Schutz bräuchte man. (GD1 04-06-2011.rtf - 1:25)

Fallvignette: Persönlicher Input im praktischen Tun, S. 52f.

Klienten die, die die mich sehr berühren, ja, von ihrer Geschichte, die vielleicht meiner auch

manchmal sehr ähnlich ist und wo das dann wirklich ganz konkret hilfreich war, in meiner Lehrtherapie dann ähm, einen wohlwollenden Umgang damit erlebt zu haben. Also dass ich das Gefühl gehabt habe, meine Therapeutin, ähm, geht wohlwollend damit um und kann irgendetwas damit auch anfangen oder, oder haltet mich auch aus oder was auch immer in der Richtung und da erleb ich's dann auch unmittelbar, also da ist das dann auch so teilweise wirklich so wo ich's abkuffere so quasi was ich bei ihr gelernt hab ähm zu erleben, bei, wenn sie mich aushaltet lern ich mich auch auszuhalten so auf die Art und des, des also da hab ich das Gefühl, ja das kann ich dann auch leichter dann bei meinen Klienten aushalten, wenn zum Beispiel so eine ähnliche Geschichte ist und, und so eine ähnliche Emotionalität (Interview1 SE_T172.rtf - 1:6)

Fallvignette: Methode erleben, S. 53

Und vor allem auch, weil wir, du selbst als späterer Therapeut/Therapeutin dann ähm selbst in dieser Situation gewesen zu sein auf der anderen Seite vom Tisch gesessen zu sein glaub ich auch enorm wichtig ist um, um sich ah, um sich auch in den, in den Patienten/Klienten gegenüber einfühlen zu können, ja. Sonst ist ja auch eine sehr, also wäre es möglich, dass man, dass man sich sehr, wie soll ich sagen, sich sehr raushält, nicht und das so sehr außen vor macht, na, in der Arbeit jetzt. Und soweit ich das bis jetzt verstanden habe, geht's in der IT eben nicht darum, sich so sehr analytisch zurückzunehmen, sich ähm ganz nur zurückzuhalten, ja sondern einfach sehr wohl auch mit, mit Engagement und Einsatz dabei zu sein, ja. Natürlich mit allem angemessenen Abstand und Distanz wie es bedarf, ja aber, dennoch, und dafür glaub ich ist es einfach ganz wichtig, einfach auch auf der anderen Seiten die andere Rolle innegehabt zu haben, ja, ja, das ist glaub ich ganz, ganz ein wichtiger Aspekt. (Interview6 SE_A377.rtf - 6:2)

Fallvignette: Interventionen umsetzen, S. 54

... vor kurzem hab ich eine Selbsterfahrung gemacht in YOrt bei der XY die mit Träumen arbeitet und da hab ich mich zu Verfügung gestellt einen Traum von mir einzubringen weil ich mir gedacht habe der ist zwar total schwachsinnig aber immerhin habe ich ihn in der Nacht davor gehabt und sie hat mit mir mit dem Traum gearbeitet mit dem Resultat dass ich ganz baff war was da alles drinnen war. ich hab vorher schon gewusst, wir Klientenzentrierten können super gut mit Träumen arbeiten, hab's aber nie gemacht und wenn ich's gemacht habe dann lief's irgendwie nicht gescheit, ich bin nicht weitergekommen, ja. Und das war ein ganzer Tag Thema Träume und Selbsterfahrung, der mir so viel gebracht hat, dass ich das seitdem erst anwende und zwar erfolgreich und sicher. Da hat's also noch mehr Selbsterfahrung und mehr Input gebraucht als ich in meiner bisherigen Ausbildung gekriegt habe und es hat eine direkte Auswirkung gehabt, abgesehen davon, dass interessanterweise gleich in der Woche drauf zwei Leute mit Träumen kommen sind, ah, und ich das dann gleich angewendet habe, ist es halt seitdem immer wieder vorgekommen, heute erst, das war interessant, ja. (Interview7 SE_A434.rtf - 7:14)

Fallvignette: Sicherheit erlangen, S. 54f.

Im Tun? Gut! Gut, also natürlich, es ist im Tun (Stöhnt) immer, es wird immer besser, ich glaub es wird immer mehr, gibt immer mehr, kommt immer mehr ah Sicherheit dann dazu, ja. Also wenn immer wieder eine, mit jeder Gruppe, jetzt bin ich ja doch schon eineinhalb Jahre in YOrt als Co in der Gruppe drinnen, mit jeder Gruppe, die sind so sechs Wochen da, mit jedem Turnus, ja, wieder etwas neues gelernt zu haben und ähm kommt auch mehr, mehr Selbstsicherheit, ja. Was jetzt nicht Abgehobenheit heißt, aber so ein Stück „Ja, ok, ich kann dem, ich bin der Situation begegnet, die ist raus aus der Gruppe und hat zu schreien begonnen, ich bin ihr hinterher und sie ist nicht bei der Tür rausgelaufen auf die Straße gelaufen, ich hab sie zurückgeholt“, ja, also, all diese auch diese durchaus krisenhaften Situationen einmal erlebt zu haben, ok, gut, „Ich hab sie erlebt, ich hab sie überlebt“, es ist gut gegangen ja., und das gibt, ah, gibt einfach ein Stück Sicherheit, ja. (SE_A377.rtf - 6:8)

„Es ist nicht genug, zu wissen ... “ – KENNTNISSE.

3) Personale/ Kommunikative Fundierung.

Die eigene Persönlichkeit erkennen, S. 60

hier haben wir ganz bestimmte Kriterien nach denen wir sie auswählen und zwar wir schauen

auf ein ja natürlich wie kann ich das operationalisieren auf ein ausreichendes Nahsein-Beziehungsfähigkeit. Das natürlich wir haben drei Aufnahmegespräche bezüg beziehungsweise ein Auswahlseminar und in der gemeinsamen Auseinandersetzung die auch Lehrende, die diese Gespräche führen schauen wir dann, ist das für uns einmal für den Beginn ausreichend. (SE-GD3 18-03-2011.rtf - 3:4)

Passung wär für mich die Qualität der Beziehung, die ja für mich ein ganz entscheidender Faktor für die Therapie ist und das ist doch schon etwas Wichtiges also insofern ist Selbsterfahrung die die Eigentherapie insofern ganz notwendig für die Methodik, wenn ichs so verstanden hab. (SE-GD3 18-03-2011.rtf - 3:51)

4) Fachliche Identität/Werte

Kenntnisse über Reflexion und Selbstreflexion erwerben, S. 60f.

Was ich auch denke dass das psychosoziale Verständnis wo an sich insgesamt massiv angehoben wird werden soll und wird natürlich nicht bis in was weiß ich ist das natürlich nicht abgeschlossen mit der Ausbildung, aber ich seh da schon irgendwie die Grundlage für einen lebenslanglich weiteren Prozess (SE-GD6 06-04-2011.rtf - 6:14).

„ ... man muss auch anwenden ... “ – FERTIGKEITEN

1) Theoriewissen und -fundierung Ausprobieren, S. 61

Ich persönlich bin nicht der Meinung, dass es dass man das alles integrieren muss, ja? Und auch von meiner Methode der Verhaltenstherapie hergesehen, bin ich nicht der Meinung, dass das notwendig ist, das zu integrieren. Ich glaube schon, dass man wenn man Methoden anwendet wie zum Beispiel Angsttherapiemethoden oder achtsamkeitsbasierte Methoden oder Aktivierungsmethoden bei Depression oder so, dass man das selbst erlebt haben soll und dass man in seiner Gruppe oder in in der Einzelselbsterfahrung auch solche Übungen oder in der Ausbildung solche Übungen gemacht haben soll, um wirklich auch quasi von von der methodischen Finesse hergesehen zu wissen, wann setz ich was ein und wie, aber man muss auch gleichzeitig immer wieder auch reflektieren und immer wieder nachlesen wie ist das lege artis, wie macht man das, ja? Wie macht man eine Konfrontation bei einer Höhenphobikerin oder bei einer Patientin mit einer Panikattacke? (SE-GD4 29-03-2011.rtf - 4:29)

2) Instrumentale Fundierung Modellwirkung, Methoden und Techniken festigen, S. 61f.

egal im welchen Rahmen jetzt ob das eine Gruppe ist oder ein Einzelsetting und was auch immer, das ja das auch ein gewisses ja so ein role-model bietet, ja, wo ich mir denke, das ist ja eigentlich auch ein guter Effekt, ja den man da irgendwie mitnimmt, dass man sich sehr wohl damit irgendwie konfrontiert und sich überlegen muss also welche Sorte Therapeutin bin denn ich oder wie mach denn ich das mit meinen Klienten, wie sprech' ich mit denen? Beginnt bei ganz banalen Äußerlichkeiten, wie richt' ich mein Zimmer ein oder wie will ich's denn haben und was also was ist denn so meins, ja? Und da hab ich das immer sehr wertvoll gefunden einfach unterschiedliche Dinge zu sehen. Unterschiedliche Personen in unterschiedlichen Settings ja also das hat sicher auch dazu beigetragen irgendwie sein Eigenes zu formen, denke ich. (SE-Absolv-GD3 02-09-2011.rtf - 3:19)

S. 62: Ich glaub einfach, dass eine Anwendung einer Technik erst dann wirklich also dass man eine Technik erst wirklich dann gut anwenden kann, wenn man sie am eigenen Leib wirklich erfahren hat. (SE-Absolv-GD3 02-09-2011.rtf - 3:27)

S. 62: Also die wissen, welche Fff Technikschrte also bei is a sehr viel Technik auch dabei also zum Beispiel der Rollentausch, wann i was mach oder wie die Interventionstechniken, die verschieden aussehen. Des is anfach wie des wird einfach integriert in der Selbsterfahrung erlebt, na. Und ähm und daher is des so is des ein wesentlicher Bestandteil, dass man die Methode überhaupt kann bei uns. Die kann man gar nicht kognitiv lernen. (SE-GD2 07-03-2011.rtf - 2:122).

Handlungsmöglichkeiten erweitern, S. 62f.

Quasi umzuschalten, aber das ist genau die spannende Frage: hat er hat er diese diese Fähigkeiten auch andere Persönlichkeitsanteile, Muster oder flexibel in si zur Situationsbewältigung

oder Verarbeitung, Bearbeitung einzusetzen oder hat er diese Fähigkeit nicht, ist er so fixiert darauf, dass er gar nicht weg kann von diesem von klein auf erlernten Verhaltensmuster nicht? Also ich stimme dir ganz zu also ein Minimum also ein ordentliches Minimum an Flexibilität und Spontanität würdest du eigentlich von jeder Methode fordern. (SE-GD6 06-04-2011.rtf - 6:62.)

3) Personale/Kommunikative Fundierung Therapeutische Beziehungen gestalten, S. 63

das Andere ist für mich so gewesen, was braucht es besonderes für diesen Beruf? Ich kann ich kann sehr viele Ressourcen schon mitentwickelt haben, kann drei Kinder wie Sie gesagt haben, schon großgezogen haben und dennoch ist es aus meiner Sicht nicht ausreichend den Beruf einer Psychotherapeutin auszuüben, weil ich dort in einem ganz eigenartigen Setting, zum Einen eine hohe Beziehungsarbeit leiste und zum Anderen eine eine eine hohe Arbeit auch an an darauf hinzuschauen, zu analysieren, ist etwas sehr Ungewöhnliches im Grunde genommen, in eine Beziehung ganz intensiv hineinzugehen und gleichzeitig sie professionell zu gestalten also die Grenzen klar zu halten. (SE-GD3 18-03-2011.rtf - 3:35)

4) Fachliche Identität/ WerteDifferenzieren zwischen Selbst und Anderen, S. 63f.

Wir die ist jetzt fünf oder sechs Stunden bei mir, sie sagt, also nicht mich betreffend, sondern mit der Methode, sagt: sie hat noch nie diese Dinge erlebt, die wir machen, auf die Straße gehen, bei Höhen, zwölf Meter runterschauen vom dritten Stock auf ins Parterre und dann einen Angstanfall kriegen und den miteinander durchzustehen, das verlangt natürlich schon auch Selbsterfahrung als Therapeut, wie geh ich mit dieser Situation um? Ich muss ja die auch angreifen, wie ist es mit körperlicher Berührung, wo sind meine Grenzen und und Gegenübertragungsgeschichten, die hier laufen, das muss man ja auch irgendwo auch verarbeiten und reflektieren ich denke auch in der Ausbildung und das sind schon wichtige Kompetenzen, die man in der Selbsterfahrung, aber auch in der methodenbezogenen Ausbildung lernt. (SE-GD4 29-03-2011.rtf - 4:31)

S. 64: ich denke es ist eine gute Möglichkeit über die die Beschreibung also über die die Reaktionen auf das Gegenüber auf die andere Person, diese Unterscheidung was nehme ich was nehme ich von meinem Gegenüber wahr, wie weit kann ichs doch unterscheiden auch von meinem Eigenen, das ich projiziere beispielsweise, das wäre also eine Kompetenz. (SE-GD5 05-04-2011.rtf - 5:10)

Eigenes Handeln reflektieren, S. 65

dass durch eine gute Eigentherapie einfach Missbrauch auf jeder Ebene, die es möglich wäre zu missbrauchen, verhindert wird, weils sehr viel früher schon eine Bewusstheit klar wird, eine Unterscheidung klar wird, ich reflektiere ja jede meine Äußerungen und Handlungen bewusst oder unbewusst, mach ichs jetzt fürn Klienten oder ist es eine Gefahr, dass ich etwas für mich mache dabei. (SE-GD3 18-03-2011.rtf - 3:67)

Habitus übernehmen, S. 65

Also so vom vom Jargon über den habitus bis zur Weltanschauung und leistet was für die Authentizität, dass man etwas was man selber in einem in einem langen Prozess erfahren hat und positiv erfahren hat auch relativ authentisch weitergeben kann, bis dahin, dass man natürlich am Anfang, wenn ich mich erinnere das sitzt und sich denkt: was was würde die und die jetzt tun, was wirklich eine Unterstützung ist am Beginn, ja? Denk ich das für eine wirkliche Identifikation mit den Verfahren auch im positiven Sinn. (SE-GD4 29-03-2011.rtf - 4:54)

Andere respektieren, wertschätzen, S. 65

Also das heißt diese wo also wo das Gegenüber auch wirklich spürt, weil das ist auch für die für die eigene Entwicklung ja auch ganz wichtig, wo kann wo kann mein Verhalten wo wird das wertgeschätzt so wie ich bin, das braucht es ist auch ein ein Punkt, den ich ja selber in der eigenen Selbsterfahrung ja auch lernen muss oder hoffentlich ja lerne, dass ich selber spüre, ich hab eine Wertschätzung da und dort erhalten und merke auch dieses ich werde als Person wertgeschätzt und das ist aber etwas was der Andere in der im therapeutischen Kontext dann auch wahrnehmen muss diese Klarheit egal was der auch für welche Unterschiede auch also was auch um Kongruenz geht und wo wo auch der Therapeut sich abgrenzen wird andere es geht nicht um bestimmte Wege, sondern die Person muss ja den eigenen Weg finden, aber

diese Wertschätzung, die andere Person auf diesem Weg begleiten zu können, ja? (SE-GD3 18-03-2011.rtf - 3:26)

„...es ist nicht genug, zu wollen, man muß auch tun.“ (Goethe, 1829) – KOMPETENZEN

2) Instrumentale Fundierung Methoden und Techniken sind gefestigt, S. 66

ein wesentlicher Aspekt in unserer Ausbildung ist auch das, dass man die eigene Methode in der Methode kennenlernen kann und erleben kann und erst dadurch verinnerlicht (SE-GD5 05-04-2011.rtf - 5:18)

Ja, beides und dass diese Nostalgie von unser Methodenhaus und so weiter ist ist gut und ist auch zu fördern, damit man so die eigene Methode auch weiterentwickelt, aber ja, also das find ich beides. (SE-GD1 01-03-2011.rtf - 1:89)

3) Personale/ Kommunikative Fundierung Beziehungskompetenz und Persönlichkeitsentwicklung sind gefestigt, S. 67

die dauert vier Jahre in verschiedenen Seminaren und Workshops immer wieder und beobachte es, also sie werden ruhiger, sie werden quasi gesetzter, sie werden reflektierter und reflexiver und sie haben erreichen ein eine bessere Einsichtsfähigkeit in psychische Probleme und gehen was für mich persönlich wichtig ist, aber da bin ich kein echter Verhaltenstherapeut, sie gehen von diesem von der Methodenebene weg, ja, auf die interpersonale Ebene und sind bereit zu akzeptieren, dass ein Teil der Therapie einfach auch über die Beziehung vermittelt wird. Beziehungsfähigkeit würd ich auch als ein Ergebnis aus meiner persönlichen Erfahrung sehen. (SE-GD4 29-03-2011.rtf - 4:16)

4) Fachliche Identität/ Werte

Reflexion der Wahrnehmung ist gefestigt, Reflexion des eigenen Handelns ist gefestigt, S. 67f.

dass überhaupt einmal ein Gefühl von Verantwortung entwickle, haben allerdings jetzt auch natürlich sehr wohl natürlich ist drinnen und das ist auch eine wichtige Voraussetzung auch für den Therapeuten auch das dann zu reflektieren also ich kann diese Verantwortung oder diese Haltung mit der kann ich mich nicht zufrieden geben, sondern ich muss sie dann auch in der konkreten Situation dann auch schauen, was passiert da eigentlich und dass ich auch dort dann spüre, was was hat das für für Bereiche, was hat das auch mit mir als Person zu tun also wie kann ich dort auch dazulernen (SE-GD6 06-04-2011.rtf - 6:114)

Flexibel sein ist gefestigt, S. 68

Und die Flexibilität zu erhalten letztlich auch nach fünf Jahren noch einmal zu sagen: das was ich vor fünf Jahren geglaubt habe, dass das das Richtige ist, passt heute in meines nicht mehr und ich tus noch mal (SE-GD1 01-03-2011.rtf - 1:24)

Auseinandersetzen mit der eigenen Profession und beginnende Weiterentwicklung, S. 68f.

Ja, da kann ich ganz zustimmen, weil ichs auch gemerkt habe im Laufe der Zeit, dass wenn ich Therapeutin war, dass ich manchmal so die eine Therapeutin in mir reden gehört habe und dann den anderen Therapeuten in mir reden gehört hab und dann aber mit der Zeit ich meine eigene Therapeutenpersönlichkeit herausgebildet habe, die schon angelehnt war an den Erfahrungen, die ich gemacht habe, aber die doch meines war. Und das ist schon eine spannende Entwicklung, die stattfindet. (SE-Absolv-GD3 02-09-2011.rtf - 3:20)

S. 68f.: Es ist schon ein prägender Teil, aber zugleich aus meiner Sicht, ist die Eigentherapie auch eine Möglichkeit oder eine der vielen Möglichkeiten, sich dann auch von dem eigenen Ansatz wieder so ein Stück weit ah zu distanzieren. Und es von der Aussichtswarte zu sehen, also sich da auch wieder reflektorisch damit zu beschäftigen. (SE-GD2 07-03-2011.rtf - 2:84)