

**Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie  
der Freien Universität Berlin**

**Zwischen Schulorientierung und  
Methodenintegration –  
Wie Verhaltenstherapeuten in Ausbildung ihr  
psychotherapeutisches Selbstverständnis  
entwickeln**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt von

Dipl.-Psych.

Sabine Wolff

**Erstgutachterin:** Prof. Dr. A. Auckenthaler

**Zweitgutachter:** Prof. Dr. M. Zaumseil

**Datum der Disputation:** 25.11.2009

## **DANKSAGUNG**

Der Text ist aus Datenschutzgründen entfernt worden.



# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Rechtliche und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen der Psychotherapieausbildung in Deutschland .....</b>	<b>4</b>
2.1.    Rechtliche Rahmenbedingungen der Psychotherapieausbildung seit dem Psychotherapeutengesetz .....	4
2.2.    Beschaffenheit der Ausbildungslandschaft in Deutschland – Fakten und Zahlen .....	5
2.3.    Forschungsgutachten zur Ausbildung zum PPT/KJP.....	7
2.4.    Zusammenfassung .....	9
<b>THEORETISCHER HINTERGRUND UND STAND DER FORSCHUNG .....</b>	<b>10</b>
<b>3. Die Person des Therapeuten – Von der vernachlässigten Störvariable zum sich professionalisierenden Subjekt .....</b>	<b>10</b>
3.1.    Der Therapeut als vernachlässigter Aspekt in der Psychotherapieforschung .....	10
3.2.    Der Therapeut als Wirkfaktor: Zusammenhänge von Therapeutenvariablen und Therapieerfolg .....	10
3.3.    Der Therapeut als sich entwickelndes Subjekt: Die professionelle Entwicklung von Therapeuten .....	12
3.3.1.    Theoretische Modelle zur professionellen Entwicklung von Therapeuten .....	13
3.3.2.    The Minnesota Study on Counselor and Therapist Development (Skovholt & Ronnestad).....	14
3.3.3.    The SPR International Study on the Development of Psychotherapists (Orlinsky et al.) .....	16
3.4.    Identität und Identitätsentwicklung: Anregungen aus Entwicklungspsychologie, Arbeitspsychologie & Soziologie.....	17
3.5.    Die Ausbildung von Therapeuten: Schwerpunkte und ausgewählte Ergebnisse der Ausbildungs-Forschung.....	21
3.6.    Zusammenfassung .....	26
<b>4. Die Verhaltenstherapie als sich verändernder Therapieansatz – Trends und Entwicklungen .....</b>	<b>27</b>
4.1.    Definition und historische Entwicklung: Drei „Wellen“ der Verhaltenstherapie ....	27
4.2.    Verbreitung und „Vorreiterstellung“ von Verhaltenstherapie in Forschung und Praxis .....	30
4.3.    Attraktivität von VT und Gründe für ihre Etablierung.....	32
4.4.    Zusammenfassung .....	33
<b>5. Methodenintegration – ein vieldiskutierter Vorschlag zum Umgang mit Pluralität in der Psychotherapie.....</b>	<b>34</b>
5.1.    Das Verhältnis verschiedener Therapieansätze zueinander .....	34
5.2.    Begriffsbestimmung: Methode, Schule, Verfahren, Ansatz, Richtung.....	36
5.3.    Integrative Konzepte der Psychotherapie .....	40
5.4.    Zweite Begriffsbestimmung: Integration & Eklektizismus.....	43
5.5.    Vor- und Nachteile von integrativer Psychotherapie – Eine langjährige Debatte....	45
5.5.1.    Argumente für eine integrative Psychotherapie .....	46

5.5.2.	Argumente für eine ansatzspezifische Psychotherapie .....	48
5.6.	Vermischung wissenschaftlicher Argumentation und berufspolitischer Interessen.	50
5.7.	Zusammenfassung .....	51
<b>6.</b>	<b>Die Schulenzugehörigkeit des Therapeuten.....</b>	<b>52</b>
6.1.	Die theoretische Orientierung von Therapeuten – Eine erste Annäherung an die Schulenzugehörigkeit des Therapeuten .....	53
6.1.1.	Definition und methodische Erfassung .....	54
6.1.2.	Prävalenz verschiedener theoretischer Orientierungen .....	57
6.1.3.	Die Wahl der theoretischen Orientierung.....	60
6.2.	Die Allegiance des Therapeuten – Parteilichkeit und Treue als eine mögliche Facette der Schulenzugehörigkeit des Therapeuten .....	61
6.3.	Beiträge der Entwicklungsmodelle zum Verständnis der Schulenzugehörigkeit des Therapeuten.....	63
6.4.	Vom bloßen Meinungs­austausch zur systematischen Untersuchung der psychischen Prozesse des Therapeuten – ein Fokuswechsel.....	65
6.5.	Zugehörigkeit zu einer Therapieschule als notwendige Voraussetzung eines psychotherapeutischen Selbstverständnisses? .....	67
6.6.	Zusammenfassung .....	71
	<b>EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG .....</b>	<b>72</b>
<b>7.</b>	<b>Fragestellung.....</b>	<b>72</b>
<b>8.</b>	<b>Methodik .....</b>	<b>75</b>
8.1.	Qualitatives Forschungsdesign .....	75
8.2.	Gewinnung der Studienteilnehmerinnen und theoretisches Sampling .....	77
8.2.1.	Ausgangsüberlegungen zum Sampling: Ein- und Ausschlusskriterien.....	78
8.2.2.	Zugang zum Feld.....	79
8.2.3.	Sampling der Ausbildungsinstitute .....	80
8.2.4.	Sampling beim offenen Kodieren .....	82
8.2.5.	Sampling beim axialen Kodieren: Sampling von Beziehungen und Variationen .....	82
8.2.6.	Sampling beim selektiven Kodieren: Diskriminierendes Sampling.....	83
8.3.	Datenerhebung.....	83
8.3.1.	Internetrecherche zu den Ausbildungskonzepten der Institute .....	83
8.3.2.	Problemzentrierte Interviews mit Verhaltenstherapeutinnen in Ausbildung ...	84
8.3.3.	Experteninterviews mit der Leitung der Ausbildungsinstitute.....	86
8.4.	Datenauswertung .....	87
8.4.1.	Auswertung der Experteninterviews .....	87
8.4.2.	Transkription und Kurzcharakterisierung der Problemzentrierten Interviews.	88
8.4.3.	Offenes Kodieren: Entwicklung von Konzepten und Kategorien.....	88
8.4.4.	Axiales Kodieren: Entwicklung von Zusammenhängen zwischen den Kategorien .....	90
8.4.5.	Selektives Kodieren: Das Herausarbeiten der Schlüsselkategorie .....	91
8.5.	Subjektivität und Selbstreflexivität im qualitativen Forschungsprozess.....	93
8.5.1.	Darstellung des Vorwissens und eigener Positionen der Forscherin .....	93
8.5.2.	Reflektion des Forschungsprozesses und Auswertung in der Gruppe .....	95
8.5.3.	Methodisches Problem und Ergebnis zugleich: Was ist eigentlich VT? .....	96

<b>9. Ergebnisse .....</b>	<b>97</b>
9.1. Ausbildungskonzepte der Institute .....	97
9.2. Beschreibung der Studienteilnehmerinnen .....	106
9.3. Therapeutische Selbst(er)findung durch konstruierendes Jonglieren.....	111
9.4. Drei Varianten der therapeutische Selbst(er)findung .....	121
9.4.1. Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin (Muster 1).....	121
9.4.2. Selbstdefinition als Psychotherapeutin (Muster 2).....	142
9.4.3. Selbstdefinition als Relative Verhaltenstherapeutin (Muster 3) .....	162
9.5. Zusammenspiel von Instituts-Prägung und Eigenentwicklung .....	165
9.6. Zusammenfassende Darstellung der Theorie .....	170
<b>10. Diskussion .....</b>	<b>175</b>
10.1. Diskussion des methodischen Vorgehens .....	175
10.2. Beantwortung der Forschungsfragen.....	181
10.3. Einbettung in Theorie und Forschung .....	185
10.3.1. Therapeutische Selbst(er)findung als Wechsel zwischen Assimilation und Akkommodation.....	185
10.3.2. Polarisierung und andere Positionierungsstrategien – Der Fokus auf psychische Prozesse von Therapeutinnen .....	186
10.3.3. Konstruierendes Jonglieren – Ein Blick hinter die Kulissen von „theoretischen Orientierungen“ .....	188
10.3.4. Identitätsentwicklung von Therapeutinnen als Thema der Psychotherapieforschung .....	190
10.3.5. Selbstdefinitionen der Therapeutinnen und Ausbildungskonzepte im Licht der Integrationsdebatte.....	191
10.4. Empfehlungen für die Ausbildung von Psychotherapeutinnen .....	193
10.4.1. Stärken und Schwächen des eigenen Ausbildungskonzepts (kritisch) reflektieren .....	193
10.4.2. Nicht von einer 1:1 Vermittlung des Ausbildungskonzepts ausgehen.....	195
10.4.3. Ausbildungsteilnehmerinnen in der Entwicklung ihres „schulenbezogenen“ Selbstverständnisses begleiten und unterstützen.....	197
10.4.4. Auf die konstruktive Entwicklung eines „schulenbezogenen“ therapeutischen Selbstverständnisses vertrauen.....	198
10.4.5. Dabeisein ist alles? – Die Ergebnisse im Kontext der rechtlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen von Psychotherapieausbildung in Deutschland.....	201
10.5. Fazit und Ausblick.....	204
<b>11. Zusammenfassung.....</b>	<b>206</b>
<b>12. Literatur.....</b>	<b>208</b>
<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>218</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>219</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>220</b>



## 1. EINLEITUNG

Psychotherapeut<sup>1</sup> zu werden, gestaltet sich heute in Deutschland ganz anders als noch vor wenigen Jahren. Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) im Jahre 1999 hat es nicht nur bezüglich der Ausübung und Zulassung von Psychotherapie starke Veränderungen gegeben. Auch der Weg in diesen Beruf, also die Ausbildung zum Psychotherapeuten, hat sich deutlich verändert. Neben zahlreichen Veränderungen in Umfang, Zulassungsvoraussetzungen, Titelschutz usw., bezieht sich eine Neuerung auf die Stellung, die der „Therapieschule“ (siehe Kapitel 5.2) in der Ausbildung zukommt: Wer in Deutschland approbierter „Psychologischer Psychotherapeut“ werden möchte, muss dem Psychotherapeutengesetz zufolge eine Entscheidung treffen, in welchem Therapieverfahren er eine „vertiefte Ausbildung“ machen möchte. Derzeit besteht die Wahlmöglichkeit zwischen fünf Verfahren – Verhaltenstherapie (VT), tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), Psychoanalyse (PA), Gesprächspsychotherapie (GT) und Systemischer Therapie (SYS)<sup>2</sup>. Egal welches Verfahren gewählt wird - fest steht, dass eine Entscheidung getroffen werden muss. Gleichzeitig besteht die Verpflichtung, eingehende Grundkenntnisse in verschiedenen wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren zu erwerben. Es besteht also für angehende Psychologische Psychotherapeuten (mit dem Ziel einer Approbation) eine **doppelte Anforderung**: Grundkenntnisse in mehreren Verfahren plus Vertiefung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren. Diese doppelte Anforderung drückt sich auch darin aus, dass die Ausbildung zum Titel des „Psychologischen Psychotherapeuten“ führt und

---

<sup>1</sup> Nur im ersten Teil der Arbeit wird die männliche Form verwendet (Kapitel 1 bis 7). Da überwiegend Frauen untersucht wurden, wird im empirischen Teil der Arbeit die weibliche Form (z.B. Psychotherapeutin) verwendet. Die männlichen Studienteilnehmer sind hier selbstverständlich ebenso mitgemeint. Die weibliche Form wird zudem ab Kapitel 8 auch dort verwendet, wo nicht die Teilnehmerinnen dieser Studie gemeint sind. Die Begriffe Psychotherapeutin und Therapeutin werden in dieser Arbeit synonym verwendet, ebenso die Begriffe Patient und Klient. Wie in Deutschland üblich werden die Begriffe „Verhaltenstherapie“ und „Kognitive Verhaltenstherapie“ hier synonym verwendet und auch mit „VT“ abgekürzt.

<sup>2</sup> Vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie sind nur diese fünf Richtungen als wissenschaftliche Psychotherapieverfahren anerkannt. Die Gesprächspsychotherapie befindet sich in einer Sondersituation: Sie ist vom Wissenschaftlichen Beirat zwar als *wissenschaftliches Psychotherapieverfahren* anerkannt worden, hat aber vom Gemeinsamen Bundesausschuss die *sozialrechtliche* Anerkennung nicht bekommen, d.h. kann nicht über die gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden: „Die Gesprächspsychotherapie ist weiterhin ... als Verfahren zu führen, dass die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinien nicht erfüllt“ (GB-A Beschluss vom 24.04.2008). Seit dem 14.12.2008 gilt dasselbe auch für die Systemische Therapie. Wer also als Psychologischer Psychotherapeut auf eine Kassenzulassung nicht verzichten möchte, für den besteht de facto nur eine Wahlmöglichkeit zwischen einer Ausbildung in drei Therapieverfahren: PA, TP und VT (Richtlinienverfahren).

gleichzeitig meist mit einem Schwerpunkt – z.B. Verhaltenstherapie – versehen ist. Der Weg zum Psychologischen Psychotherapeuten ist also in Deutschland u.a. durch drei Besonderheiten gekennzeichnet:

1. Es muss eine Entscheidung für eine vertiefte Ausbildung getroffen werden
2. Es muss eine – zumindest ansatzweise – Auseinandersetzung mit anderen Ansätzen erfolgen
3. Es besteht eine eingeschränkte Wahlfreiheit, was das Therapieverfahren der vertieften Ausbildung angeht

Der letzt genannte Punkt hat zur Folge, dass sich in Ausbildungsgängen zur Approbation Teilnehmer mit ganz unterschiedlicher Haltung zum gewählten Therapieverfahren finden: sowohl Kandidaten, die sich für das gewählte Verfahren aktiv und bewusst entschieden haben als auch Kandidaten, für die das Verfahren der vertieften Ausbildung eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Kompromisslösung darstellt. Die Annahme, dass Therapeuten einen Therapieansatz wählen, der persönlich zu ihnen passt (siehe Kapitel 6.1.3), gilt hier also für einige Therapeuten nicht ohne weiteres.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie sich angehende Psychotherapeuten in Deutschland zu verschiedenen Therapierichtungen in Beziehung setzen und welche Auswirkungen die doppelte Anforderung für die Entwicklung ihres therapeutischen Selbstverständnisses hat. Wie lässt sich der Weg beschreiben, den angehende Psychotherapeuten in der Auseinandersetzung mit verschiedenen Therapierichtungen gehen?

**Was geht in Therapeuten vor, wenn sie während der Ausbildung ihre Position bezüglich des Themas Therapieschule entwickeln?**

Diese Frage ist auch vor dem Hintergrund der in den letzten zwei Jahrzehnten immer bedeutsamer gewordenen *Debatte um das Thema „Methodenintegration“* zentral. Die Frage, ob und inwieweit verschiedene Therapieansätze oder –methoden miteinander kombiniert bzw. integriert werden können oder nicht, ist von Befürwortern und Gegnern der *psychotherapy integration* heftig und kontrovers diskutiert worden. Auch bezüglich der Ausbildung von Therapeuten ist immer wieder überlegt worden, ob und wie eine integrative Ausbildung von Psychotherapeuten möglich, sinnvoll und wünschenswert ist. Insbesondere vor dem Hintergrund der doppelten Anforderung durch das Psychotherapeutengesetz kommt dieser Debatte eine besondere Bedeutung zu.

Ein Therapieansatz, für den das Thema **Methodenintegration von besonderer Bedeutung ist, ist die Verhaltenstherapie**. Das ergibt sich aus ihrem Selbstverständnis, wonach sie sich um ständige Weiterentwicklung bemüht und den gesamten empirischen und theoretischen Wissensbestand der Psychologie nutzen möchte (vgl. z.B. Margraf, 2000). Dieses findet besonderen Ausdruck in der so genannten *Dritten Welle* der Verhaltenstherapie, die sich nach der lerntheoretischen (1. Welle) und kognitiven (2. Welle) Schwerpunktsetzung stärker beziehungs-, emotions- bzw. achtsamkeitsorientiert definiert. Aufgrund dieser besonderen Stellung, die das Thema Methodenintegration in der VT einnimmt, soll die Auseinandersetzung mit der doppelten Anforderung des Psychotherapeutengesetzes in der vorliegenden Arbeit exemplarisch bei Therapeuten untersucht werden, die sich für eine Ausbildung mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie entschieden haben. Das könnte auch deshalb besonders interessant sein, weil sich in der verhaltenstherapeutischen Literatur und Forschung wenig Hinweise darauf finden, wie sich ein therapieschulenbezogenes therapeutisches Selbstverständnis herausbildet, während in der psychoanalytischen Tradition die Entwicklung einer therapeutischen Haltung und Identität ein explizites Thema und Ausbildungsziel darstellt. Ein weiterer Grund für den Fokus auf Verhaltenstherapie ist in meinem eigenen theoretischen Hintergrund zu sehen (näheres zur Position der Forscherin siehe Kapitel 8.5.1).

Im Folgenden werden zunächst die rechtlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen der Psychotherapieausbildung in Deutschland skizziert, bevor im Theorieteil dann die Stellung der Person des Therapeuten in der Psychotherapieforschung und die Entwicklungen der Verhaltenstherapie in den letzten Jahren dargestellt werden. Anschließend wird die Methodenintegration als ein vieldiskutierter Vorschlag zum Umgang mit Pluralität in der Psychotherapie vorgestellt, bevor abschließend auf die Schulenzugehörigkeit des Therapeuten eingegangen wird.

## **2. RECHTLICHE UND GESUNDHEITSPOLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN DER PSYCHOTHERAPIEAUSBILDUNG IN DEUTSCHLAND**

### **2.1. Rechtliche Rahmenbedingungen der Psychotherapieausbildung seit dem Psychotherapeutengesetz**

Das *Psychotherapeutengesetz* (Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, PsychThG) vom 01.01.1999 regelt auf berufsrechtlicher Ebene die Berufszulassung (u.a. den Titelschutz „Psychotherapeut“, die Approbation, welche notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für die kassenärztliche Zulassung und Niederlassung ist, die wissenschaftliche Anerkennung von Verfahren durch einen Wissenschaftlichen Beirat sowie die Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten) und auf sozialrechtlicher Ebene Finanzierungsfragen (z.B. die Abrechnung und Vergütung von Psychotherapie). Die Hintergründe und Geschichte des PsychThG finden sich bei Kleiber (1997). Parallel zum PsychThG wurde eigens eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-AprV) erlassen, die die Abschnitte der Ausbildung (1800h Praktische Tätigkeit, 600h theoretische Ausbildung, 600h Praktische Ausbildung mit Krankenbehandlung unter Supervision sowie 120h Selbsterfahrung) ebenso festlegt wie die Prüfungsbestimmungen und die Ausbildungsziele. Bei den Zielen wird formuliert, dass diese sich auf die „Vermittlung von eingehenden *Grundkenntnissen* in wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren sowie auf eine *vertiefte Ausbildung* in einem dieser Verfahren [erstreckt]“ (§ 1 (1) der PsychTh-APrV). Hier wird explizit deutlich, dass die Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren erfolgen muss, wenn auch Grundkenntnisse in anderen anerkannten Verfahren (im Umfang von 200h) vermittelt werden. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat bisher außer den bereits vor Inkrafttreten des PsychThG als Richtlinienverfahren akzeptierten Psychotherapieverfahren (Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie) nur die Gesprächspsychotherapie und im Dezember 2008 auch die Systemische Therapie als wissenschaftlich anerkannt, die aber über keine sozialrechtliche Anerkennung verfügen (siehe Einleitung). Eine zur Approbation und Kassenzulassung führende Ausbildung ist daher derzeit nur in den drei genannten Verfahren PA, TP und VT möglich.

Bei der Ausbildung handelt es sich um eine **postgraduale Ausbildung**, die ein abgeschlossenes Psychologiestudium<sup>3</sup> voraussetzt. Sie wird entweder als 3-jährige Vollzeit- oder 5-jährige berufsbegleitende Ausbildung (oder als Mischmodell) absolviert, wobei die tatsächliche Ausbildungsdauer bei durchschnittlich etwas mehr als 4,5 Jahren liegt (Ruggaber, 2008). Die Gegebenheiten der Ausbildungsstätten werden im nächsten Kapitel näher dargestellt.

## **2.2. Beschaffenheit der Ausbildungslandschaft in Deutschland – Fakten und Zahlen**

Laut einer Erhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Ausbildungsträgerverbände für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (BAG) vom März 2008 gibt es in Deutschland ca. **180 staatlich anerkannte Ausbildungsstätten** (Ruggaber, 2008). Davon bieten ca. 140 eine Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie für Erwachsene (PPT) an, ca. 60 eine Ausbildung zum Kinder- und Jugendtherapeuten (KJP) (einige Institute bieten beides an, daher ergibt die Gesamtzahl mehr als 180). Von den Ausbildungsstätten bieten ca. 90 eine Ausbildung mit Vertiefungsgebiet in Verhaltenstherapie an, 80 in TP, 75 in PA (wobei die TP und PA häufig in verklammerter Form gemeinsam angeboten werden). Für die GT sind derzeit 4 Ausbildungsstätten zugelassen<sup>4</sup>. Zu etwas abweichenden, aber von der Grundtendenz her vergleichbaren Angaben (52% psychodynamische, 42% verhaltenstherapeutische Ausbildungsstätten, 1% gesprächstherapeutisch, 5% VT und psychodynamisch) gelangen Strauss et al. (2009).

Die Ausbildungsstätten präsentieren sich in verschiedenen **Organisationsformen**: Vereine, GmbHs, Anbindungen an Kliniken, an Universitäten, Fachhochschulen oder psychotherapeutische Fachverbände, wobei es sich auch bei den an Hochschulen angebotenen Ausbildungsgängen (eine Übersicht findet sich unter: <http://www.klinische-psychologie-psychotherapie.de/ausbildungsinstitute.html> und <http://www.unith.de/>, Zugriff: 25.11.2008) nicht um ein Studium handelt. Eine besondere Dichte an Ausbildungsstätten findet sich in Großstädten. Die Ausbildungsstätten konkurrieren dabei um zukünftige Ausbildungsteilnehmer, Ruggaber (2008) bezeichnet dies als ein „fruchtbares

---

<sup>3</sup> Für eine Ausbildung zum Kinder- und Jugendtherapeuten (KJP) ist auch ein (Sozial-)Pädagogikstudium anerkannt. Ärzte mit einer Psychotherapieausbildung erhalten den Titel „Ärztlicher Psychotherapeut“.

<sup>4</sup> Diese geringe Zahl ist darauf zurückzuführen, dass trotz wissenschaftlicher Anerkennung die sozialrechtliche Anerkennung fehlt und somit die Möglichkeit vergüteter Ausbildungstherapien nicht gegeben ist.

Konkurrenzverhältnis“ (S. 94), durch die auch Maßnahmen der Qualitätssicherung vorangetrieben würden. *Vergleichende* Evaluationen von Ausbildungsgängen stellen jedoch eher die Ausnahme denn die Regel dar (siehe beispielsweise erste Kriterien der Qualitätssicherung des Verbundes der universitären Ausbildungsstätten für Psychotherapie „unith“, <http://www.unith.de/>). Das Ausmaß, in dem Ausbildungsinteressenten sich im Vorfeld via Internet oder Informationsveranstaltungen über das Ausbildungskonzept informieren können, variiert stark, so dass angehende Therapeuten in unterschiedlichem Umfang antizipieren können, welchen Entwicklungsweg sie durch die Wahl der Ausbildungsstätte einschlagen werden. Die Ausbildungsstätten unterliegen zwar aufgrund des PsychThG einheitlichen Anforderungen und Standards, dennoch gibt es „selbstverständlich... inhaltliche... Unterschiede“ (Ruggaber, 2008).

Schaut man sich die *Ausbildungsteilnehmer* an, so lässt sich für 2008 folgende Struktur feststellen:

**Tabelle 1: Ausbildungsteilnehmer bundesweit (Bundesarbeitsgemeinschaft, März 2008)**

<b>8500 Ausbildungsteilnehmer</b>			
<b>6000 Psychologische Psychotherapie</b>		<b>2500 Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie</b>	
<b>4500 Verhaltenstherapie</b>	<b>1500 Psychoanalyse und/oder Tiefenpsychologie</b>	<b>1700 Verhaltenstherapie</b>	<b>800 Psychoanalyse und/oder Tiefenpsychologie</b>

Hier zeigt sich, dass die *Auslastung der Verhaltenstherapie-Ausbildungsgänge* deutlich höher ist als bei den anderen Verfahren: „Während unter den Ausbildungseinrichtungen noch ein weitgehend ausgeglichenes Verhältnis bezüglich der Verfahren besteht ..., gibt es unter den Ausbildungsteilnehmern eine ganz offensichtliche Präferenz für die VT als Vertiefungsrichtung“ (Strauss et al., 2009, S. 98). An VT-Ausbildungsstätten bewerben sich derzeit etwa 2-3 Interessenten auf einen Ausbildungsplatz. Im Gegensatz dazu befinden sich beispielsweise in Österreich nur 9,1% in einem verhaltenstherapeutisch orientierten „Fachspezifikum“ (entspricht in etwa der vertieften Ausbildung), wohingegen sich 36,4% für eine tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung (12,9% psychoanalytische

Methoden + 23,5% tiefenpsychologisch fundierte Methoden), 39% für eine humanistisch-existenzielle Orientierung und 15,5% für eine systemische Orientierung entschieden haben (Hagleitner & Pawlowsky, 2008)<sup>5</sup>.

Was die Geschlechterverteilung in Deutschland angeht, so erweist sich die für die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie ermittelte Verteilung (Ruggaber, 2008) von 80% Frauen / 20% Männer im Erwachsenenbereich (86% / 14% im KJP Bereich) als repräsentativ. Nur am Rande kann hier die schwierige finanzielle Situation der Ausbildungsteilnehmer erwähnt werden. Ergebnisse einer internetbasierten Befragung können bei Hölzel (2006) nachgelesen werden, nützliche Tipps und Informationen zu den Anforderungen der einzelnen Ausbildungsabschnitte finden sich im „Survivalguide PiA“ von Lindel und Sellin (2007). Eine umfangreiche Untersuchung der Ausbildungssituation wird derzeit durchgeführt und im folgenden Abschnitt dargestellt.

### **2.3. Forschungsgutachten zur Ausbildung zum PPT/KJP**

Das Bundesministerium für Gesundheit gab 2007 ein Forschungsgutachten zur Untersuchung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem PsychThG in Auftrag, das von einer nationalen Projektgruppe unter Leitung von Prof. Dr. Bernhard Strauss (Jena) in Kooperation mit verschiedensten Verbänden und Fachgesellschaften von Januar 2008 bis April 2009 durchgeführt wurde. Ausgangspunkt des Forschungsgutachtens war die von den Hochschulen bzw. Ländern vorgenommene Umgestaltung des Psychologiestudienganges in das Bachelor- & Master-System, die zu einer Forderung nach Änderung des PsychThG führte. Zusammen mit etlichen Neuentwicklungen im Bereich der Psychotherapieforschung und Problemen mit den bis dato bestehenden Regelungen wurde dies zum Ausgangspunkt für Überlegungen zu einer weitgehenden Reform des PsychThG genommen. Die Ziele des Forschungsgutachtens (unterteilt in einzelne Arbeitspakete) werden im Folgenden kurz skizziert:

---

<sup>5</sup> In Österreich sind vom Psychotherapiebeirat 21 Therapiemethoden als wissenschaftlich anerkannt, die zu fünf Grundorientierungen zusammengefasst werden: Die tiefenpsychologisch-psychodynamische Grundorientierung umfasst einerseits die analytischen Methoden (Analytische Psychologie, Gruppenpsychoanalyse, Individualpsychologie und Psychoanalyse) und andererseits die tiefenpsychologisch fundierten Methoden (Autogene Psychotherapie, Daseinsanalyse, Dynamische Gruppenpsychotherapie, Hypnosepsychotherapie, Kathym Imaginative Psychotherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie, Transaktionsanalytische Psychotherapie). Die humanistisch-existenzielle Orientierung umfasst Existenzanalyse, Existenzanalyse und Logotherapie, Gestalttheoretische Psychotherapie, Integrative Gestalttherapie, Integrative Therapie, Klientenzentrierte Psychotherapie, Personenzentrierte Psychotherapie und Psychodrama. Die systemische Orientierung umfasst die Systemische Familientherapie, die verhaltenstherapeutische Orientierung beinhaltet die Verhaltenstherapie.

### **1. Aufarbeitung der aktuellen Ausbildungslandschaft in der Psychotherapie**

**Ziel:** Erfassung der aktuellen Ausbildungssituation aus der Sicht aller Beteiligten (Dozenten, Supervisoren, Ausbildungsteilnehmer, Prüfer, Anleiter der Praktischen Tätigkeit, Institutsleiter) bezüglich folgender Aspekte: Organisation und Struktur der Ausbildungsgänge, Verfahrensorientierung der Ausbildungsgänge, Dauer der Ausbildung, Bestandteile der Ausbildung, Staatliche Prüfung, Ausbildungskosten, Zeitaufwand, Qualität und Zufriedenheit.

**Methodik:** schriftliche Befragung; Stichprobe: 173 staatlich anerkannte Ausbildungsstätten (PP und KJP, 5 PA, 20TP, 63 TP/PA, 73 VT, 12 PA/TP u. VT/GT).

**Besonders interessant für die vorliegende Dissertation** ist der Aspekt der Verfahrensorientierung der Ausbildungsstätten. Hierbei werden folgende Fragen untersucht:

- Wie und in welchem Umfang verteilt sich die Ausbildung in Deutschland auf die einzelnen Verfahren?
- Welche Unterschiede ergeben sich bei den jeweiligen Vertiefungsverfahren bezüglich der Verteilung der Stunden auf die einzelnen Bestandteile der Ausbildung?
- Aus welchen Gründen werden von den Ausbildungsteilnehmern die Vertiefungsverfahren gewählt?
- Wie wird speziell die verfahrensorientierte Ausbildung von den Ausbildungsteilnehmern bewertet?
- Gibt es alternative Ausbildungsansätze wie z.B. eine störungsorientierte Ausbildung? Welche Vor- und Nachteile hätte dies?
- Erfolgt psychotherapeutische Ausbildung in anderen Ländern auch verfahrensorientiert? Worin liegen ggf. grundsätzliche Unterschiede?

### **2. Entwicklungen der Psychotherapie im In- und Ausland**

**Ziel:** Vergleichende Zusammenstellung und Bewertung der unterschiedlichen Ausbildungssysteme und -ordnungen in deutschsprachigen Ländern und EU-Mitgliedsstaaten

**Methodik:** Expertenbefragung in Abstimmung mit relevanten Verbänden und Dachgesellschaften

### **3. Ausgestaltung der alten/neuen psychologischen und pädagogischen Studiengänge**

**Ziel:** Bewertung des Ist-Zustandes bezüglich 1) inhaltlicher Veränderungen durch BA/MA, 2) Bewährung der Zugangsvoraussetzungen, 3) verzichtbare/unverzichtbare Ausbildungsinhalte

**Methodik:** Analyse der Prüfungs- und Studienordnungen, Expertenbefragung, Befragung von Ausbildungsteilnehmern und Ausbildungsleitern

### **4. + 5. Vorschläge für veränderte Zugangsvoraussetzungen und Bewertung der Möglichkeit einer Direktausbildung**

**Ziel:** Erarbeitung eines Meinungsbildes zum Thema: Zugangsvoraussetzungen, Möglichkeit einer Direktausbildung (Erstausbildung statt bisher postgraduale Ausbildung), Einbindung in bestehenden Strukturen der Aus- und Weiterbildung, Medizinorientierung der Ausbildung

**Methodik:** Delphi-Befragung (kontrollierter Prozess der Meinungsbildung über systematische, mehrstufige Befragung von ExpertInnen in 2 Befragungsrunden).

Die umfangreichen Ergebnisse des Forschungsgutachtens finden sich bei Strauss et al. (2009) unter: <http://www.bbpp.de/pdf-dateien/forschungsgutachten2009.pdf>. Sie werden hier nicht zusammenfassend dargestellt – stattdessen wird in den entsprechenden Kapiteln dieser Arbeit (z.B. Kapitel 2.2, 3.5, 6.1.3, 10.4.5) darauf Bezug genommen.

## **2.4. Zusammenfassung**

Durch das Psychotherapeutengesetz von 1999 hat der Beruf des Psychotherapeuten in Deutschland zahlreiche Veränderungen erfahren. Auch die Ausbildungsbedingungen haben sich dadurch grundlegend verändert. Eine interessante Veränderung betrifft die doppelte Anforderung an Ausbildungskandidaten, Grundkenntnisse in mehreren wissenschaftlich anerkannten Verfahren und gleichzeitig eine Vertiefung in einem Verfahren zu erwerben. Auch die aktuelle Ausbildungslandschaft ist deutlich durch das Psychotherapeutengesetz geprägt. Interessant ist hier, dass unter den aktuellen Ausbildungsteilnehmern solche mit einer Vertiefung in Verhaltenstherapie deutlich überwiegen. In einem Forschungsgutachten wird derzeit die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten in ihrer Gesamtheit untersucht. Nach dieser Einführung in die rechtlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen von Psychotherapie in Deutschland werden nun der theoretische Hintergrund der Arbeit sowie der dazugehörige Forschungsstand dargestellt.

## **THEORETISCHER HINTERGRUND UND STAND DER FORSCHUNG**

### **3. DIE PERSON DES THERAPEUTEN – VON DER VERNACHLÄSSIGTEN STÖRVARIALE ZUM SICH PROFESSIONALISIERENDEN SUBJEKT**

#### **3.1. Der Therapeut als vernachlässigter Aspekt in der Psychotherapieforschung**

Die Person des Therapeuten hat in der Psychotherapieforschung lange Zeit wenig Beachtung gefunden - im Mittelpunkt stand der Klient, die Wirksamkeit der Psychotherapie für den Klienten und die Prozesse, die sich im Rahmen von Psychotherapiesitzungen vollziehen. Die Zahl der *Outcome*- und *Process*-Studien übersteigt bei weitem die Zahl der Untersuchungen zu Psychotherapeuten (Orlinsky et al., 1999). Der Therapeut wurde daher als *vernachlässigte Variable* bezeichnet, 1997 wurde eigens ein Sonderheft mit dem Titel „The therapist as a neglected variable in psychotherapy research“ veröffentlicht (Garfield, 1997). Als Grund für diese Entwicklung nennen Orlinsky et al. (1999), Orlinsky und Ronnestad (2005) sowie Beutler et al. (2004) die in der Psychotherapieforschung verbreitete Auffassung, dass vor allem Behandlungsprogramme („treatment procedures“) für den Therapieerfolg verantwortlich sind und dass Therapeuten nicht per se, sondern nur bezüglich der Kompetenz relevant sind, mit der sie die Behandlung durchführen. Diese Forschungstradition habe in den letzten drei Jahrzehnten den Schwerpunkt auf randomisierte klinische Studien gelegt und dem Therapeuten wenig Aufmerksamkeit gewidmet, da Unterschiede zwischen Therapeuten als „Fehler“ („error“) bei der Durchführung von Behandlungen („specific effects“) betrachtet wurden.

#### **3.2. Der Therapeut als Wirkfaktor: Zusammenhänge von Therapeutenvariablen und Therapieerfolg**

Wird nun wie in der Zeitschrift *Psychotherapy Research* ein Sonderheft zum Thema „therapist effects“ herausgegeben (Hill, 2006) bzw. wird wie bei Smith (2003) ein ganzes Buch entsprechend benannt (*The Person of the Therapist*), so lässt dies darauf schliessen, dass die Person des Psychotherapeuten immer stärker ins Blickfeld der Psychotherapieforschung

gerät. Im *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Hill & Lambert, 2004) wird den so genannten Therapeutenmerkmalen („therapist variables“) ein ganzes Kapitel gewidmet. Beutler et al. (2004) geben darin einen Überblick über die empirische Untersuchung von Therapeutenvariablen. Unter Therapeutenvariablen verstehen die Autoren Faktoren, hinsichtlich derer Therapeuten sich unterscheiden und die einen Einfluss auf den Therapieerfolg haben. In ihrer Taxonomie unterscheiden sie zwei Dimensionen: 1. Außertherapeutische Merkmale („extratherapy traits“) vs. therapiespezifische Zustände („therapy-specific states“), 2. beobachtbare vs. erschlossene Therapeutenvariablen (siehe Tabelle 2). Auf der ersten Dimension beziehen sich die **therapiespezifischen Zustände** auf die spezifische Rolle als Psychotherapeut (wie z.B. beruflicher Hintergrund, Erfahrung als Therapeut, Stil des Therapeuten), während die **außertherapeutischen Merkmale** Kennzeichen des Therapeuten beinhalten, die überdauernd sind, sich im Leben außerhalb der Therapie manifestieren und bezogen auf den Therapieprozess zufällig sind (z.B. Wertvorstellungen, emotionales Wohlergehen, Alter des Therapeuten etc.). Die zweite Dimension - die in ihrer früheren Bezeichnung „subjektiv“ vs. „objektiv“ aufgrund von Missverständlichkeit aufgegeben wurde – befasst sich damit, wie die Therapeutenmerkmale erfasst werden können. Als **beobachtbar** werden solche Merkmale bezeichnet, die durch vom Therapeuten unabhängige Verfahren erhoben werden können. Diese Merkmale können direkt beobachtet und überprüft werden, ohne dass der Therapeut gefragt werden muss. Dazu zählen beispielsweise das Geschlecht, das Alter sowie die Interventionen, die der Therapeut benutzt. Demgegenüber bezeichnen **erschlossene** Therapeutenmerkmale Aspekte, die sich auf hypothetische Konstrukte beziehen, die nur über schlussfolgernde Prozesse erschlossen werden können und die auf den Selbstbericht des Therapeuten angewiesen sind. Hierzu gehören beispielsweise Aspekte der Persönlichkeit des Therapeuten, der Beziehungsqualität, religiöse Überzeugungen oder theoretische Orientierung. Eine Übersicht über die empirisch untersuchten Therapeutenmerkmale findet sich in Tabelle 2, die empirischen Befunde zum Einfluss dieser Therapeutenmerkmale auf den Therapieerfolg lassen sich bei Beutler et al. (2004) nachlesen.

Tabelle 2: Therapeutenvariablen - Taxonomie nach Beutler et al. (2004)

	Beobachtbar	Erschlossen
<b>Außer-therapeutische Merkmale</b> <i>Extratherapeutic traits</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geschlecht</li> <li>• Alter</li> <li>• Rasse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persönlichkeit und Coping</li> <li>• Dominanz</li> <li>• Locus of Control</li> <li>• Emotionales Wohlbefinden</li> <li>• Werte, Einstellungen und Überzeugungen</li> <li>• Kulturelle Werte</li> </ul>
<b>Therapie-spezifische Zustände</b> <i>Therapy specific states</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionelle Disziplin</li> <li>• Menge und Art des Training</li> <li>• Erfahrung</li> <li>• Interpersonaler Psychotherapiestil</li> <li>• Manuale</li> <li>• Supervision</li> <li>• Selbstöffnung des Therapeuten</li> <li>• Direktivität des Therapeuten</li> <li>• Intensität der Behandlung usw.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapeutische Beziehung</li> <li>• Theoretische Orientierung</li> </ul>

Diese Entwicklungen zeigen, dass der Psychotherapeut nun zum Forschungsgegenstand geworden ist. Auffällig ist jedoch, dass die meisten der in diesem Kontext diskutierten Therapeuten-Merkmale vorrangig hinsichtlich ihres *Beitrags zum Erfolg der Therapie* ("is one therapist more effective than another therapist?", Hill & Lambert, 2004, S. 167) betrachtet werden. D.h. der Person des Therapeuten wird Beachtung geschenkt, jedoch nur indirekt, nämlich in Bezug auf den Klienten. Den Erfahrungen und Entwicklungen des Therapeuten selber wird hier wenig Raum gelassen.

### 3.3. Der Therapeut als sich entwickelndes Subjekt: Die professionelle Entwicklung von Therapeuten

Eine Ausnahme bilden hier Untersuchungen zur professionellen Entwicklung von Psychotherapeuten, in denen – ebenso wie auch in der vorliegenden Arbeit – die Person des Therapeuten nicht nur Forschungsgegenstand ist, sondern darüber hinaus dessen Erleben und Erfahrungen im Zentrum stehen. Diese Forschungstradition nimmt insofern eine andere Perspektive ein, als nun nicht mehr wie vorher (auch in der Forschung zu

Therapeutenvariablen) der Patient und die Therapiequalität im Vordergrund stehen und der Therapeut einen Beitrag leistet, sondern vielmehr der Therapeut selbst im Vordergrund steht. In diese Forschungsperspektive ist auch die vorliegende Untersuchung einzuordnen. Im Folgenden werden zunächst einige Modelle zur professionellen Entwicklung von Therapeuten skizziert. Darüber hinaus sind zwei empirische Studien zur professionellen Entwicklung von Psychotherapeuten besonders hervorzuheben: Die *Minnesota Study of Counselor and Therapist Development* von Skovholt und Ronnestad (1995) und die *International Study on the Development of Psychotherapists* (ISDP) der Society for Psychotherapy Research (SPR), die seit 1989 durchgeführt wird.

### 3.3.1. Theoretische Modelle zur professionellen Entwicklung von Therapeuten

In der Literatur werden zahlreiche theoretische Modelle zur professionellen Entwicklung von Therapeuten und Beratern diskutiert (für eine historische Übersicht siehe beispielsweise Skovholt & Ronnestad, 1995). Die meisten dieser sogenannten „Entwicklungsmodelle“ (Auckenthaler, 1999; Schmelzer, 1997) sind Phasenmodelle, in denen einige (meist 3-4) aufeinander aufbauende Phasen anhand verschiedener Charakteristika beschrieben werden. Die meisten Modelle wurden im Bereich der Supervision entwickelt. Im Folgenden wird das Modell von Hogan (1964) exemplarisch vorgestellt, um einen Eindruck von den Phasenmodellen zu vermitteln. In Kapitel 6.3 wird Bezug auf weitere Entwicklungsmodelle genommen, wobei dort jedoch nicht die Phasen an sich dargestellt werden, sondern diejenigen Aspekte herausgegriffen und skizziert werden, die sich auf die theoretische Orientierung und Identität von Therapeuten beziehen. Das erste und bis heute sehr bekannte Modell zur Entwicklung von Therapeuten stammt von Hogan (1964) und unterscheidet in einem **Four-Level-Model** vier Phasen, auf die das Supervisionsangebot abgestimmt werden sollte:

Level 1: Psychotherapeuten in dieser Phase sind unsicher und abhängig. Sie haben wenig Einsicht in ihre Motive für die Berufswahl, sind hoch motiviert und lernen durch Imitation.

Level 2: Psychotherapeuten setzen sich mit Autonomie und Abhängigkeit auseinander. Sie schwanken zwischen Selbstüberschätzung und Überforderungsgefühlen, ebenso fluktuiert ihre Motivation.

Level 3: Es entwickelt sich ein größeres professionelles Selbstvertrauen sowie eine erhöhte Einsicht in die eigenen Motive für die Berufswahl. Die Motivation ist stabiler als zuvor.

Level 4: Es besteht persönliche Autonomie, Einsicht in die Berufswahl, stabile Motivation und persönliche Sicherheit.

Hogans (1964) Modell entbehrt zwar einer theoretischen oder empirischen Fundierung und basiert eher auf seinen eigenen Supervisionserfahrungen, enthält jedoch bereits zentrale Kernstücke, die sich auch in späteren Entwicklungsmodellen immer wieder finden. An den

Entwicklungsmodellen gibt es eine Reihe wiederkehrender Kritikpunkte (siehe z.B. Auckenthaler, 1999; Laireiter & Botermans, 2005; Schmelzer, 1997):

- Kriterien für die Einteilung der Entwicklungsstufen und die Zuordnung von Verhalten zu Stufen fehlen
- Angaben zu den Übergängen der Entwicklungsstufen fehlen
- Die interindividuelle Varianz wird zu wenig berücksichtigt
- Die empirische Basis ist unzureichend und basiert zumeist auf Querschnittsuntersuchungen
- Ein sehr kleinschrittiger Auflösungsgrad der Entwicklungsstufen ist wenig wahrscheinlich
- Die Entwicklungsstufen bilden wahrscheinlich keine hierarchische Abfolge

Werden diese Kritikpunkte berücksichtigt und einige Modifikationen vorgenommen, so kann jedoch die „Idee einer phasenhaften Entwicklung von Therapeuten trotz zum Teil widersprüchlicher und nicht immer ganz modellkonformer Befunde [als] empirisch bestätigt“ angesehen werden (Laireiter & Botermans, 2005, S. 78-79). Entwicklungsmodelle leisten somit einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der professionellen Entwicklung von Therapeuten. Eine empirisch besonders gut fundierte Studie zu Phasen der professionellen Entwicklung stammt von Skovholt und Ronnestad (1995) und wird im Folgenden ausführlich dargestellt. Anschließend wird eine weitere, ebenfalls sehr bedeutsame Studie zur professionellen Entwicklung von Therapeuten (Orlinsky et al., 1999; Orlinsky & Ronnestad, 2005) vorgestellt.

### **3.3.2. The Minnesota Study on Counselor and Therapist Development (Skovholt & Ronnestad)**

Ausgehend von den eben beschriebenen theoretischen Modellen der Entwicklung von Therapeuten arbeiteten Skovholt und Ronnestad (1995) in ihrer qualitativen Studie – der *Minnesota Study on Counselor and Therapist Development* – anhand von 100 Interviews mit Therapeuten in verschiedensten Phasen der Entwicklung (vom Ausbildungsteilnehmer bis zum erfahrenen Psychotherapeuten) ein empirisches Modell der beruflichen Entwicklung heraus. Dabei ergaben sich acht Entwicklungsphasen („Stages“), die aufeinander aufbauen und die mit den Interviewpartnern in einem Folgeinterview validiert wurden. Im Verlaufe dieser Phasen integrieren die Therapeuten Theorie und Praxis immer stärker, sie entwickeln mit zunehmender Erfahrung einen persönlichen Stil, so dass sich letztlich ein *Professionelles Selbst* herausbildet. In diesem greifen persönliche und professionelle Entwicklung ineinander und münden in einer therapeutischen Identität. Die Ergebnisse dieser Untersuchung wurden

dementsprechend in einem Buch veröffentlicht, das den Titel „The evolving professional self“ trägt (Skovholt & Ronnestad, 1995). Das Konzept des Professionellen Selbst weist auch Ähnlichkeiten zum Expertise-Stadium von Dreyfus und Dreyfus (1986) auf, in dem “an expert’s skill has become so much part of him that he need be no more aware of it than he is of his own body“ (S. 30). Die acht Phasen oder Stufen der Entwicklung nach Skovholt und Ronnestad (1995) sind in Tabelle 3 dargestellt:

**Tabelle 3: Phasen der professionellen Entwicklung nach Skovholt & Ronnestad (1995)**

Phase der Entwicklung ( <i>Stage</i> )	Definition
1. Ausgangssituation vor der Ausbildung ( <i>Conventional Stage</i> )	Vor Beginn einer professionellen Ausbildung
2. Übergang zur professionellen Ausbildung ( <i>Transition to Professional Training Stage</i> )	Beginn der Ausbildung (Entscheidung für eine Ausbildung; erstes Jahr der Ausbildung)
3. Imitation der Technik von Experten ( <i>Imitation of Experts Stage</i> )	Mitte der Ausbildung (ca. 2-3. Jahr)
4. Eingeschränkte Autonomie ( <i>Conditional Autonomy Stage</i> )	Ende der Ausbildung
5. Erkundungsstufe ( <i>Exploration Stage</i> )	Ausbildung ist abgeschlossen; erste therapeutische Tätigkeit losgelöst von Ausbildungsstätte
6. Integration ( <i>Integration Stage</i> )	Mehrere Jahre therapeutische Tätigkeit nach Abschluss der Ausbildung
7. Individuation ( <i>Individuation Stage</i> )	Viele Jahre Erfahrung in verschiedensten Settings
8. Professionelles Selbst ( <i>Professional Self</i> )	25-30 Jahre Berufserfahrung, 90% des Arbeitslebens absolviert, Berentung steht bald an

Für die vorliegende Untersuchung sind vor allem die Phasen 2-4 relevant, da sich diese mit der Entwicklung von Therapeuten im Verlaufe ihrer Ausbildung befassen. Jede der acht Phasen wird von den Autoren anhand von sieben Aspekten ausführlich beschrieben: 1. Zentrale Aufgabe / Entwicklungsziel der Phase, 2. vorherrschender Affekt, 3. wesentliche Einflussfaktoren, 4. Rollenverhalten und Arbeitsstil, 5. Konzeptbildungen, 6. Lernprozess sowie 7. Maße für die Effektivität und eigene Zufriedenheit. Für die vorliegende Untersuchung besonders interessant sind dabei die Ergebnisse zum Thema „Konzeptbildungen“. Hier beschreiben die Autoren, auf welche theoretischen Konzepte und Modelle die Therapeuten in ihrer Arbeit Bezug nehmen. Dieses wird in Kapitel 6.3 ausführlicher beschrieben. Die Ergebnisse wurden von den Autoren in anderen Publikationen auch als *Prozessmodell* oder in Form von 20 *Themen* dargestellt.

### 3.3.3. The SPR International Study on the Development of Psychotherapists (Orlinsky et al.)

Unabhängig von der Minnesota-Studie, deren Ergebnisse damals noch nicht veröffentlicht waren, entstand 1989 und in den Folgejahren das *Collaborative Research Network*, in dem sich 20 Mitglieder der *Society for Psychotherapy Research* (SPR) zusammen schlossen, um die persönliche und berufliche Entwicklung von Therapeuten über die Lebensspanne systematisch zu untersuchen. Bis zum heutigen Zeitpunkt wurden in die *International Study on the Development of Psychotherapists* (ISDP) über 7000 Therapeuten aus über 20 Ländern eingeschlossen (Ronnestad & Orlinsky, 2006). Das genaue Design, die Fragestellung und die Forschungsinstrumente der Studie sind von Orlinsky et al. (1999) sowie im deutschsprachigen Raum von Ambühl (1994) detailliert beschrieben worden. Zusammengefasst untersucht die ISDP folgende Hauptfragen: 1. Wie entwickeln sich Therapeuten?, 2. Wodurch wird die Entwicklung von Therapeuten beeinflusst?, 3. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede gibt es in der Entwicklung von Therapeuten aus unterschiedlichen Ländern, Disziplinen und theoretischen Orientierungen? Der letztgenannte Aspekt ist für die vorliegende Untersuchung von besonderer Relevanz und wird in Kapitel 6.1 ausführlicher dargestellt. Die ISDP ist jedoch insgesamt viel breiter angelegt und umfasst verschiedenste Aspekte der professionellen Entwicklung. Als Instrument zur Erfassung der persönlichen und beruflichen Entwicklung wurde das sogenannte „Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire“ (DPCCQ) entwickelt. Dieses enthält ca. 400 Items, zumeist mit Antwortvorgaben und Ratings, jedoch auch einige offene Fragen. Die Items beziehen sich auf neun Bereiche, die in Tabelle 4 dargestellt sind.

**Tabelle 4: Das Forschungsinstrument der ISDP – Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (DPCCQ) nach Orlinsky et al. (1999)**

<b>Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (DPCCQ)</b>
Amount and types of professional training (23items)
Professional experience to date (21items)
Overall development as a therapist (51 items)
Experience of personal therapy (17 items)
<b>Orientation of therapeutic work (52 items)</b>
Current development as a therapist (35 items)
Settings, treatment modalities, and clientele in current therapeutic practice (43 items)
Experienced quality of therapeutic work (96 items)
Personal life and self-experience of therapist (42 items)

Die Ergebnisse der Studie wurden – neben zahlreichen Publikationen zu Teilergebnissen – in einem Buch von Orlinsky und Ronnestad (2005) mit dem Titel „How psychotherapists develop. A study of therapeutic work and professional growth“ veröffentlicht.

Zusammenfassend wird also die Person des Therapeuten (sowie dessen Erleben, Erfahrungen und psychische Prozesse) in den theoretischen Modellen und empirischen Untersuchungen der professionellen Entwicklung zum Forschungsgegenstand. Weiterhin kann nun gefragt werden, *welcher Aspekt* der professionellen Entwicklung von Therapeuten und deren Erleben in der vorliegenden Arbeit genauer betrachtet werden soll. Denn Entwicklung kann sich auf die verschiedensten Bereiche beziehen (z.B. Kompetenzentwicklung, Rolle und Stil als Therapeut; Grenzen von Verantwortung und ethische Fragen; Auseinandersetzung mit eigenen Problembereichen usw.). Der Aspekt, der hier genauer untersucht werden soll, bezieht sich auf die Entwicklung des Selbstverständnisses (oder der Identität, siehe Kapitel 3.4) von Therapeuten und zwar speziell bezüglich der Auseinandersetzung mit dem Thema „Therapieschule(n)“ (siehe Kapitel 5 und 6). Um besser zu verstehen, was mit dem Thema „Selbstverständnis“ bzw. „Identität“ gemeint ist, sollen im Folgenden einige Grundannahmen aus der Entwicklungs- und Arbeitspsychologie sowie Soziologie zum Thema Identität und Identitätsentwicklung vorgestellt werden, da sich im Bereich der Klinischen Psychologie und Psychotherapie hierzu wenig findet. Dem Thema „Therapieschule(n)“ sind dann später zwei eigene Kapitel gewidmet (siehe Kapitel 5 und 6).

### **3.4. Identität und Identitätsentwicklung: Anregungen aus Entwicklungspsychologie, Arbeitspsychologie & Soziologie**

Wenn Skovholt und Ronnestad (1995) vom *Professionellen Selbst* (siehe Kapitel 3.3.2) sprechen, das sich im Laufe der professionellen Entwicklung herausbildet und in dem persönliche mit professioneller Entwicklung zu einer therapeutischen Identität verschmelzen, so beschreibt dies den Aspekt von Entwicklung, der in der vorliegenden Arbeit von besonderem Interesse ist. Was aber ist mit professionellem Selbst oder mit Identität überhaupt gemeint?

Der Begriff der Identität wurde bereits 1987 als „Inflationsbegriff Nr. 1“ bezeichnet (Keupp, 1998), er ist aber in der Psychologie lange nicht so verbreitet wie in der Soziologie (Hoff, 1990). Eine Auseinandersetzung mit dem Identitätskonzept findet sich in der Psychologie vor allem in der Entwicklungspsychologie – vor allem aufbauend auf dem Entwicklungsmodell

von Erikson (1956, 1968) – sowie in der Arbeitspsychologie. In der Psychotherapieforschung findet sich vergleichsweise wenig zu Identität. Insbesondere die Identitätsentwicklung von Therapeuten stellt mit Ausnahme der in Kapitel 3.3.2 und 3.3.3 dargestellten Studien bisher kein Thema der Klinischen Psychologie und Psychotherapieforschung dar. Keupp (1998) merkt bezüglich des Identitätsbegriffs kritisch an, dass alle immer so tun, als ob sie „selbstverständlich wüssten, was gemeint ist“ (S. 29), es handelt sich aber um einen Begriff mit vielfältigen Konnotationen (für eine Übersicht der Konnotationen von Identität und damit verwandter Begriffe siehe Hoff, 1990), auch Lenz (2006) hebt die Uneindeutigkeit des Begriffs hervor. Auf die Identitätskonzepte, die von verschiedenen Autoren entwickelt wurden (z.B. Identitätskonzepte nach Erikson, 1956; Frey & Haußer, 1987; Goffman, 1974; Habermas, 1976; Krappmann, 1971/1988/2000; Mead, 1934), soll im Rahmen dieser Arbeit nicht im Detail eingegangen werden. Vielmehr wird aufgezeigt, welches Verständnis von Identität in der vorliegenden Arbeit zugrunde gelegt wird. Dabei wird auf einige der in der entwicklungspsychologischen, arbeitspsychologischen und soziologischen Identitätsliteratur vertretenen Auffassungen zurückgegriffen.

### ***Identität als Verortung der eigenen Person***

Identität bezieht sich auf die Verortung der eigenen Person (Hoff, 1990): Das Individuum sucht und konstruiert ein Gefühl für bzw. Verständnis von sich selbst (Keupp, 1998). In der vorliegenden Arbeit wird Identität also auf die Innensicht der Person festgelegt (für eine Innensperspektive plädieren beispielsweise Frey & Haußer, 1987) und nicht auf eine Außenperspektive bezogen (wie z.B. wenn die Polizei versucht, die Identität einer Person zu ermitteln oder wie im Identitätskonzept von Goffman, 1974).

### ***Bei der Identitätsentwicklung geht es nicht um eine Frage des Könnens***

In dieser Arbeit soll der Schwerpunkt nicht auf dem Kompetenzaspekt therapeutischer Entwicklung liegen, sondern auf dem Identitätsaspekt. Erikson (1956, 1968) verdeutlicht in seinem Stufenmodell, dass es in der Phase der Identitätsentwicklung nicht darum geht, wie in den vorherigen Stufen ein weiteres Können zu entwickeln. Vielmehr muss eine Festlegung erfolgen, nämlich eine Antwort auf die Frage „Wer bin ich?“ (Krappmann, 1998).

### ***Identitätsentwicklung ist in bestimmten Phasen besonders virulent***

Auch die Auffassung, dass Identität als Thema in der menschlichen Entwicklung stets präsent bleibt, gleichzeitig aber die Aufgabe der Identitätsbildung in einer bestimmten Phase der Entwicklung Vorrang hat (Krappmann, 1998), wird in dieser Arbeit vertreten. In der Entwicklungspsychologie bezieht sich dies auf die Phase des Jugendalters, hier auf den

Beginn der professionellen Entwicklung. Dies schließt jedoch nicht die Vorstellung einer lebenslangen Weiterentwicklung aus.

### ***Identität als Prozess***

Identität wird demnach in der vorliegenden Arbeit als prozesshaft konzipiert: Identität, auch professionelle Identität, ist nicht als etwas Statisches zu verstehen (vgl. Goffman, 1974; Hagehülsmann, 2000; Keupp et al., 1999), sondern immer nur als vorübergehendes Resultat. Sie ist nichts einmalig Erworbenes, sondern kann verändert werden. Das Konzept einer immer wieder neu zu entwerfenden, auszuhandelnden und revidierbaren Identität ist auch kritisiert worden (Krappmann, 1998). Mit dem Fokus auf die Prozesshaftigkeit soll hier aber vor allem der Gegensatz zu einem statischen Identitätskonzept verdeutlicht werden, bei der Identität als etwas Gegebenes angesehen wird, das nach Abschluß einer sensiblen Phase „fertig“ und unverändert ist.

### ***Identität als das Bewusstsein von innerer (Nicht-)Konsistenz und Kontinuität***

Eng damit verbunden wird Identität verstanden als etwas, das sich um die Konsistenz und Kontinuität der Person dreht. Dabei können aber „Inkonsistenz und Diskontinuität, Doppeldeutigkeit, Widersprüchlichkeit oder Komplementarität ... besonders wichtiger Bestandteil von Identität“ sein (Hoff, 1990, S. 16). D.h. es besteht die Aufgabe, die Dynamisierung und Pluralisierung des Identitätskonzepts mit der Kontinuitätsvorstellung zu verbinden. Dies ist laut Lenz (2006) möglich, wenn die Kontinuität nicht in die Identität verlagert, sondern als Teil der zu erbringenden Identitätsarbeit aufgefasst wird, als ein kreativer Prozess der Selbstorganisation. „Die Notwendigkeit ihrer Herstellung mit der Faktizität von Kontinuität verwechselt zu haben, ist ein ‚Geburtsfehler‘ des Identitätskonzepts von Erikson“ (Lenz, 2006, S. 191). Das Individuum ist demnach kontinuierlich mit der Identitätsarbeit befasst, was nicht bedeutet, dass die Identität an sich kontinuierlich sein muss.

### ***Identität entsteht in einem dialogischen Prozess***

Weiterhin wird die Auffassung vertreten, dass weder der einzelne seine Identität allein definiert noch dass die Umwelt sie ihm diktieren kann. Identität entsteht also an den Schnittstellen von persönlichen Entwürfen und sozialen Zuschreibungen (Krappmann, 1998). Keupp (1998) betont die Überwindung einer Sichtweise, die Identität als einen individuell-autonomen Prozess begreift. Identitätsentwicklung findet statt in „einbettenden Kulturen“ (Krappmann, 1998).

### ***Identität als aktiver Konstruktionsprozess***

Zudem wird die Auffassung vom Menschen als aktivem Konstrukteur seiner Identität vertreten (siehe z.B. Gildemeister & Robert, 1987; Keupp et al., 1999). Hierfür wurde der

Begriff der *Identitätsarbeit* (z.B. Cohen & Taylor, 1977) geprägt. Menschliche Identität wird also als etwas aufgefasst, um das sich das Individuum bemüht und das es selbst herstellt. In diese Richtung weist auch die „Theorie der Bastel-Mentalität“ (Gross, 1985), sie sieht den Menschen als „Produzenten individueller Lebenscollagen“. Er bastele sich aus den vorhandenen Lebensstilen und Sinnelementen seine eigenen lebbar konstruierten Konstruktionen (Keupp, 1998).

### ***Zwei Gefahren von Identität: Gefahr der Diffusion vs. Gefahr der Erstarrung***

Im Prozess der Identitätsbildung können verschiedene Gefahren liegen, zwei davon sind für die vorliegende Arbeit besonders bedeutsam: Die Gefahr von Segmentierung und Zerfall (Gefahr der Diffusion der Identität), die Erikson (1956, 1968) mit seinem Begriff der Identitätsdiffusion (Zersplitterung des Selbstbildes, Verlust der Mitte, Gefühl von Verwirrung) besonders betont; sowie die seltener thematisierte Gefahr der Erstarrung der Identität (Krappmann, 1998).

### ***Kein normativ-bestimmter Identitätsbegriff***

In der vorliegenden Arbeit wird jedoch kein normativ-bestimmter Identitätsbegriff vertreten, wie er sich bei den klassischen Identitätsautoren, z.B. Erikson, findet. Diese gehen laut Keupp (1998) alle mehr oder weniger explizit von einer gelungenen Identitätsbildung aus. Bei allen finde sich „die stillschweigende Hintergrundannahme“, dass eine Identitätsbildung immer auch gelänge, dass dieser Prozess zeitlich begrenzt sei und zu einem „Ergebnisoptimum“ (Keupp et al., 1999, S. 83) führe. Damit verbunden ist die Vorstellung, dass es eine besonders „gute“ oder „richtige“ Form der Identität gibt (z.B. bei Erikson „Identität“ statt „Identitätsdiffusion“). Diese Auffassung wird hier nicht vertreten.

### ***Vier Formen des Identitätsstatus (nach Marcia, 1966)***

Eine interessante Weiterentwicklung von Eriksons Konzept nimmt Marcia (1966) vor, der vier verschiedene Formen des Identitätsstatus’ von Jugendlichen bei deren Bemühen um das Herausbilden einer Identität beschreibt (die deutschen Begriffe sind aus Oerter, 2006, übernommen): 1.) Die *erarbeitete Identität* („achieved identity“): Das Individuum hat auf dem Weg seiner Identitätsbildung eine Krise durchlebt und fühlt sich nun einem Lebensbereich verpflichtet, in dem er sich engagiert („commitment“). 2.) Die *diffuse Identität* („diffused identity“): Das Individuum weist kaum commitment auf, es engagiert sich nicht, hat wenig Vorstellungen und Selbstreflexion. Ob es dabei eine Krise durchlaufen hat oder nicht, ist nicht so ausschlaggebend wie das fehlende commitment. 3.) Das *Moratorium* („moratorium“): Das Individuum befindet sich in der Krise. Es weist derzeit zwar wenig commitment auf, bemüht sich aber anders als bei der diffusen Identität aktiv darum, sich zu

engagieren und einer Idee / Lebensaufgabe zu verpflichten („active struggle“). 4.) Die *übernommene Identität* („foreclosed identity“): Das Individuum hat keine Krise durchlebt, zeigt aber dennoch ein hohes commitment. Es übernimmt vorgegebene Standards (meist der Eltern) relativ unreflektiert und weist dabei ggf. eine gewisse Rigidität auf.

Zahlreiche Untersuchungen haben die Brauchbarkeit dieser Konzeption bestätigt (Oerter, 2006). Auch wenn betont wird, dass die Entwicklung nicht zwangsläufig bei der erarbeiteten Identität endet, so ist eben diese normative Orientierung bei Marcia zu kritisieren. Hier ist eine Ähnlichkeit zu Erikson nicht zu übersehen, auf dem Marcia aufbaut. Indem er aber den Diffusionsbegriff normalisiert und ausdifferenziert (*kulturell adaptive Diffusion*; siehe z.B. auch das Konzept der Patchwork-Identität, Keupp et al., 1999), stellt er eine wichtige Weiterentwicklung Eriksons dar. Zudem bietet sein Konzept des Identitätsstatus’ interessante Anregungen auch für das Verständnis von professioneller Entwicklung und ist von Skovholt und Ronnestad (1995) auf werdende Therapeuten und deren therapieschulenbezogene Identitätsbildung übertragen worden (siehe Kapitel 6.3 und 10.3.4).

Abschließend sei noch erwähnt, dass in der vorliegenden Arbeit der Begriff „Selbstverständnis“ synonym zum Begriff „Identität“ verwendet wird, da dieser nicht so stark theoretisch besetzt ist wie der Begriff Identität. Nachdem nun einige Grundannahmen zum Thema Identität und Identitätsentwicklung vorgestellt wurden, widmet sich der nächste Abschnitt der Ausbildung von Therapeuten, eine Phase, in der die Identitätsentwicklung besonders relevant ist.

### **3.5. Die Ausbildung von Therapeuten: Schwerpunkte und ausgewählte Ergebnisse der Ausbildungs-Forschung**

Die Rahmenbedingungen der Ausbildung in Deutschland wurden in Kapitel 2.1 ausführlich beschrieben. In diesem Kapitel wird nun ein Überblick über die Schwerpunkte der Psychotherapieausbildungs-Forschung gegeben, und es werden einige ausgewählte, für diese Untersuchung relevante Ergebnisse vorgestellt. Was die systematische Untersuchung von Therapieausbildungen angeht, so existiert hier keine lange Tradition. Über lange Zeit hinweg wurde die Gestaltung von Therapieausbildungen dem „gesunden Menschenverstand“ und den Erfahrungswerten der Dozenten überlassen. Auch im Rahmen der Psychotherapieforschung nimmt die Ausbildungsforschung keine zentrale Stellung ein. Im *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* – manchmal als „Bibel“ der Psychotherapieforschung bezeichnet – wurde der Ausbildungsforschung das letzte mal 1986 ein eigenes Kapitel gewidmet

(Matarazzo & Patterson, 1986). Die Gründe hierfür sowie die Probleme der Ausbildungsforschung sollen an dieser Stelle nicht ausführlich diskutiert werden, sie können bei Laiterleiter und Botermans (2005) sowie bei Ronnestad und Ladany (2006) nachgelesen werden. Eine Übersicht über die neun Ausbildungs-Studien, die in Deutschland seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes veröffentlicht wurden, findet sich bei Strauss et al. (2009). Weiterhin lässt sich festhalten, dass es nicht *eine* Ausbildungsforschung gibt, sondern verschiedene Forschungstraditionen. Diese sind in Tabelle 5 aufgeführt.

**Tabelle 5: Unterschiedliche Forschungsansätze und -traditionen zur Ausbildungsforschung nach Laiterleiter & Botermans (2005)**

Psychotherapie Outcome & Prozessforschung: Kompetenzaspekte als Beitrag zum Therapieerfolg
Vergleich zwischen professionellen und Laiterleitern
Forschung zum Skills-Training
Evaluation von Ausbildungsprogrammen und Curricula
Supervisionsforschung
Studien zur Eigentherapie von Therapeuten
Professionssoziologische Studien zur Entwicklung der Profession
Erziehungswissenschaftliche Forschung zu Curricula und Unterrichtsdidaktik
Pädagogische und psychologische Lehr- und Lernforschung
Forschung zur Entwicklung von professioneller Expertise
Studien zur Entwicklung von Psychotherapeuten
Ausbildungsforschung in anderen Berufen, z.B. Medizin, Pädagogik
Universitäre Evaluation und Lehr-/Lernforschung

Trotz der sehr großen Heterogenität verschiedener Ausbildungen wird die Psychotherapieausbildung üblicherweise in drei bis vier Bestandteile unterteilt, um die dann auch die Forschungsergebnisse gruppiert werden (Laiterleiter & Botermans, 2005; Ronnestad & Ladany, 2006): 1. Die theoretische Ausbildung und das Training therapeutischer Methoden (im US-amerikanischen Sprachraum oft als „academic training“ bezeichnet), 2. Supervision, 3. Eigentherapie. In neueren Arbeiten wird 4. die „eigene therapeutische Praxis“ als eigenständiger Bestandteil der Ausbildung getrennt beforscht. Im Folgenden werden die Ergebnisse „der“ Ausbildungsforschung zu diesen vier Bereichen kurz zusammenfassend dargestellt, wobei sich die Darstellung an Laiterleiter und Botermans (2005) orientiert. Dort können auch die jeweiligen Studien nachgelesen werden, die hier nicht einzeln aufgeführt werden.

***Führt Ausbildung in Psychotherapie allgemein zu einer Verbesserung der fachlichen Kompetenz und Effektivität von Psychotherapeuten?***

Zunächst wurde empirisch die Frage untersucht, ob Psychotherapie-Ausbildung insgesamt überhaupt zu einer Verbesserung von therapeutischer Kompetenz und Effektivität der Therapie führt. Die Forschungslage ist hier eindeutig: Psychotherapie-Ausbildungen führen zu deutlich wahrnehmbaren Ergebnissen im Bereich der Entwicklung *therapeutischer Kompetenz* (z.B. Basiskompetenzen, Empathie, Echtheit; Fähigkeit zur Fallkonzeption; Anwendung von Interventionen; Aufbau einer Beziehung usw.) – sowohl aus der Sicht der Absolventen (Survey-Studien) als auch aufgrund objektiver Studien (selten: Curriculums-Evaluationen; häufiger: Vergleich von Anfängern und Fortgeschrittenen in Therapieprozess-Studien, in denen die therapeutische Kompetenz von Supervisoren oder Ratern eingeschätzt wird). Der Einfluss auf die *therapeutische Wirksamkeit* (outcome / Veränderungen beim Patienten) ist weniger eindeutig, zumal Studien mit methodischen Problemen behaftet sind. Das übliche methodische Vorgehen umfasst 1. den Vergleich zwischen Professionellen und Lientherapeuten und 2. den Vergleich von unterschiedlich lange ausgebildeten Therapeuten (hier zeigt sich: Dauer an sich bringt keinen Effekt, sondern Ausmaß an Patientenkontakt). Als nächstes werden die Befunde zu den oben genannten vier Bestandteilen der Ausbildung (Theorie & Training von Techniken; Supervision; Eigentherapie; eigene praktische Tätigkeit) blitzlichtartig zusammengefasst.

***Was bringt die theoretische Ausbildung und das Training therapeutischer Methoden und Techniken?***

Es herrscht wenig Verbindlichkeit darüber, welche theoretischen Inhalte und therapeutischen Methoden fixer Bestandteil psychotherapeutischer Ausbildungen sein sollen. Zudem besitzt die theoretische und methodische Ausbildung aus der Sicht von Psychotherapeuten einen vergleichsweise geringen Stellenwert für den Erwerb therapeutischer Kompetenz. Das Training in spezifischen Methoden und die Vermittlung praxis- und anwendungsbezogener Skills, Strategien und Techniken hingegen wird als bedeutsamer und wichtiger eingeschätzt. Letzteres korreliert auch in geringem Maße mit der selbst eingeschätzten therapeutischen Kompetenz und Effektivität. Es gibt keine Studien zur Auswirkung der theoretischen Ausbildung auf die therapeutische *Kompetenzentwicklung*. Dafür gibt es aber eine Reihe von Studien zu Effekten von skills-Training (z.B. Mikroteaching, interpersonal-process-recall etc.). Dieses führt zu guten Ergebnissen. Dabei hat sich folgendes Vorgehen bewährt: Instruktion, Modellpräsentation, eigene Durchführung, systematische Rückmeldung.

Wiederholt hat sich hier gezeigt, dass der Transfer vom „Trockentraining“ in die Praxis geübt werden muss. Die Befundlage zur Auswirkung von theoretischer Ausbildung und Methodentraining auf *therapeutische Wirksamkeit* ist äußerst schwach. Die meisten Studien sind Analogstudien und daher wenig aussagekräftig. Die wenigen klinischen Studien zeigen: Es gibt Effekte auf die Wirksamkeit, besonders wenn dieser Ausbildungsbestandteil praxisbezogen durchgeführt wird. Da es in der vorliegenden Arbeit u.a. um die Bedeutung von Theorie für den Therapeuten geht, könnte vermutet werden, dass diese Forschungslinie hier besonders relevant ist. Jedoch ist daran zu erinnern, dass diese Linie sich vor allem mit der Untersuchung von Theorieunterricht als Bestandteil der Ausbildung befasst und nicht mit der Bedeutung von Theorie (und therapeutischen Modellen) per se.

Wichtig ist im Zusammenhang mit Forschung zur Theorie in der Ausbildung noch, dass die Bedeutung theoretischen Wissens und spezifischer Methoden und Techniken bei unterschiedlichen therapeutischen Richtungen unterschiedlich groß ist: Laut Laiterleiter und Botermans (2005) „...besteht bei verschiedenen Richtungen, z.B. den humanistisch orientierten, bei denen erlebnis- und prozessorientierte Didaktik im Vordergrund steht, sogar ein gewisser Argwohn gegenüber einer zu stark theoretisch orientierten Ausbildung ... In den psychodynamischen Orientierungen [ist] die Wissensvermittlung und das didaktische Training von Methoden und Techniken im Vergleich zu Selbsterfahrung/Eigenthherapie und Supervision von geringerer Bedeutung“ (S. 65).

### ***Was sind die Effekte klinischer Fallsupervision?***

Supervision scheint zusammen mit der eigenen therapeutischen Tätigkeit das wichtigste Kompetenz –und effektivitätsfördernde Element der Ausbildung zu sein. Dieses geben auch die von Strauss et al. (2009) befragten Ausbildungsteilnehmer und Absolventen an. Gut belegt ist nicht nur, dass Supervision für den Transfer von Wissen und Kompetenz in die therapeutische Praxis nötig ist, sondern auch dass dieser Prozess phasenhaft verläuft und davon auch die Supervisionsbedürfnisse und der gewünschte Supervisionsstil abhängen. Es sollte während der Ausbildung möglichst viel Supervision bei verschiedenen Supervisoren gleicher Orientierung absolviert werden. Trotz der Bedeutsamkeit von Supervision gibt es wenig nennenswerte Ergebnisse zur ihrer Effektivität, besonders bezüglich der therapeutischen Wirksamkeit, aber auch bezüglich der Entwicklung therapeutischer Kompetenzen. Die meisten Studien basieren auf Surveys an Therapeuten. Studien zum Einfluss von Supervision auf die Kompetenzentwicklung kranken oft daran, dass sie nur an Studenten durchgeführt werden und keine klare Trennung zum Einfluss eigener

therapeutischer Tätigkeit durchgeführt wird. Ebenso steht es um Studien zur therapeutischen Effektivität, wobei hier noch die komplexe Beziehung und die Vielzahl an intervenierenden Bedingungen zwischen Supervision und Therapieergebnis erschwerend hinzukommen. Genauere Hindernisse in der Supervisionsforschung finden sich bei Laiterreiter und Botermans (2005), Auckenthaler (1999) und Schmelzer (1997).

### ***Was bringt Eigetherapie und Selbsterfahrung?***

Wenngleich viele *Psychotherapeuten* der Meinung sind, dass Eigetherapie und Selbsterfahrung eine große Bedeutung für den Erwerb psychotherapeutischer Kompetenz und Effektivität besitzt, unterstützen objektivere Arbeiten diese Meinung nicht unbedingt. Aus der Ergebnislage ist zu schließen, dass Eigetherapie primär die *subjektive Einstellung, die eigene professionelle Identität und die Entwicklung wichtiger therapeutischer Kompetenzen* und persönlicher und zwischenmenschlicher Fähigkeit beeinflusst, *nicht aber die Wirksamkeit* als Therapeut. In Survey Studien mit Therapeuten finden sich vor allem positive Bewertungen von Eigetherapie. In Studien zu Effekten auf die therapeutische Kompetenzentwicklung (Survey, experimentelle und quasiexperimentelle Studien) zeigen sich bei Therapeuten mit Eigetherapieerfahrung beispielsweise geringere Veränderungserwartungen an den Klienten, eine höhere präferierte Therapiedauer und eine gezieltere Vorbereitung des Therapieendes. Die Therapeuten sind tendenziell weniger direktiv und stärker am Patienten orientiert, empathischer und beziehungsfähiger. Die Effekte auf die therapeutische Effektivität wurde in experimentellen und quasiexperimentellen Studien (Erfolgskriterien: Abbruchraten, Therapiezufriedenheit, Symptome etc.) untersucht und können als gering bis nicht vorhanden eingestuft werden. In der Befragung von Strauss et al. (2009) wird insbesondere von den psychodynamisch orientierten Studienteilnehmern die Einzelselbsterfahrung als sehr nützlich eingeschätzt.

### ***Was sind die Effekte eigener therapeutischer Tätigkeit?***

Hier gibt es bisher noch wenige Studien, da dieser Bestandteil bisher häufig zusammen mit der klinischen Supervision untersucht worden ist. Wenn überhaupt, gibt es primär Befragungsstudien. In diesen zeigt sich, dass das Ausmaß eigener therapeutischer Praxis, vor allem deren Breite, einen wichtigen Effekt auf die therapeutische Kompetenz und Effektivität besitzt. Mehr Forschung ist hier aber notwendig.

Insgesamt zeigen die Befunde eine positive Wirkung von Therapieausbildungen und ihren Bestandteilen, wobei der Zusammenhang zur therapeutischen Kompetenz deutlich klarer und besser belegt ist als zur therapeutischen Wirksamkeit. Wer nicht davon ausgehen möchte, dass Therapieausbildungen irrelevant für die Wirksamkeit von Therapien sind, muss vermuten, dass auch die Komplexität therapeutischer Prozesse hier eine Rolle spielt und dass methodische Probleme bei der Erfassung von Ausbildungseffekten auf Veränderungen beim Klienten zum Tragen kommen. Ähnlich komplexe Zusammenhänge dürften auch zwischen dem therapeutischen Selbstverständnis und der Wirksamkeit der Therapie vermutet werden. Dass dem therapeutischen Selbstverständnis in den Untersuchungen zur Therapieausbildungsforschung bisher wenig Beachtung geschenkt wurde, spiegelt den in Kapitel 3.2 beschriebenen Fokus auf den Beitrag des Therapeuten zum Therapieerfolg wieder.

### **3.6. Zusammenfassung**

Die Person des Therapeuten hat in der Psychotherapieforschung lange Zeit wenig Beachtung gefunden und wurde als vernachlässigte Variable bezeichnet. Zögerlich ist die Person des Psychotherapeuten dann immer stärker ins Blickfeld der Psychotherapieforschung geraten, dabei wurden jedoch Therapeuten-Merkmale vorrangig hinsichtlich ihres Beitrags zum Erfolg der Therapie untersucht. Ähnliches gilt auch für die sehr heterogene Psychotherapie-Ausbildungs-Forschung. Auch hier liegt der Schwerpunkt sehr stark auf Fragen der Kompetenzentwicklung und Effektivitätssteigerung. Eine Ausnahme zum eben beschriebenen Trend bilden Untersuchungen zur professionellen Entwicklung von Psychotherapeuten, in denen – ebenso wie auch in der vorliegenden Arbeit – die Person des Therapeuten nicht nur Forschungsgegenstand ist, sondern darüber hinaus auch dessen Erleben, Erfahrungen und psychische Prozesse im Verlaufe einer lebenslangen Entwicklung im Zentrum stehen.

## **4. DIE VERHALTENSTHERAPIE ALS SICH VERÄNDERNDER THERAPIEANSATZ – TRENDS UND ENTWICKLUNGEN**

Nachdem im vorherigen Kapitel der Therapeut im Vordergrund stand, geht es in diesem Kapitel nun um Verhaltenstherapie als *Gegenstand* der Auseinandersetzung des Therapeuten im Verlaufe seiner professionellen Entwicklung. Um diesen Gegenstand besser zu verstehen und um zu verdeutlichen, warum gerade Verhaltenstherapie ausgewählt wurde, soll im Folgenden aufgezeigt werden, was unter Verhaltenstherapie überhaupt zu verstehen ist (Kapitel 4.1) und warum der Verhaltenstherapie häufig eine besondere Stellung zugesprochen wird (Kapitel 4.2).

### **4.1. Definition und historische Entwicklung: Drei „Wellen“ der Verhaltenstherapie**

In vielen Standardwerken und Lehrbüchern der VT wird darauf hingewiesen, dass es schwer sei, Verhaltenstherapie aufgrund ihrer Vielfalt und Heterogenität zu definieren und dass eine „Festschreibung des ‚status quo‘ kontraproduktiv [sei] und ... zukünftige Entwicklung behindern [würde]“ (Margraf, 2000, S. 2; dort auch eine Übersicht über verschiedene Definitionen von VT). Auch der Begriff der Verhaltenstherapie wird hin und wieder in Frage gestellt. Die Darstellung der verschiedenen möglichen Definitionen von Verhaltenstherapie würde die Möglichkeiten dieses Kapitels sprengen.<sup>6</sup> Daher sollen im Folgenden – auch unter Berücksichtigung der historischen Entwicklung von Verhaltenstherapie – drei Phasen skizziert werden, die die Verhaltenstherapie in ihrer ca. 50jährigen Geschichte durchlaufen hat. Diese drei Phasen werden als Generationen oder – noch häufiger – als *Wellen*<sup>7</sup> der

---

<sup>6</sup> Margraf (2000) definiert Verhaltenstherapie beispielsweise folgendermaßen: “Die Verhaltenstherapie ist eine auf der empirischen Psychologie basierende psychotherapeutische Grundorientierung. Sie umfasst störungsspezifische und –unspezifische Therapieverfahren, die aufgrund von möglichst hinreichend überprüfem Störungswissen und psychologischem Änderungswissen eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik anstreben. Die Maßnahmen verfolgen konkrete und operationalisierte Ziele auf verschiedenen Ebenen des Verhaltens und Erlebens, leiten sich aus einer Störungsdiagnostik und individuellen Problemanalyse ab und setzen an prädisponierenden, auslösenden und/oder aufrechterhaltenden Problemänderungen an. Die in ständiger Entwicklung befindliche Verhaltenstherapie hat den Anspruch, ihre Effektivität empirisch abzusichern“ (S. 3).

<sup>7</sup> Hayes (2004) definiert den Begriff der „Welle“ folgendermaßen: „What I mean by a ‘wave’ is a set or formulation of dominant assumptions, methods, and goals, some implicit, that help organize research, theory, and practice.“ (S. 640)

Verhaltenstherapie bezeichnet (z.B. Baer, 2005; Hayes, 2004; Öst, 2008; Pawelzik, 2007), ein Begriff, der sich besonders zur Bezeichnung der sogenannten ***Dritten Welle der Verhaltenstherapie*** etabliert hat. Diese Dritte Welle der Verhaltenstherapie ist für die vorliegende Arbeit insofern von besonderer Bedeutung, als diese den Anspruch vertritt, sich mit Fragen und Themen zu befassen, die aus anderen Therapierichtungen stammen. Bevor darauf näher eingegangen wird, sollen jedoch zunächst kurz die ersten beiden Wellen von Verhaltenstherapie beschrieben werden.

### **Die Erste Welle der Verhaltenstherapie**

Die Erste Welle der Verhaltenstherapie baute auf wissenschaftlichen Labor-Studien zu Verhalten und Lernen auf. Sie war durch die Unzufriedenheit mit bzw. Rebellion gegen die in den 50er Jahren vorherrschende psychoanalytische Tradition geprägt. Die Vertreter der Ersten Welle wollten experimentell zeigen, dass Verhalten durch einfache Kontingenzen erklärt werden kann und es keiner komplizierten, oft auch als bizarr bezeichneten psychoanalytischen Interpretationen bedürfe. Als bekannte Werke der Ersten Welle gelten beispielsweise die Arbeiten von Wolpe (1958), der Behandlungsstrategien aufbauend auf dem Prinzip der klassischen Konditionierung beschrieb, und von Skinner (1953), der für eine Rekonzeptualisierung von Psychotherapie auf Verhaltensbasis plädierte. Die Methoden der Ersten Welle der Verhaltenstherapie umfassen Vorgehensweisen wie operante Konditionierung, Skills-Training und Expositions-Techniken. Sie konnten eine gute empirische Absicherung vorweisen und erfuhren eine große Verbreitung. Gleichzeitig ging die Reichhaltigkeit psychoanalytischer und humanistischer Konzepte mit dieser Fokussierung verloren (Hayes, 2004).

### **Die Zweite Welle der Verhaltenstherapie**

Gegen Ende der 1960er Jahre wurde die Idee einfacher assoziativer Lernkonzepte immer stärker hinterfragt und der Fokus auf vermittelnde psychologische Mechanismen gelegt. Die Computermetapher wurde herangezogen. Verhaltenstherapeuten dieser Generation waren der Überzeugung, dass sie sich den Gedanken direkter zuwenden müssen und dass kognitive Prozesse sehr stark an der Entwicklung, Aufrechterhaltung und Therapie psychischer Störungen beteiligt sind. Als Meilensteine dieser Entwicklung sind Becks kognitive Therapie (1976) und die Rational-Emotive Therapie (RET) nach Ellis (1962, 1970) zu bezeichnen. Viele Ideen der Ersten Welle wurden in der Zweite Welle übernommen und beibehalten, die kognitive Verhaltenstherapie daher häufig auch als Ergebnis eines „Integrationsprozesses“ bezeichnet: „Most therapists ... seemed to resolve the tension between the [first and second] ... wave by taking a very large step in the direction of cognitive therapy, but stopping just short

of abandonment of the first-wave sensibilities through the use of the “cognitive-behavior therapy’ (CBT) label” (Hayes, 2004, S. 643). Unter dem Begriff “CBT” oder “kognitive Verhaltenstherapie”<sup>8</sup> wurde eine Vielzahl von Therapieansätzen veröffentlicht, deren Gemeinsamkeit in der Identifikation, Korrektur, Testung und Disputation dysfunktionaler Kognitionen liegt.

### **Voraussetzungen für die Etablierung einer Dritten Welle der Verhaltenstherapie**

Zwei Entwicklungen förderten nach Hayes (2004) die Entwicklung der sogenannten Dritten Welle der Verhaltenstherapie: 1.) Der paradoxe Befund, dass zwar die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie immer wieder gezeigt werden konnte, dass aber gleichzeitig neuere Ergebnisse darauf hindeuten, dass direkte kognitive Veränderungen dafür nicht notwendig sind. 2.) Die Verhaltenstherapie hilft in ihrer bisherigen Form bei Persönlichkeitsstörungen nicht immer. 3.) Die Entwicklung konstruktivistischer und postmoderner Theorien hat zu Veränderungen von anthropologischen Grundannahmen der Verhaltenstherapie und damit zu einer Abwendung vom mechanistischen Menschenbild geführt.

### **Die Dritte Welle der Verhaltenstherapie**

Unter dem Begriff der Dritten Welle der Verhaltenstherapie werden eine Reihe von „Verhaltenstherapien“ verstanden, die sich nicht den traditionellen Konzepten der Verhaltenstherapie zuordnen lassen. Dazu zählen beispielsweise die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT, nach Linehan, 1993), die Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT, Segal, Williams & Teasdale, 2002) oder die Schematherapie nach Young (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Gemeinsamkeiten dieser Dritten Welle der Verhaltenstherapie sind nach Pawelzik (2007):

- 1.) Verändertes Menschenbild: Mensch nicht nur als konditionierbares Wesen mit Kognitionen, sondern als emotionales, bindungsgeprägtes, sinnbedürftiges Wesen
- 2.) Arbeit an frühgeprägten Schemata
- 3.) Therapeutische Beziehung als Hebel
- 4.) Emotionen werden viel direkter und stärker angesprochen
- 5.) Weniger Direktivität, mehr Prozessorientierung

Zusätzlich werden die Ressourcenorientierung, die Anwendbarkeit therapeutischer Prinzipien auch für den Therapeuten und die Orientierung auf die Funktion von Gedanken, Gefühlen und Handlungen als Charakteristika der Dritten Welle benannt (Hayes, 2004). Die empirische Orientierung, die die Erste und Zweite Welle der VT kennzeichnet, soll in der Dritten Welle

---

<sup>8</sup> In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe „Verhaltenstherapie“ und „kognitive Verhaltenstherapie“ wie in Deutschland üblich synonym verwendet.

ebenso beibehalten werden. Bisher liegen jedoch weit weniger empirische Befunde als für die Verhaltenstherapie der Zweiten Welle vor. In einer Meta-Analyse von 13 RCT Studien kommt Öst (2008) zu dem Befund, dass die „Third-Wave“-Studien weniger stringent durchgeführt seien als die „CBT Studien“, dass sie aber eine mittlere Effektstärke aufweisen.

Besonders interessant und auch viel diskutiert ist das oben bereits genannte Merkmal der *Überschneidung von VT der Dritten Welle mit anderen Therapierichtungen*. Dieses führt zu zwei zentralen Fragen und Debatten: 1. Die Frage, wo VT anfängt und wo sie aufhört. Schlüter (2006) bringt dies mit der Kapitelüberschrift „Was benötigt eine Verhaltenstherapie zum Gelingen – und ist das noch Verhaltenstherapie?“ prägnant auf den Punkt. 2. Die Frage, was Verhaltenstherapie für sich beanspruchen darf und was nicht. Dabei wird sowohl von Vertretern innerhalb der VT als auch besonders von Vertretern anderer Richtungen kritisch diskutiert, inwiefern eine Verhaltenstherapie der Dritten Welle Konzepte und Vorgehensweisen für sich beanspruchen darf, die in anderen Therapieansätzen ihren Ursprung haben (siehe hierzu die Diskussion in Kapitel 10.3.2, 10.4.1 und 10.4.5). Wenn Schlüter (2006) in diesem Kontext den Begriff „Lügen in der Verhaltenstherapie“ (S. 321) einführt, macht dies die Brisanz des Themas deutlich. Besondere Relevanz bekommt dieses Thema noch zusätzlich vor dem Hintergrund der deutschen Anerkennungspraxis (siehe Einleitung), bei der nur VT, TP und PA über die Krankenkassen abgerechnet werden können. Kleiber vermutete bereits (1997), dass „es zu einer breiten Übernahme anerkannter z.B. verhaltenstherapeutischer Ausbildungsstandards kommen wird, so daß schulenspezifische Spezialisierung nur noch innerhalb eines breiteren VT-Verständnisses realisiert werden“ (S. 240). Ein weiterer Grund, warum die Diskussion um diese Fragen solch eine besondere Brisanz bekommen hat, besteht sicherlich auch darin, dass in den letzten Jahren ein Trend zur Verbreitung und besonderen Stellung von Verhaltenstherapie in Forschung und Praxis – sowohl in den USA als auch in Deutschland – zu verzeichnen ist. Dieser Trend soll im Folgenden skizziert werden.

## **4.2. Verbreitung und „Vorreiterstellung“ von Verhaltenstherapie in Forschung und Praxis**

Schon 1999 kamen Robins, Gosling und Craik in einer empirischen Untersuchung von Veröffentlichungen in der (amerikanischen) akademischen Psychologie zu dem Ergebnis, dass die kognitive Therapie den am häufigsten zitierten Therapieansatz darstellte. Auch in der Debatte um die sogenannten „empirically supported treatments“ (EST) kommt der CBT eine

besondere Stellung zu, da auf der Liste der von der Division 12 (Clinical Psychology) der American Psychological Association (APA) als empirisch gestützte Psychotherapie eingeschätzten Therapien die überwiegende Mehrheit verhaltenstherapeutische Behandlungen sind. Auf die Kontroverse um die EST und die damit verbundenen methodologischen Überlegungen soll hier nicht näher eingegangen werden (siehe dazu beispielsweise Bohart, 2000, 2005; Chambless, 1996; Chambless & Hollon, 1998; Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004). Wichtig ist jedoch, dass diese Liste amerikanische Versicherungsgesellschaften, das managed-care System sowie die Geldgeber von Forschungsförderung stark beeinflusst. Kritiker wie beispielsweise Bohart, O'Hara und Leitner (1998) sehen hier „finanzielle und territoriale Motive“ (S. 142) im Vordergrund, während Befürworter die Verbreitung von VT als nachweislich wirksamem Therapieansatz begrüßen. In seinem Beitrag „All you need is CBT?“ spitzt Holmes (2002) die Tendenz zur verbreiteten Empfehlung von VT zu, indem er kritisiert:

In each of these publications due homage is paid to psychotherapy as a multifaceted, pluralistic enterprise in which a range of therapies is required to meet patients' various needs. Yet, when detailed recommendations are examined there is no doubt that cognitive behavior therapy is promoted as the therapy of choice. ... Other therapies achieve honourable mentions, but usually as also rans. (S. 288)

Ein weiterer Hinweis auf eine gegenüber anderen Therapieansätzen erhöhte Verbreitung von Verhaltenstherapie zeigen Untersuchungen zur theoretischen Orientierung von Praktikern. Hier stellt eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Orientierung die zweithäufigste theoretische Orientierung von amerikanischen Psychotherapeuten dar, gerade in den letzten Jahren ist diese sogar dabei, die bisher häufigste Orientierung – eine eklektisch/integrative (siehe Kapitel 6.1.2) – abzulösen (Norcross, 2005). Und innerhalb der eklektisch/integrativen Orientierung ist die kognitive Verhaltenstherapie diejenige, die am häufigsten mit anderen Richtungen kombiniert wird.

Auch in Deutschland finden sich Hinweise auf eine besondere Stellung von Verhaltenstherapie: 66% der Lehre im Diplomstudiengang Psychologie ließen sich laut einer bundesweiten Umfrage von Kröner-Herwig, Fydrich und Tuschen-Caffier (2001) der Verhaltenstherapie zuordnen (GT: 18%, TP: ca. 7%, PA: ca. 7%); den Recherchen von Strauss et al. (2009) zufolge sind mittlerweile sogar 87% der Lehrstühle VT orientiert. Auch lasse sich die Tendenz von VT-ausgerichteten Lehrstühlen feststellen, VT deutlich ausführlicher als andere Ansätze darzustellen, während Universitäten mit psychodynamischer oder sonstiger Ausrichtung eher eine ausgewogene Darstellung vornähmen. In den

Lehrbüchern der Klinischen Psychologie wird Verhaltenstherapie zunehmend als wichtigster oder einziger Therapieansatz (z.B. Petermann & Reinecker, 2005; Rief, Exner & Martin, 2006, siehe auch Kapitel 5.2.) oder als wünschenswertes Verständnis von Psychotherapie dargestellt (Wittchen & Hoyer, 2006). Zudem folgt der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie ebenso wie die Kommissionen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), die derzeit an der Entwicklung von „(Behandlungs-)Leitlinien“ arbeiten, der oben genannten EST-Liste. Auch bei der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten zeigt sich in den letzten Jahren eine höhere Auslastung der Verhaltenstherapie-Ausbildungsgänge als bei den anderen Verfahren (siehe Ruggaber, 2008, Kapitel 2.2). Bezüglich der Kassensitze in Deutschland lässt sich festhalten, dass in der ambulanten Psychotherapie inzwischen beinahe ebenso viele Verhaltenstherapien wie tiefenpsychologisch/psychoanalytische Psychotherapien durchgeführt werden (Vogel, 1999, siehe Kapitel 6.1.2). Für 2008 betrug der Anteil von an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeuten im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie 46% (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008).

Ausgehend von diesen Trends und Entwicklungen stellt sich die Frage, welche Gründe es für diese Verbreitung und besondere Stellung von VT geben könnte. Mit dieser Frage hat sich Daiminger (2007) u.a. in ihrer Untersuchung zur Geschichte der Professionalisierung der Verhaltenstherapie (und der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie) befasst. Auch wenn ihre Ergebnisse sich lediglich auf die BRD beziehen, ermöglichen sie hilfreiche Erkenntnisse bezüglich der Attraktivität von Verhaltenstherapie und sollen daher im Folgenden kurz skizziert werden.

### **4.3. Attraktivität von VT und Gründe für ihre Etablierung**

Als Gründe für die Attraktivität von Verhaltenstherapie und für ihre Etablierung erarbeitet Daiminger (2007) anhand von 31 Interviews mit bedeutenden Zeitzeugen sowie anhand von zahlreichen Quellenmaterialien sechs Begründungskategorien. Verhaltenstherapie konnte sich demnach in der BRD besonders gut etablieren, da sie eine besondere Form der *Passung und Anschlussfähigkeit* aufweist: Passung und Anschlussfähigkeit beispielsweise an die empirische, experimentelle Psychologie und ein naturwissenschaftliches Verständnis; an ein medizinisches Denken und eine damit verbundene Kassenkompatibilität; an die Idee von Materialismus und Rationalität; an die Psychiatrie-Reform und psychosoziale Versorgung usw. Damit sei laut den Untersuchungsteilnehmern ein politisches Geschick und eine Besetzung von Schlüsselpositionen einhergegangen. Ein weiterer Attraktivitätsaspekt von VT ist das *Identifikationspotenzial*: VT als originär psychologischer Ansatz zeige die

Leistungsfähigkeit der Psychologie auf; stärke durch ihre Fortschrittlichkeit das Selbstbewusstsein und übe Faszination aus; habe Psychologen eine Berufsrolle und Identität ermöglicht; gelte als jung, dynamisch und modern. Ebenso hebt Daiminger das **Innovationspotential** hervor, das sich in einem neuen Schwung, der Betonung von Veränderungsmöglichkeiten, von Therapie als Experiment und der Prozessdiagnostik ebenso ausdrücke wie in ihrer Transparenz, dem Fehlen von Dogmen bzw. einem Übervater und der Bereitstellung von Heuristiken und Praktiken. Hier wird als ein weiterer Aspekt auch das Integrationspotential der Verhaltenstherapie betont. Eine weitere wichtige Kategorie stellt die **Handlungs- und Problemorientierung, Effektivität und Machbarkeit** dar. Als weitere Gründe der Etablierung erweisen sich zuletzt die **empirische Orientierung und Wissenschaftlichkeit** (viele Forschungsarbeiten, internationales Renommee, empirisch-experimentelle Orientierung) sowie **ökonomische Faktoren** (kurze Behandlungen, kurze Ausbildungen).

Gleichzeitig macht Margraf (2000) aber auch auf die häufig sehr **negative Fremdwahrnehmung** der Verhaltenstherapie aufmerksam. Verhaltenstherapie werde durch ihre wissenschaftlich orientierte Fachsprache oft als **technizistisch und gefühllos** angesehen. Amerikanische Untersuchungen zur Akzeptanz der Verhaltenstherapie (Heckerenz, 1991) zeigen tatsächlich häufige Negativurteile, wobei das Urteil dort umso negativer ausfiel, je weniger die Befragten von Verhaltenstherapie wussten.

#### **4.4. Zusammenfassung**

Verhaltenstherapie lässt sich aufgrund ihrer Vielfalt und Heterogenität schwer exakt definieren. Sie hat in ihrer ca. 50-jährigen Geschichte drei „Wellen“ durchlaufen. Besonders die aktuelle Dritte Welle der Verhaltenstherapie, die sich stärker als vorher beziehungs-, emotions- bzw. achtsamkeitsorientiert definiert, ist für die vorliegende Arbeit insofern von besonderer Bedeutung, als sie den Anspruch vertritt, sich mit Fragen und Themen zu befassen, die aus anderen Therapierichtungen stammen. Neben dieser inhaltlichen Veränderung von Verhaltenstherapie (oder auch gerade deswegen?) ist ein weiterer Trend zu beobachten: Es spricht einiges dafür, dass Verhaltenstherapie in den letzten Jahren eine besondere Verbreitung erfahren hat und eine spezielle Stellung in Forschung und Praxis eingenommen hat. Gründe für diese Attraktivität von VT wurden diskutiert.

## **5. METHODENINTEGRATION – EIN VIELDISKUTIERTER VORSCHLAG ZUM UMGANG MIT PLURALITÄT IN DER PSYCHOTHERAPIE**

### **5.1. Das Verhältnis verschiedener Therapieansätze zueinander**

In Kapitel 4 wurde die Verhaltenstherapie exemplarisch als ein Therapieansatz vorgestellt, mit dem sich Therapeuten im Laufe ihrer Ausbildung auseinandersetzen. Nun gibt es aber natürlich neben der Verhaltenstherapie zahlreiche andere Ansätze von Psychotherapie (für eine genaue Begriffsbestimmung des Begriffs „Ansatz“ siehe Kapitel 5.2). Historisch betrachtet haben sich im Laufe der Zeit eine Reihe von Therapieansätzen herausgebildet (der historisch älteste therapeutische Ansatz ist die Psychoanalyse), die unterschiedliche Auffassungen darüber vertreten, wie der Mensch funktioniert, was psychische Störungen sind, wie diese entstehen und zu behandeln sind: „There are clearly different theoretically based approaches to counseling and psychotherapy ... which rest on different, if not opposing, philosophical assumptions about human nature, behavior, and experience“ (Poznanski & McLennan, 1995a, S. 411). Häufig haben sich neue Ansätze auch in Auseinandersetzung mit oder in Abgrenzung zu bestehenden Therapieansätzen entwickelt, z.B. Verhaltenstherapie in Abgrenzung zur Psychoanalyse (siehe Kapitel 4.1). Für die große Variationsbreite an therapeutischen Ansätzen werden drei Gründe genannt (Ambühl et al, 1995): 1. Auseinandersetzung mit unterschiedlichem Klientel; 2. unterschiedliche soziale Bedingungen und Lebensumstände der Patienten, 3. Unterschiede in den Überzeugungen, Wertvorstellungen und Persönlichkeiten von Therapeuten. Jeder dieser therapeutischen Ansätze (verschiedene Einteilungsversuche finden sich in Kapitel 5.2) hat im Laufe der Zeit einen immensen Korpus an eigener Literatur hervorgebracht, ebenso findet sich eine Fülle von Literatur zu den Unterschieden zwischen verschiedenen Therapieansätzen (vgl. z.B. Hörmann & Textor, 1992; Jaeggi, 1995).

Im *Umgang mit dieser Pluralität* psychotherapeutischer Modellvorstellungen haben sich verschiedene Zugänge entwickelt (Bastine, 1998):

1) ***Nebeneinander therapeutischer Ansätze***: Die verschiedenen therapeutischen Ansätze bestehen nebeneinander und repräsentieren verschiedene Zugänge und Sichtweisen des komplexen Systems Mensch. Ausführungen zu diesen Sichtweisen finden sich jeweils in der spezifischen Literatur der einzelnen Ansätze (also in der psychoanalytischen, humanistischen,

systemischen Literatur usw.). Da es in dieser Arbeit – mit Ausnahme der Verhaltenstherapie als exemplarischem Ansatz – nicht darum geht, die Ansätze in ihren *Inhalten* vorzustellen, wird auf diese Literatur in der vorliegenden Arbeit nicht näher eingegangen. Nach Bastine (1998) und Norcross (2005) sowie Bohart, O'Hara und Leitner (1998) beziehen sich Therapeuten oft auf diesen Zugang des Nebeneinanders, wenn es um Fragen der materiellen Absicherung (siehe Kapitel 5.6) geht und entwickeln diese Position zu einer Position der Konkurrenz und Verabsolutierung ihres Ansatzes.

2) **Integration:** Hier wird versucht, die verschiedenen Modellvorstellungen zusammenzuführen und zu kombinieren. Hierzu findet sich eine Fülle von Literatur. Während dieser Zugang zu Beginn der 70er Jahre nur gelegentlich Erwähnung fand, nahm das Interesse im Verlauf der 70er Jahre immer mehr zu und führte ab 1980 zu einem explosionsartigen Interesse und zu unzähligen Publikationen. Daher wird dieser Zugang in Kapitel 5.3 bis 5.5 ausführlich dargestellt.

3) **Ergänzung:** Hier wird die Position vertreten, dass die verschiedenen Konzeptionen sich gegenseitig ergänzen und gemeinsam das gesamte Feld der Psychotherapie abdecken. Zu diesem Zugang findet sich wenig eigenständige Literatur. Sie wird daher nicht gesondert vorgestellt, sondern unter dem Kapitel Integration mitbehandelt.

4) **Störungsspezifischer Zugang:** Ein neuerer Trend zum Umgang mit dem Pluralitätsdilemma ist die störungsspezifische Psychotherapie. Dieser Ansatz geht von einzelnen Störungsbildern aus (z.B. Angst, Depression, Sucht, Essstörung, Schizophrenie) und versucht auf der Basis der zu diesem Störungsbild vorliegenden empirischen Erkenntnisse (egal aus welchem theoretischen Ansatz sie stammen) eine optimale Therapie zu entwickeln. Dieser Zugang lässt sich nur empirisch überprüfen und ist kein Thema, zu dem man als Therapeut eine eigene Position finden muss (anders als bei 1-3), daher wird auf diesen Zugang in der vorliegenden Arbeit nicht vertieft eingegangen.

Zusammenfassend liegt der Fokus in diesem Kapitel 5 nicht darin, die *Inhalte* verschiedener Therapieansätze vorzustellen, so wie es in Kapitel 4 in geraffter Form für die VT getan wurde. Vielmehr besteht das Ziel darin, aufzuzeigen, welche theoretischen Überlegungen es zum Verhältnis verschiedener Therapieansätze gibt. Dabei wird im Folgenden zunächst eine einführende Begriffsbestimmung vorgenommen, bevor dann der Zugang der Methodenintegration als ein vieldiskutierter Umgang mit Pluralität ausführlicher vorgestellt wird.

## 5.2. Begriffsbestimmung: Methode, Schule, Verfahren, Ansatz, Richtung

In der Literatur zu Psychotherapie findet sich eine Vielzahl von begrifflichen Unklarheiten und Verwirrungen bezüglich der Begriffe rund um das Thema „Therapieschule“. So ist von *Therapiemethoden, Techniken, Strategien, Richtungen, Ansätzen, Schulen, Verfahren, Grundkonzepten und Grundorientierungen* die Rede. Noch vielfältiger als die Begriffe sind die darunter zu verstehenden Konzepte, Auffassungen und Einteilungen (vgl. z.B. Bastine, 1998; Kriz, 2007; Meyer, Richter, Grawe, v.d. Schulenburg & Schulte, 1991; Petzold, 1994; Reimer, Eckert, Hautzinger & Wilke, 1996; Senf & Broda, 2000; Wampold, 2001; Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2008, 2009; Wittchen & Hoyer, 2006). Bisher ist keine einheitliche und verbindliche Einteilung gelungen. Daher wird in Tabelle 6 dargestellt, welche Einteilung in der vorliegenden Arbeit gewählt wird. Im Text wird dann erläutert, auf welche Autoren dabei jeweils Bezug genommen wird.

**Tabelle 6: Begriffsbestimmung: Methode, Schule, Verfahren, Ansatz, Richtung**

<p><b>Meta-Theorien</b>  <i>Beispiel:</i> Medizinisches vs. kontextuelles Modell der PT</p>
<p><b>Psychotherapeutische Ansätze</b>  <i>Synonym:</i> Psychotherapeutische Richtungen, Theorien, Grundorientierungen  <i>Spezieller Begriff:</i> Psychotherapie-Schulen (veraltet)  <i>Beispiel:</i> Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie</p>
<p><b>Psychotherapeutische Verfahren</b>  <i>Beispiel:</i> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  <i>Kontext:</i> Rechtliche Situation in Deutschland</p>
<p><b>Psychotherapeutische Methoden</b>  <i>Beispiel:</i> Katathymes Bilderleben</p>
<p><b>Psychotherapeutische Techniken</b>  <i>Beispiel:</i> Gegenübertragungsdeutung, Exposition in vivo, Disputation  maladaptiver Kognitionen usw.</p>

**Meta-Theorien der Psychotherapie:** Auf der höchsten Abstraktionsstufe befinden sich die sogenannten Metatheorien, nämlich z.B. das medizinische vs. kontextuelle Modelle der Psychotherapie (nach Wampold, 2001) bzw. das organische, psychosoziale und biopsychosoziale Rahmenmodell (nach Bastine, 1998). Diese befinden sich auf einer Ebene noch über den psychotherapeutischen Ansätzen und befassen sich beispielsweise mit der Frage, ob psychische Störungen organisch bedingt sind (oder nicht) und ob Veränderungen in der Psychotherapie durch die spezifischen therapeutischen Handlungen des Therapieansatzes zustande kommen oder durch unspezifische ansatzübergreifende Faktoren. Diese Ebene der Betrachtung steht nicht im Zentrum der vorliegenden Arbeit.

**Psychotherapeutische Ansätze:** Auf der nächsten Ebene befinden sich die sogenannten psychotherapeutischen Ansätze (Kriz, 1985), Richtungen, Grundkonzepte (Kriz, 2007) oder Grundorientierungen (Meyer, Richter, Grawe, v.d. Schulenburg & Schulte, 1991). Die Kernannahmen der psychotherapeutischen Ansätze enthalten meist Vorstellungen darüber, was psychische Störungen sind, welche Bedingungen und Prozesse zu ihrer Entstehung führen (Störungstheorie), wie diese zu behandeln sind (Therapietheorie) und auf welchem Menschenbild sie aufbauen (anthropologische Konzeption). In der Literatur findet sich eine Fülle von Einteilungsversuchen psychotherapeutischer Ansätze. In Tabelle 7 werden einige Systematiken dargestellt. Am Beispiel der VT wird aufgezeigt, wie diese von verschiedenen Autoren eingeordnet wird.

**Tabelle 7: Einteilungsversuche psychotherapeutischer Ansätze (mit besonderem Schwerpunkt auf VT)**

**Senf & Broda. (2000). Praxis der Psychotherapie**

Verfahren:

- Psychoanalytische Psychotherapie
- **Verhaltenstherapie**
- Systemische Therapie
- Andere psychotherapeutische Methoden
- Integrative Therapieansätze

**Meyer, Richter, Grawe, Schulenburg, Schulte (1991) – Forschungsgutachten**

- Humanistische Therapieverfahren
- Psychoanalytische Therapieverfahren
- **Verhaltenstherapeutische und kognitive Therapieverfahren**
  - Kognitive Therapiemethoden
  - Biofeedback
  - Systematische Sensibilisierung
  - Training sozialer Kompetenzen
  - Reizkonfrontation
  - Aversionstherapie
  - Selbstkontrollverfahren
- Familientherapien
- Hypnose, Autogenes Training, Entspannungsverfahren

**Kriz (2001) – Grundkonzepte der Psychotherapie**

- Tiefenpsychologie
- **Verhaltenstherapie**
  - Lerntheoretische Verhaltenstherapie
  - Kognitive Verhaltenstherapie
  - Rational-emotive Therapie
- Humanistische Ansätze
- Systemische Ansätze

**Reimer, Eckert, Hautzinger & Wilke (1996). Lehrbuch für Ärzte und Psychologen**

- Verbale und handlungsbezogene Psychotherapieverfahren
  - Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie
  - Gesprächspsychotherapie
  - **Verhaltenstherapie und kognitive Therapie**
- Suggestive und Entspannungsverfahren
- Körperorientierte Psychotherapie
- Familien- und Paartherapie

**Wittchen & Hoyer (2006). Klinische Psychologie und Psychotherapie.**

Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Verfahren im Überblick:

- Operante Verfahren
- Entspannungsverfahren
- Reizkonfrontationsmethoden
- Kognitive Therapieverfahren
- Training der Selbstsicherheit, sozialer Fertigkeiten und der Kommunikation
- Stressbewältigungs- und Problemlösetrainings
- Motivierende Interventionsstrategien
- Ressourcenaktivierung
- Hausaufgaben und Verhaltensverträge
- Psychoedukation

Eine wichtige definitorische Klarstellung nehmen Hollanders & McLeod (1999) mit ihrer Unterscheidung zwischen einem „broad-band“ und einem „narrow-band approach“ vor. Ein broad-band approach kann verstanden werden als „metatheory with an underpinning philosophy that may be worked out through a number of different approaches and techniques when applied to practice“ (S. 406). Demgegenüber ist der narrow-band approach als spezifische Anwendung des broad-band approaches in der Praxis zu verstehen (in Deutschland entspricht dem wohl am ehesten der Begriff des „Verfahrens“, siehe unten). Die Autoren nennen als Beispiel die klientenzentrierte Beratung (narrow-band) als eine mögliche Anwendungsform des humanistischen Modells (broad band). Auch Bastine (1998) macht auf diesen Umstand aufmerksam, wenn er darauf hinweist, dass die Modelle „eigentlich jeweils nur eine ‚Theriefamilie‘ [darstellen], deren Mitglieder zusammen gehören, weil sie in einigen, aber keineswegs in allen wichtigen Merkmalen übereinstimmen“ (S. 81). Da sich schon in der Literatur keine einheitliche Einteilung und klare Unterscheidung findet – Schiepek (1994) und Parfy (1996) bezeichnen Therapieansätze als „fuzzy concept“ (S. 86) –

wurde in der vorliegenden Arbeit auch nicht zwischen diesen Ebenen unterschieden. Es interessiert vielmehr, wie Therapeuten bei dieser unklaren Ausgangslage mit therapeutischen Ansätzen umgehen, ihre eigene Ordnung schaffen und ihre Position erarbeiten.

**Psychotherapie-Schulen:** Der Begriff der Therapieschule ist laut Bastine (1998) unglücklich gewählt und wird laut WBP (2008) heute eher vermieden. Dennoch hat er eine lange Tradition und ist intuitiv leichter verständlich als der Begriff des Therapieansatzes, der Richtung oder der Grundorientierung. In der vorliegenden Arbeit wird dieser Begriff immer dann verwendet, wo es aus Gründen des Leseflusses oder der leichteren Verständlichkeit nicht umgegangen werden kann. Hierbei wird der Begriff dann als Synonym für Therapieansatz oder –richtung verwendet. Auch der Begriff Schulenzugehörigkeit wird verwendet, jedoch nicht im Sinne einer Anhängerschaft, der dem Begriff der „Schule“ manchmal anhaftet. Vielmehr wird der Begriff der Schulenzugehörigkeit als leicht verständlicher Begriff gewählt, wenn es um die Position des Therapeuten zum Thema Therapieschule geht.

**Psychotherapeutische Verfahren:** Der Begriff des Verfahrens wird in der vorliegenden Arbeit verwendet, wenn explizit auf die Situation in Deutschland Bezug genommen wird. Wenn also beispielsweise davon die Rede ist, dass Therapeuten sich in Deutschland für eine vertiefte Ausbildung in einem *Verfahren* entscheiden müssen oder dass bisher fünf *Verfahren* als wissenschaftlich anerkannt gelten. Unter Psychotherapieverfahren versteht der WBP (2008) einen Ansatz, der sich in seinen Theorien (Ätiopathogenese, Behandlungsstrategie, Indikationsstellung, Behandlungsplanung, Beziehungsgestaltung) für ein breites Störungsspektrum auf gemeinsame Grundannahmen stützt. Die *anthropologischen* Grundannahmen spielen hier jedoch keine (explizite) Rolle. Mit dieser Definition folgt der WBP explizit den Psychotherapierichtlinien. In Deutschland wissenschaftlich anerkannte Verfahren in diesem Sinne sind: PA, TP, VT, GT und seit kurzem SYS.

**Psychotherapeutische Methoden:** Auf einer niedrigeren Abstraktionsstufe, jedoch noch über den psychotherapeutischen Techniken, befinden sich die psychotherapeutischen Methoden. Der Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2008) definiert Methoden ähnlich wie Verfahren, sieht diese aber auf eine oder wenige Störungen begrenzt (z.B. Dialektisch-Behaviorale Therapie, DBT). Petzold (1994) hebt in seiner Definition von Methoden vor allem das theoriegeleitete, systematische Handeln in der Praxis (Praxisstrategien) hervor. Als Beispiel kann hier etwa das katathyme Bilderleben genannt werden.

**Psychotherapeutische Techniken:** Hierunter werden zuletzt sehr spezifische und konkrete Vorgehensweisen des Therapeuten in der Therapie verstanden (Wampold, 2001;

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2008). Diese befinden sich auf der niedrigsten Abstraktionsstufe. Ein Beispiel wäre hier die Gegenübertragungsdeutung oder die Exposition *in vivo*.

Zur Vereinfachung wird die Ebene der Strategien und Veränderungsprozesse (z.B. Möglichkeit des Patienten, neue Lernerfahrungen zu machen, Einsicht zu erlangen, eine Erklärung für seine Probleme zu bekommen, Feedback durch den Therapeuten zu erhalten oder die Möglichkeit zur Spannungsreduktion und Katharsis), die Goldfried (1980) zwischen den Techniken und therapeutischen Ansätzen ansiedelt, an dieser Stelle nicht weiter berücksichtigt.

Die eben vorgestellte Begriffseinteilung gilt im Ergebnisteil der vorliegenden Arbeit natürlich nicht, da die Interviewpartner die Begriffe jeweils unterschiedlich verwenden. Hierbei ist dann eher von Interesse, wie die Begriffe jeweils verwendet werden und welche Funktion dieser Art der Verwendung zukommt. Nachdem nun der Begriff des psychotherapeutischen Ansatzes und der Methode erläutert wurde, wird im folgenden Kapitel vorgestellt, welche Konzepte zur Integration verschiedener Ansätze und Methoden es gibt.

### **5.3. Integrative Konzepte der Psychotherapie**

In der Literatur werden verschiedene ansatzübergreifende Konzepte der Psychotherapie diskutiert, die üblicherweise unter dem Begriff „Methodenintegration“ behandelt werden (eine genaue Begriffsbestimmung des Begriffs „Integration“ findet sich in 5.4). Diese Konzepte stammen ursprünglich aus den USA und werden in der englischsprachigen Literatur auch als *routes to integration* bezeichnet (Norcross, 2005). Die Modelle überschneiden sich teils in ihrer Logik, teils verwenden sie unterschiedliche Systematiken. Als gemeinsames Ziel der Konzepte zur Psychotherapieintegration wird häufig die Erhöhung der Wirksamkeit von Psychotherapie genannt. Drei Modelle finden sich immer wieder, wenn es um die Integration von Psychotherapie geht (Goldfried, 2001; Huber, 2000; Norcross & Goldfried, 2005; Wampold, 2001): *technischer Eklektizismus*, *theoretische Integration* und die *Suche nach gemeinsamen Wirkfaktoren*. Während sich diese drei Modelle in fast allen Übersichtsarbeiten finden, herrscht bezüglich weiterer ansatzübergreifender Modelle bei verschiedenen Autoren weniger Einheitlichkeit. Im *Handbook of Psychotherapy Integration* wird als vierte „route to integration“ die *assimilative Integration* genannt (Norcross, 2005). Butollo, Rosner & Wentzel (1999) nennen dagegen *empirisch-theoretische Modelle*, die auf den Ergebnissen der Therapieforschung aufbauen (z.B. das Generic Model of Psychotherapy von Orlinsky &

Howard, 1987), oder die Allgemeine Psychotherapie von Grawe (1995, 1998, 2000, 2005a). Zudem werden in letzter Zeit als Alternative zum „Schulendenken“ immer häufiger auch störungsspezifische Therapieansätze vorgelegt. Im Folgenden werden die drei klassischen Modelle der Methodenintegration sowie zusätzlich die Assimilative Integration skizziert, bevor in Kapitel 5.4 eine Begriffsbestimmung der Begriffe „Integration“ und „Eklektizismus“ für die vorliegende Arbeit vorgenommen wird. Wichtig ist schon an dieser Stelle zu betonen, dass die Grenzen zwischen den ansatzübergreifenden Modellen tatsächlich fließend sind und dass sie in der Literatur nur zu Systematisierungszwecken voneinander getrennt werden.

### ***Technischer Eklektizismus***

Das Modell des technischen Eklektizismus ist das am wenigsten theoretische der Modelle der Methodenintegration, d.h. das Vorgehen wird hauptsächlich von praktischen Erwägungen und empirischen Befunden geleitet, weniger von übergreifenden theoretischen Modellen, was aber nicht bedeutet, dass das Vorgehen atheoretisch ist. Vertreter des technischen Eklektizismus versuchen, die beste Behandlung für den Patienten und sein Problem zu finden. Dabei orientieren sie sich an empirischen Befunden dazu, was bei ähnlichen Patienten mit ähnlichen Problemen bisher geholfen hat. Da es um die Passung bzw. Interaktion (I) zwischen Merkmalen des Patienten (A) und der Behandlung (T) geht, werden diese Ansätze auch als „Aptitude-Treatment-Interaction-Models“ bezeichnet (ATI-Forschung). Beispiele für Modelle des technischen Eklektizismus sind die multimodale Therapie nach Lazarus (2005) oder die Systematic Treatment Selection (STS) nach Beutler (z.B. Beutler, Consoli & Lane, 2005), in der beispielsweise angenommen wird – und auch empirisch gezeigt werden konnte – dass hoch reaktante Patienten von direktiven Therapieformen wie der Kognitiven Verhaltenstherapie weniger profitieren als von non-direktiven Therapien. Kennzeichnend für den technischen Eklektizismus ist, dass therapeutische Methoden und Techniken, die ursprünglich aus verschiedenen therapeutischen Ansätzen stammten, losgelöst von diesen Ansätzen eingesetzt werden können. D.h. hier wird keine Verbindung zwischen Theorie und Techniken angenommen.

### ***Theoretische Integration***

Dieses ist anders beim Modell der theoretischen Integration. Hier wird versucht, zwei oder mehr Theorien miteinander zu verbinden. Wie der Name verrät, liegt der Fokus darauf, zugrunde liegende *Theorien* der Psychotherapie zu integrieren ("theory smushing", Norcross, 2005), was aber von der Kombination von Techniken begleitet wird („technique melding“).

Auf diese Weise wird versucht, einen theoretischen Rahmen zu entwerfen, der die besten Elemente beider (bzw. aller) Theorien synthetisiert. Die so entstehende Theorie soll mehr enthalten als die Summe ihrer Teile. Als bekanntes Beispiel für die theoretische Integration gilt die Theorie der „cyclical psychodynamics“ von Paul Wachtel, in der er versucht, psychoanalytische und behaviorale Theorien zu integrieren (Wachtel, 1981). Auch die Kognitive Verhaltenstherapie, die heute bereits als eigenständiger Psychotherapieansatz gilt, ist eigentlich als Verbindung zweier ursprünglich getrennter Therapieansätze – der kognitiven Therapie und der Verhaltenstherapie – entstanden (siehe Kapitel 4.1).

### ***Der Ansatz der Gemeinsamen Wirkfaktoren (Common Factors)***

Das Modell der *Common Factors* sucht nach den Gemeinsamkeiten aller Therapieansätze. Die Grundannahme dieses Modells besteht darin, dass die Gemeinsamkeiten verschiedener Therapieformen bedeutsamer für den Therapieerfolg sind als die spezifischen Interventionen der verschiedenen Therapieansätze (z.B. Wampold, 2001). Das, was in der Psychotherapieforschung lange Zeit als „noise“ galt, wird hier als wichtigstes „signal“ (Omer & London, 1988) betrachtet. Das common-factors-Modell stellt einen Versuch dar, die geringen Wirksamkeitsunterschiede verschiedener Therapieansätze (das sogenannte „dodo-bird-verdict“, siehe Kapitel 5.5.1) zu erklären. Vertreter dieses Modells argumentieren, dass Psychotherapeuten vor allem aus Prestige- und finanziellen Gründen zeigen müssen, dass ihr spezieller Therapieansatz erfolgreicher als andere ist, aber dass diese Haltung durch die empirische Forschung eigentlich nicht zu halten ist. Wichtige Vertreter des common-factors Ansatzes sind Frank und Frank (1991) sowie Miller, Duncan und Hubble (2000). Eine häufig zitierte Einteilung der common factors stammt von Lambert (1992), demzufolge 30% der Ergebnisvarianz auf die gemeinsamen Faktoren zurückzuführen sind und zwar insbesondere auf die „working alliance“; 40% der Ergebnisvarianz auf Veränderungen außerhalb der Therapie, 15% auf Erwartungseffekte und nur 15% auf die therapiespezifischen Technikvariablen (siehe auch Assay & Lambert, 1999). Daneben wurden zahlreiche weitere Vorschläge zur Einteilung der common-factors vorgelegt. In ihrer Übersicht stellten Grencavage & Norcross (1990) fest, dass die Anzahl der publizierten Vorschläge zu den common factors mit jedem Jahr zunahm. Diese Vorschläge können hier nicht ausführlicher dargestellt werden. Eine historische Übersicht findet sich beispielsweise auch bei Duncan (2002). Neben den drei klassischen Ansätzen (technischer Eklektizismus, theoretische Integration, Gemeinsame Wirkfaktoren) wird im Folgenden noch die Assimilative Integration vorgestellt.

### ***Assimilative Integration***

*Assimilative Integration* bedeutet „a firm grounding in one system of psychotherapy but with a willingness to selectively incorporate (assimilate) practices and views from other systems“ (Messer, 1992). „Incorporate“ kann dabei als „aufnehmen, einbauen, berücksichtigen, eingemeinden, einschließen“ etc. übersetzt werden (<http://dict.leo.org>; Zugriff: 02.09.2008.). Aus Sicht ihrer Vertreter kombiniert die *Assimilative Integration* die Vorteile einer einheitlichen Theorie mit der Flexibilität einer breiten Palette von technischen Interventionen. Von Kritikern wird sie als Restposten bezeichnet für Personen, die sich weder für einen therapeutischen Ansatz noch für eine vollständig eklektische Position entscheiden können. Auch wird hier kritisch eingewendet, dass Aspekte aus anderen Therapierichtungen „einverleibt“ werden (Eckert & Biermann-Ratjen, 1990), im „Kampf um Territorien“ (siehe Kapitel 5.6) aber nicht offen gelegt werden. Als Beispiele einer assimilativen Integration können die *Assimilative Psychodynamic Therapy* (Stricker & Gold, 2005) oder die *Cognitive-Behavioral Assimilative Therapy* (Castonguay, Newman, Borkovec, Grosse Holtforth & Maramba, 2005) genannt werden (beide werden im *Handbook of Psychotherapy Integration*, 2005, beschrieben). Aufbauend auf dieser Darstellung der integrativen Modelle wird im Folgenden eine Bestimmung der Begriffe Eklektizismus und Integration vorgenommen.

### **5.4. Zweite Begriffsbestimmung: Integration & Eklektizismus**

In der Alltagssprache werden die Begriffe *Integration* und *Eklektizismus* relativ uneinheitlich und austauschbar verwendet. Auch Goldfried (2001) weist darauf hin, dass zu klären sei, was eigentlich genau unter Methodenintegration zu verstehen ist, obwohl sich dieser Begriff zunehmender Beliebtheit erfreue. Verschiedene Studien ergaben durch eine Befragung von Praktikern (Norcross & Napolitano, 1986; Norcross, Karpiak & Lister, 2005; Wolfe & Goldfried, 1988) die Begriffsunterscheidung von „Integration“ und „Eklektizismus“, wie sie in Tabelle 8 dargestellt ist.

**Tabelle 8: Die Unterscheidung zwischen Eklektizismus und Integration nach Wolfe & Goldfried (1988)**

<b>Eklektizismus</b>	<b>Integration</b>
Technisch	Theoretisch
Divergent	Konvergent
Aus vielen auswählen	Viele kombinieren
Vorhandenes anwenden	Neues kreieren
Ansammlung	Vermischung
Zusammentragen	Vereinigen
Atheoretisch, aber empirisch	Eher theoretisch als empirisch
Summe seiner Teile	Mehr als nur Summe
Realistisch	Idealistisch

Diese Unterscheidung wurde in einem vielzitierten kulinarischen Beispiel von Norcross und Napolitano (1986) folgendermaßen auf den Punkt gebracht: „The eclectic selects among several dishes to constitute a meal, the integrationist creates new dishes by combining different ingredients“ (S. 253). Butollo, Rosner und Wentzel (1999) machen darauf aufmerksam, dass der Begriff der Integration positiver besetzt ist als der Begriff des Eklektizismus – laut Norcross, Karpiak & Lister (2005) nannten sich doppelt so viele Therapeuten lieber integrativ als eklektisch. Dieses führen Butollo, Rosner und Wentzel (1999) darauf zurück, dass der Begriff des Eklektizismus mit dem sogenannten *Synkretismus* verwechselt werde. Darunter versteht man die unsystematische und unkritische Kombination von Methoden und Ansätzen ohne angemessenes Rational oder empirische Bestätigung; sie erfolgt je nach individuellen Fertigkeiten und subjektiven Vorlieben des Therapeuten. Demgegenüber beruht Eklektizismus auf klinischer Forschung und Erfahrung.

In der vorliegenden Untersuchung wird der Begriff „eklektisch“ aufgrund der eben beschriebenen Nähe zum Synkretismus nicht verwendet, dafür der Begriff „integrativ“ als übergeordneter Begriff verwendet (wobei dieser sich aber in seiner Bedeutung nicht auf die *theoretische* Integration beschränkt). D.h. der Begriff „integrativ“ wird in der vorliegenden Arbeit als übergeordneter Begriff verwendet. Als Synonym dazu wird der Begriff „ansatzübergreifend“ verwendet. Dem wird der Begriff „ansatzspezifisch“ gegenübergestellt.

Auch synonym verwendet werden die Begriffe „Integration“ und „Methodenintegration“, wobei hier Methoden nicht im Sinne von Techniken, sondern im Sinne von Verfahren gemeint sind. Es handelt sich bei „Methodenintegration“ um einen in der Literatur üblichen Begriff. Eine Ausnahme zu den eben genannten Definitionen bildet natürlich der Ergebnisteil, in dem auf die Aussagen der Interviewpartnerinnen Bezug genommen wird. Die Begriffe werden von den Therapeutinnen sehr unterschiedlich und mit jeweils unterschiedlicher Bedeutung verwendet. Auch folgt die vorliegende Untersuchung einem engeren Begriff von Integration, der weder die Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie noch die Kombination verschiedener Settings (Einzeltherapie, Paartherapie, Familientherapie, Gruppentherapie) beinhaltet. Es wird hier das traditionelle Verständnis von Integration übernommen: „...blending of diverse theoretical orientations and treatment formats“ (Norcross, 2005, S. 11).

### **5.5. Vor- und Nachteile von integrativer Psychotherapie – Eine langjährige Debatte**

Um die Vor- und Nachteile von Methodenintegration gibt es in der Psychotherapie – sowohl in der Praxis als auch der Forschung – eine umfangreiche und langjährige Debatte. Abgesehen von den gesetzlichen Vorgaben, die in verschiedenen Ländern unterschiedliche Anwendungsmöglichkeiten der in Kapitel 5.3 vorgestellten Modelle in unterschiedlichem Umfang ermöglichen, findet auch inhaltlich eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema statt. Hierbei fällt mehreres auf: 1) Die Argumente „dafür“ oder „dagegen“ werden manchmal relativ offen diskutiert, manchmal findet die Auseinandersetzung aber auch wie nebenbei, quasi zwischen den Zeilen und eher implizit statt. 2) Häufig wird die Gegenposition etwas überzeichnet dargestellt (z.B. „Wucherung“ von Therapieansätzen, „Exklusivitätsmythos“). 3) Dieselben Argumente bzw. dieselben empirischen Ergebnisse werden als Argumentationshilfe für entweder die eine oder die andere Position genutzt (z.B. das Wohl des Patienten; das dodo-bird-verdict). Auf die Vermischung von wissenschaftlicher Diskussion und berufspolitischen Interessen wird in Kapitel 5.6 näher eingegangen. Die Argumentationslinien machen häufig eine bestimmte Grundhaltung des Autors deutlich, die wenn man einmal darauf achtet, relativ klar erkennbar ist. Da eine neutrale Darstellung der Argumente sich als schwierig erweist, werden im Folgenden zunächst die Argumente für eine ansatzübergreifende Theorie – so wie sie von Befürwortern dieser Position vertreten werden – dargestellt, bevor dann die Argumente für eine therapiespezifische Psychotherapie aus der Sicht der Vertreter dieser Position vorgestellt werden. Die Argumente werden daher bewusst

im Indikativ und nicht im Konjunktiv formuliert, um die Sichtweise dieser Position jeweils zu verdeutlichen.

### **5.5.1. Argumente für eine integrative Psychotherapie**

Die Liste der Argumente für eine ansatzübergreifende (oder methodenintegrative) Psychotherapie ist lang. Explizit genannt werden diese Argumente beispielsweise bei Norcross (2005) oder Butollo, Rosner und Wentzel (1999), auf die sich die folgenden Ausführungen beziehen. Dieselben oder ähnliche Argumente finden sich aber auch – nur deutlich weniger explizit formuliert – bei diversen anderen Autoren. Als übergeordnetes Hauptargument wird immer wieder genannt, dass die Zeit der Rivalität und Ideologie vorbei und überholt ist. Im einzelnen finden sich folgende Argumente:

#### ***1. Lieber Psychotherapieansätze kombinieren als immer neue „erfinden“***

Als ein Faktor, der die Entwicklung von integrativer Psychotherapie begünstigt hat, wird die starke Zunahme von Therapiemethoden (auf weit über 400) genannt. In dieser Therapielandschaft, in der bewährte Ansätze neben qualitativ fragwürdigen Angeboten bestehen, verliert sowohl der Patient als auch der Therapeut den Überblick. Es wird daher als rationale Strategie bezeichnet, bereits bewährte Verfahren zu kombinieren anstatt immer neue Therapien zu erfinden. In leicht überzeichneter Formulierung wird dieses Argument auch als „Vermeidung der Wucherung“ von Therapiemethoden bezeichnet.

#### ***2. Kein Ansatz kann allen Patienten gerecht werden***

Dieses Argument, das häufig auch unter dem Schlagwort „Unzulänglichkeit einzelner Therapieansätze“ zu finden ist, bezieht sich darauf, dass klinische Probleme zu komplex sind als dass sie mit einem therapeutischen Ansatz komplett und ausreichend erklärt und behandelt werden könnten. Praktiker fragen sich gerade in Zeiten von Therapieschwierigkeiten oder – abbrüchen, welche Konzepte oder Methoden aus anderen Ansätzen sie in ihre therapeutische Tätigkeit einbeziehen könnten. Hier geht es also um eine Erhöhung der therapeutischen Wirksamkeit. Häufig wird hier auch das Wohl des Patienten als Argument genutzt. Beides ist interessant, da sich die Erhöhung der Wirksamkeit der Therapie ebenso wie das Wohl des Patienten auch unter den Argumenten für eine ansatzspezifische Psychotherapie findet (siehe Kapitel 5.5.2).

#### ***3. In der Praxis gibt es viel mehr Gemeinsamkeiten als gedacht***

In der Praxis zeigt sich, wie ähnlich das Vorgehen von Therapeuten verschiedener Orientierungen ist. Praktiker haben in den letzten Jahren immer mehr Gelegenheit gehabt, andere Therapieansätze kennen zu lernen. Dafür werden folgende Gründe genannt: 1. In zunehmend störungsspezifisch organisierten Kliniken arbeiten Therapeuten verschiedener

Richtungen zusammen, 2. Manuale haben sich verbreitet, in denen die Therapieansätze und das Vorgehen sehr konkret beschrieben werden, 3. immer mehr Psychotherapie-Videos wurden veröffentlicht.

#### **4. Wenig Unterschiede in der therapeutischen Wirksamkeit verschiedener Ansätze („dodo-bird-verdict“) sprechen für die Bedeutsamkeit gemeinsamer Wirkfaktoren**

Die Psychotherapie-Forschung hat wiederholt gezeigt, dass keine der wirksamen Psychotherapie-Richtungen durchgängig bessere Ergebnisse als andere Richtungen erzielt - diese Gleichwertigkeit der Therapieergebnisse verschiedener als wirksam anerkannter Therapierichtungen wird seit Rosenzweig (1936) und Lurborsky, Singer und Luborsky (1975) als *Dodo-Bird Effekt* bezeichnet (auch unter dem Begriff Äquivalenzparadoxon bekannt). In Anlehnung an Alice im Wunderland wird hier festgestellt, dass „everybody has won and all must have prizes“. Dieses Ergebnis ist sehr unterschiedlich interpretiert worden, stellt aber für Vertreter einer integrativen Position ein Argument für die Suche nach gemeinsamen Wirkfaktoren (siehe Kap. 5.3) dar (andere Interpretation, siehe Kap 5.5.2 – Argumente für eine ansatzspezifische Psychotherapie).

#### **5. Die Mehrheit der Praktiker arbeitet integrativ**

Auch wenn Therapeuten ansatzspezifisch ausgebildet wurden, arbeitet doch später die Mehrheit der Therapeuten in der einen oder anderen Form integrativ. Die genauen Angaben zur Verteilung der theoretischen Orientierung von praktisch tätigen Therapeuten finden sich in Kapitel 6.1.

Neben diesen inhaltlichen Argumenten gibt es weitere Faktoren, die zwar nicht eine inhaltliche Begründung für ansatzübergreifende Konzepte der Psychotherapie darstellen, die aber zu einer Verbreitung der „Integrationsbewegung“ beigetragen haben:

#### **6. Soziökonomischer Druck: Fokus auf Kurzzeittherapien und gemeinsame Wehr gegen Angriffe von „außen“**

Die Einbindung von Psychotherapie in das Gesundheitssystem ist besonders in den letzten 10-15 Jahren mit einem zunehmenden Druck von Krankenkassen und Trägern des Gesundheitswesens verbunden (sowohl in den USA, wo die Integrationsidee ihren Ausgangspunkt nimmt, siehe Kap. 5.3, als auch in Deutschland). Einerseits hat dieser Druck zu einer zunehmenden Fokussierung auf problemorientierte Kurzzeittherapien geführt, in der es darum geht, möglichst schnell und mit allen verfügbaren Methoden Ergebnisse zu erzielen. Austad, Sherman, Morgan und Holstein (1992) konnten zeigen, dass sich die eklektische Orientierung von Therapeuten innerhalb eines Jahres von 36% auf 57% erhöhte, wenn diese unter extremem Zeitdruck arbeiten mussten. Andererseits hat es zu einem Zusammenrücken

der verschiedenen Therapieansätze unter dem Druck des Gesundheitssystems geführt: „'Hang together' rather than 'hang separately'“ (Norcross, 2005, S. 6).

### **7. Die Bewegung der „empirically supported treatments“ (EST)**

Ein weiterer Faktor, der die Integrationsidee vorangetrieben hat, sind interessanterweise die Bemühungen um die sogenannten „empirically supported treatments“ (EST, siehe Kap. 4.2). Hier geht es um die kontrollierte Untersuchung von Therapien in sogenannten RCTs (randomized controlled trials), in denen „single-school“ Behandlungsprogramme für spezifische Störungsbilder in manualisierter Form untersucht werden. Obwohl man zunächst nicht vermuten würde, dass dies zu einer Verbreitung von Methodenintegration führen würde, lässt sich jedoch genau dies beobachten: „The emergence of evidence-based treatments in mental health has, paradoxically, furthered the breakdown of traditional schools and the escalation of informed pluralism. ... [since] the clear emphasis is on ‚what‘ works, not on ‚what theory‘ applies.“ (Norcross, 2005, S. 7).

### **8. Etablierung eines professionellen Netzwerks: SEPI**

Zuletzt wird als begünstigender Faktor die Etablierung eines professionellen Netzwerkes genannt, das gleichzeitig eine Folge und eine Ursache für das wachsende Interesse an Methodenintegration darstellt: 1983 wurde die *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI) gegründet, die eine eigene Zeitschrift, das *Journal of Psychotherapy Integration*, herausgibt.

## **5.5.2. Argumente für eine ansatzspezifische Psychotherapie**

Ebenso wie die Vielzahl an Argumenten für eine integrative Psychotherapie findet sich eine vergleichbar umfangreiche Liste an Argumenten für eine *ansatzspezifische* Psychotherapie. (Formuliert werden diese häufig als Argumente *gegen* Methodenintegration). Im Folgenden werden diese Argumente dargestellt, wieder im Indikativ und aus der Sicht der Vertreter dieser Position.

### **1. Methodenintegration ist nichts anderes als ein unsystematisches Mischmasch und daher nicht so wirksam wie therapiespezifische Ansätze**

Schon 1970 hat Eysenck als einer der leidenschaftlichsten Kritiker den Eklektizismus als „Mischmasch von Theorien“, als „unordentliche Sammlung von Prozeduren“ und als ein „Resteragout“ aus Therapien bezeichnet (siehe auch Jensen, Bergin & Greaves, 1990). Therapeuten arbeiten aus einem Mangel an fundiertem Wissen oder aufgrund einer schlechten therapeutischen Ausbildung eklektisch und dies ist mit einer schlechteren Qualität der therapeutischen Arbeit verbunden. Dies ist verknüpft mit dem nächsten Argument.

## ***2. Integrative Ansätze sind empirisch nicht abgesichert***

Die mangelnde empirische Absicherung integrativer/eklektischer Ansätze wird von verschiedenen Autoren kritisiert. Fonagy und Target (1996) warnen vor einem integrativen Vorgehen, das nur geringfügig von Forschungsergebnissen gestützt ist. In den letzten Jahren sind zwar bereits eine Reihe von empirischen Untersuchungen zu integrativen Ansätzen vorgelegt worden (für eine Übersicht siehe beispielsweise Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Norcross & Goldfried, 2005), vielerorts stehen aber empirische Studien aus. Zudem bleibt fraglich, ob die Qualität integrativer Ansätze sich selbst bei vorliegenden empirischen Befunden als ausreichend erweist.

## ***3. Die anthropologischen Grundannahmen verschiedener Therapieansätze sind nicht miteinander vereinbar***

Es bestehen Unterschiede verschiedener Therapieansätze in anthropologischen Fragen. Diese beziehen sich auf grundlegende und teils widersprüchliche Annahmen bezüglich des Menschen, der Vorgänge der menschlichen Entwicklung und die Ursprünge von Psychopathologie (Messer, 1992). Vereinfacht gesagt, geht es um die Frage, ob Menschen gut oder böse (oder beides oder nichts von beidem sind); ob Phobien Ausdruck von Konditionierungsprozessen oder innerpsychischen Konflikten sind; ob das Ziel von Psychotherapie in der Förderung von Einsicht, der Veränderung von Beziehungen, der Modifikation von Verhalten oder der Entwicklung von Selbstaktualisierung besteht etc. Diese Grundannahmen sind nicht vereinbar.

## ***4. Kontextabhängigkeit von Interventionen***

Ein ähnlicher Kritikpunkt bezieht sich auf die Unmöglichkeit, spezifische therapeutische Konzepte und Interventionen aus ihrem theoretischen und ideologischen Rahmen zu lösen (Jaeggi, 1995; Safran & Messer, 1997). Diese Konzepte und Interventionen nehmen in einem anderen Kontext andere Bedeutungen und Wirkungen an. Wirksames kann ggf. in einem anderen Kontext unwirksam werden. Eine Zwei-Stuhl-Arbeit hat eine andere Bedeutung und Wirkung in einem gestalttherapeutischen als in einem verhaltenstherapeutischen Setting; eine Arbeit am Widerstand in der Psychoanalyse ist nicht dasselbe wie in der Verhaltenstherapie.

## ***5. Hochwertige integrative Ausbildungskonzepte liegen nicht vor bzw. sind nicht möglich***

Die Vermittlungen von Kompetenzen in mehreren Theorien wird selbst von Befürwortern von Methodenintegration als komplexes Unterfangen und Herausforderung bezeichnet (Norcross, 2005). Oft fehlt es hier an systematischen Curricula, außerdem sind die Ausbilder selbst meist schulenspezifisch ausgebildet. Integrationskritiker gehen einen Schritt weiter und halten eine

integrative Ausbildung von Therapeuten für nicht möglich und leistbar. Therapeuten können nicht gleichzeitig hochwertig in verschiedenen Ansätzen ausgebildet werden.

### ***6. Ein integratives Vorgehen ist nicht im Sinne des Patientenwohls***

Ein integratives Vorgehen fördert nicht das Wohl des Patienten, sondern gefährdet es, indem es eine Überforderung des Patienten darstellt. Dieser verliert genauso wie sein Therapeut den roten Faden. Die gemeinsame Orientierung von Patient und Therapeut an einem ansatzspezifischen Konzept, das sowohl eine Erklärung der Störung wie auch ein Behandlungsrational zur Verfügung stellt, ist notwendige Voraussetzung für den Therapieerfolg. Auch die unklare Wirksamkeit integrativer Ansätze stellt eine potentielle Gefährdung des Wohls des Patienten dar.

### ***7. Die spezifischen therapeutischen Strategien der verschiedenen Therapieansätze führen zum Therapieerfolg***

Die spezifischen therapeutischen Strategien der Therapieschulen sind entscheidend für den Therapieerfolg und nicht durch sogenannte common-factors zu ersetzen. Die Ergebnisse der vergleichenden Psychotherapieforschung zu fehlenden Unterschieden in der Wirksamkeit verschiedener Therapieansätze sind durch qualitativ unterschiedliche Wirkmechanismen zu erklären, die sich in den Studien gegenseitig aufheben. Zudem gibt es etliche Belege für die Überlegenheit einiger Therapieansätze – insbesondere der VT – die verdeutlichen, dass das ansatzspezifische Vorgehen äußerst wichtig ist und nicht durch ein integratives Vorgehen ersetzt werden kann. Schon 1985 konnte Luborsky zeigen, dass die Reinheit (purity) der angewandten Therapie mit dem Therapieerfolg korreliert.

## **5.6. Vermischung wissenschaftlicher Argumentation und berufspolitischer Interessen**

In der Debatte um die Vor- und Nachteile von ansatzübergreifender Psychotherapie in Kapitel 5.5 wurde bereits indirekt deutlich, dass hier nicht ausschließlich wissenschaftliche Argumente eine Rolle spielen, sondern dass es hier auch viel um Meinungen und Positionen geht. Des weiteren scheint diese Debatte – und noch grundsätzlicher der Umgang mit der Pluralität in der Psychotherapie überhaupt – auch durch berufspolitische und gesetzliche Faktoren beeinflusst. Petzold (1994) macht sehr anschaulich darauf aufmerksam, dass die Psychotherapie nicht nur eine wissenschaftliche Disziplin, sondern auch eine praxisbezogene und berufsständische Interessengemeinschaft darstellt: „Die Konsequenz ist, dass wissenschaftliche Wahrheit und Geltungsansprüche beständig mit den ‚Erfordernissen der Praxis‘ und mit standespolitischen und berufspolitischen Interessen vermischt werden ...

Wissenschaftlichkeit wird als Argument im Kampf um Anerkennung und Sicherung von Territorien ...verwandt“ (S. 250). Hier spielen also neben inhaltlichen Gesichtspunkten immer auch die „durch Wissen, Kapital, Einfluß, Tradition, Institutionalisierung gesicherte Macht“ (S. 250) eine Rolle. Auch andere Autoren weisen auf dieses Phänomen hin (Bastine, 1998; Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 1996; Kriz, 2005; Norcross & Goldfried, 2005), jedoch weniger direkt als Petzold. Interessanterweise wird hierbei besonders häufig auf die berufspolitische und marktsichernde Funktion einer *Konkurrenz* zwischen therapeutischen Ansätzen hingewiesen, weniger auf mögliche berufspolitische Absichten einer integrativen Position. In Bezug auf die gesetzliche Situation in Deutschland wird immer wieder festgestellt, dass diese die „Gräben vertiefe“ (z.B. Grawe, 2005b; Kriz, 2005; Petzold, 1994) und ein ansatzspezifisches Denken nahe lege. Hier kann also vermutet werden, dass die Rahmenbedingungen, unter denen Psychotherapie und Psychotherapie-Ausbildung durchgeführt wird, einen Einfluss hat darauf, wie Therapeuten Psychotherapie konzipieren.

## 5.7. Zusammenfassung

In der Psychotherapie herrscht eine Pluralität an therapeutischen Modellen und Ansätzen, umgangssprachlich sind diese als Therapieschulen bekannt. Im Umgang mit dieser Pluralität gibt es verschiedene Zugänge, besonders prägnant lassen sich zwei Zugänge unterscheiden: ein Nebeneinander von Therapieansätzen sowie ein Bemühen um die Integration von Ansätzen. Bezüglich der Begriffe rund um das Thema „Therapieschule“ findet sich in der Literatur eine Vielzahl von begrifflichen Unklarheiten und Verwirrungen. In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe „psychotherapeutische Ansätze, Richtungen, Theorien und Schulen“ synonym verwendet und auf einer Abstraktionsebene zwischen den Metatheorien der Psychotherapie und den therapeutischen Techniken und Methoden angesiedelt. An Modellvorstellungen zu Möglichkeiten der Integration in der Psychotherapie lassen sich die vier Konzepte „Technischer Eklektizismus, Theoretische Integration, der Ansatz der Gemeinsamen Wirkfaktoren (Common Factors) und Assimilative Integration“ unterscheiden. Als leicht lesbarer Überbegriff wird hierfür in der vorliegenden Arbeit der Begriff „Integration“ verwendet. Um die Vor- und Nachteile von Methodenintegration wird seit Jahren eine intensive Debatte geführt, in die nicht nur wissenschaftliche Argumente, sondern auch berufspolitische Interessen einfließen.

## 6. DIE SCHULENZUGEHÖRIGKEIT DES THERAPEUTEN

In Kapitel 5 ging es um die Pluralität von Therapieansätzen, das Verhältnis von Therapieansätzen untereinander und den möglichen Umgang mit der vorhandenen Pluralität. Auch Kapitel 6 handelt von diesem Thema, jedoch steht jetzt die Frage im Vordergrund, welche Bedeutung dies für den Therapeuten hat. D.h. hier steht das Thema „Therapieschule“ im *Bezug auf den Therapeuten* im Vordergrund, also die *Zugehörigkeit des Therapeuten zu einer oder mehreren Therapieansätzen*: Welche Rolle spielt der Therapieansatz für den Therapeuten? Was bedeutet Zugehörigkeit zu einem / mehreren Therapieansätzen? Wie kann dieses erfasst werden? Inwiefern ist es für den Therapeuten wichtig (oder auch nicht), sich einer oder mehreren Therapieschulen zuzuordnen? Verschiedene Forschungstraditionen werden hier daraufhin untersucht, welche Antworten sie auf diese Fragen geben.

Als erster Forschungsbereich, der sich mit der Verknüpfung von „Therapieschule“ und „Therapeuten“ befasst, ist die Forschung zur *theoretischen Orientierung* von Therapeuten zu nennen. Dieser Zugang wird in Kapitel 6.1 dargestellt. Er liefert erste interessante Hinweise zur Bedeutung des Therapieansatzes für den Therapeuten. Gleichzeitig weist diese Forschungstradition aber auch Grenzen auf, da hier meist mit vorgegebenen Kategorien („psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch, humanistisch“ etc.) gearbeitet wird, und wir somit nicht genau wissen, was die Therapeuten unter diesen Labels verstehen und welche Prozesse sich dabei bei ihnen abspielen. Außerdem liegt in dieser Forschungstradition der Schwerpunkt des Interesses darauf, zu erfassen, auf welche Therapieansätze Therapeuten sich *inhaltlich* beziehen (also ob kognitiv, systemisch oder Kombinationen davon), während die dabei in Therapeuten ablaufenden Prozesse der Positionierung und Auseinandersetzung eher im Hintergrund stehen.

Eine weitere Anleihe lässt sich in der Wirksamkeitsforschung machen, in der das Konzept der *Allegiance (Schulentreue)* des Therapeuten entwickelt wurde (siehe Kapitel 6.2). Hier zeigt sich, dass die Allegiance des Therapeuten ein wichtiges Konzept darstellt. Die im Kontext der Wirksamkeitsforschung vorherrschende Bedeutung (im Sinne von Parteilichkeit und Treue) stellt aber nur eine von vielen möglichen Ausprägungen des Zugehörigkeitsgefühls bzw. der möglichen Positionierungen von Therapeuten zum Thema „Therapieschule“ dar.

Anregungen zu Entwicklungsaspekten, die bei Therapeuten in der Auseinandersetzung mit Therapieschulen relevant sein könnten, ergeben sich weiterhin über die bereits in Kapitel 3.3.1 kurz vorgestellten *Entwicklungsmodelle*. Die für die Auseinandersetzung mit dem Thema „Therapieschule“ relevanten Entwicklungsaspekte, die sich aus diesen Modellen ergeben, werden in Kapitel 6.3 dargestellt. Die Stellung des therapeutischen Ansatzes ist aber in den Entwicklungsmodellen nur ein Aspekt unter vielen und steht nicht explizit im Zentrum der Modelle. Wie genau dabei die Entwicklung vonstatten geht, bleibt oft unklar. Außerdem wird häufig ein schematischer, undifferenzierter Verlauf für alle Therapeuten postuliert.

Die Quintessenz dieser Ergebnisse fortführend ergibt sich die Notwendigkeit, die *psychischen Prozesse des Therapeuten* zu untersuchen, während er / sie sich mit dem Thema „Therapieschule“ auseinandersetzt. Dieses greift den in Kapitel 5.6 bereits aufgeworfenen Gedanken auf, dass in der Auseinandersetzung mit dem Thema „Therapieschule“ nicht nur inhaltlich-wissenschaftliche Aspekte eine Rolle spielen, sondern dass bei Therapeuten bestimmte psychologische Prozesse eine Rolle spielen, zumal das Konzept Therapieschule ein „fuzzy concept“ (Parfy, 1996) zu sein scheint, zu dem eine eigene Positionierung erforderlich ist.

Zuletzt wird in Kapitel 6.5 der Frage nachgegangen, inwieweit eine *Therapieschulenzugehörigkeit eine notwendige Voraussetzung eines psychotherapeutischen Selbstverständnisses* darstellt oder nicht. Gerade im Hinblick auf die Ausbildung werdender Therapeuten bekommt diese Frage eine zentrale Bedeutung.

Was können wir jedoch zunächst aus der Forschungstradition zur theoretischen Orientierung über die Bedeutung des Therapieansatzes für den Therapeuten lernen?

## **6.1. Die theoretische Orientierung von Therapeuten – Eine erste Annäherung an die Schulenzugehörigkeit des Therapeuten**

Der theoretischen Orientierung von Therapeuten und deren Einfluss auf die psychotherapeutische Praxis wurde in den letzten 50 Jahren zwar Aufmerksamkeit zuteil, jedoch beklagt Gelso (1995), dass es sich dabei um ein Thema handelt, „[that] has been surprisingly underinvestigated over the years“ (S. 426). Die ersten systematischen Untersuchungen dazu stammen von Fiedler (1950a, b) und sind sehr bekannt geworden. In diesen Studien zeigte sich, dass erfahrene Therapeuten verschiedener Orientierungen sich kaum in ihren Beschreibungen der idealen therapeutischen Beziehung unterscheiden.

Außerdem zeigen sie, dass sich erfahrene Therapeuten unterschiedlicher Orientierung in der Beziehungsarbeit ähnlicher sind als unerfahrene Therapeuten derselben theoretischen Orientierung. In späteren Untersuchungen zeigte sich jedoch, dass es sehr wohl sichtbare Unterschiede zwischen Therapeuten verschiedener Orientierungen gibt (für eine Übersicht siehe Poznanski & McLennan, 1995a). Insgesamt erweist sich die Forschung zur theoretischen Orientierung von Therapeuten und Beratern als sehr heterogen, was vor allem daran liegt, dass jeweils unterschiedliche Definitionen und methodische Zugangsweisen gewählt wurden. Dieses wird im folgenden Abschnitt näher ausgeführt, bevor dann auf die Prävalenz verschiedener theoretischer Orientierungen eingegangen wird.

### **6.1.1. Definition und methodische Erfassung**

Wenige Autoren befassen sich wirklich explizit damit, was sie eigentlich genau unter „theoretischer Orientierung“ verstehen und wie man diese methodisch sinnvoll erfassen könnte. Eine Ausnahme stellen die Arbeiten der Australier Joseph Poznanski und Jim McLennan dar. Sie legten 1995 einen Entwurf zum Thema „conceptualizing and measuring counselors’<sup>9</sup> theoretical orientation“ vor. Hier definieren sie die theoretische Orientierung von Therapeuten folgendermaßen (Poznanski & McLennan, 1995a):

Theoretical orientation refers to an organized set of assumptions, which provides a counselor with a theory-based framework for (a) generating hypotheses about a client’s experience and behavior, (b) formulating a rationale for specific treatment interventions, and (c) evaluating the ongoing therapeutic process. It ... can be considered ...[a] tool for translating theory into action. (S. 412)

Dabei differenzieren sie vier verschiedene Aspekte von theoretischer Orientierung (Poznanski & McLennan, 1995b):

- a) ***Theoretical School Affiliation***: Das Ausmaß, mit dem der Therapeut die Grundsätze einer oder mehrerer theoretischer „Schulen“ befolgt (adherence).
- b) ***Espoused Theory***: Übereinstimmung oder Nicht-Übereinstimmung des Therapeuten mit zentralen Vorstellungen einer „Schule“ zu den Ursachen von Psychopathologie, der Wirksamkeit der „Schule“, der Brauchbarkeit bestimmter Techniken und Strategien usw.
- c) ***Theory in Action***: Aus beobachtetem Therapeutenverhalten und eingesetzten Techniken und Strategien erschlossene Theorie des Therapeuten über therapeutische Handlungen.

---

<sup>9</sup> Der Übersichtlichkeit halber wird in diesem Abschnitt der Arbeit nicht zwischen Studien unterschieden, die „counselors“, „clinical psychologists“ oder „psychotherapists“ untersucht haben.

d) **Personal Therapeutic Belief System:** Epistemologische Konsistenz, die den therapeutischen Handlungen und theoretischen Überzeugungen des Therapeuten zugrunde liegt.

Ein grundsätzliches Problem in der Forschung zur theoretischen Orientierung besteht im Verhältnis zwischen *Theorie und Praxis*. Poznanski & McLennan (1995a) stellen fest, dass “the degree to which individual counselors conform to the tenets of the theory in their practice apparently varies considerably” (S. 412). Laut Gelso (1995) schaffen es nicht einmal Autoren wie Poznanski & McLennan (1995a), die sich sonst sehr um eine genaue Definition der theoretischen Orientierung bemühen, dieses Verhältnis zu klären. Auch bei ihnen bleibe unklar, inwieweit denn nun konkrete therapeutische Reaktionen und Techniken in der Praxis als *Teil* der theoretischen Orientierung aufzufassen sind oder als *Ausdruck* derer oder als etwas davon *Getrenntes*. Wie ist es einzuordnen, wenn Therapeuten zumindest in ausgewählten Situationen Strategien oder Techniken anwenden, die nicht zu ihrer „Schule“ gehören? Teilweise wird die „correspondence between the treatment model and the techniques employed“ (S. 288) wie bei Beutler et al. (2004) als Problem zumindest benannt, eine weitere Thematisierung findet sich jedoch nicht. In diesem Zusammenhang machen Hollanders & McLeod (1999) darauf aufmerksam, dass bei den meisten Untersuchungen eine Konfundierung von „broad-band“ und „narrow-band“ Orientierung vorläge (siehe Kapitel 5.2). Entsprechend folgern die Autoren, dass die unterschiedlichen Prävalenzraten verschiedener Studien auch von der Ebene abhängen, auf die die Forschung abzielt („orientation, approach, technique“, S. 413). Aufgrund der skizzierten unterschiedlichen Definitionen und Methoden zur Erfassung der theoretischen Orientierung sind auch die in Kapitel 6.1.2 aufgeführten Prävalenzzahlen nur als Annäherung zu verstehen.

Was nun die methodische Erfassung von theoretischer Orientierung angeht, so sind unterschiedliche Herangehensweisen diskutiert worden:

**Selbsteinschätzung vs. Beobachtung:** Die meisten Studien zur theoretischen Orientierung von Therapeuten arbeiten mit Selbsteinschätzungen (self-report) der Therapeuten. Auch in der Taxonomie von Beutler et al. (2004, siehe Kapitel 3.2) wird die theoretische Orientierung zu den *erschlossenen* Merkmalen gezählt. Wenige Studien messen die theoretische Orientierung über Verhaltensbeobachtungen. Sie kommen zu unterschiedlichen Aussagen darüber, inwieweit das, was Therapeuten tun, mit dem übereinstimmt, was sie sagen. Diese ist u.a. auf die konzeptuellen Unklarheiten der Studien zurückzuführen. Die überwiegende Zahl der

Studien verwendet jedoch Selbsteinschätzungen der Therapeuten – so auch die vorliegende Arbeit.

***Selbstzuordnung zu Therapieschulen vs. zugrunde liegende Dimensionen:*** Innerhalb der Selbsteinschätzungs-Studien ist zu unterscheiden zwischen Arbeiten, die eine *Self ascription* (also eine Selbstzuordnung zu vorgegebenen Therapieschulen) vornehmen lassen, und solchen, die versuchen, über *multi-item measures* die Einstellungen, Überzeugungen und Präferenzen von Therapeuten zu erfassen. Bei den *multi-item measures* wird theoretische Orientierung oft in Form von zugrunde liegenden dichotomen Dimensionen konzeptualisiert und faktorenanalytisch untersucht. Beispielsweise arbeiteten Poznanski und McLennan (1995a, 2002) die beiden Dimensionen „Rational-Intuitive“ und „Objective-Subjective“ heraus. Die Dimension „Rational-Intuitive“ gibt an, inwieweit ein Therapeut eher auf eine rationale Urteilsbildung (logische und analytische Analyse) oder auf Intuition setzt. Die zweite Dimension gibt an, inwiefern die Sicht des Therapeuten eher durch Objektivismus (die Wirklichkeit als logisch und konsistent) und Empirismus (die Wirklichkeit als beobachtbar) gekennzeichnet ist oder durch Subjektivismus (die Wirklichkeit als Symbolismus). Dazu entwickelten sie die „Counsellor Theoretical Position Scale (CTPS), welche auf einer Durchsicht aller bis dahin verfügbaren Instrumente aufbaute (15 Instrumente, Übersicht siehe Poznanski & McLennan, 1995a, davon nur 3 mit einigermaßen zufrieden stellender Reliabilität). Methodisch bessere Kennwerte weist die sogenannte „Therapeutic Attitudes Scale (TASC-2)“ von Sandell et al. (2004) auf. Darin werden die therapeutischen Einstellungen anhand von drei Faktoren (Beliefs About Curative Ingredients, Therapist Style, Basic Assumptions and Beliefs about Psychotherapy) erfasst. Allen Skalen ist gemeinsam, dass sie der Forderung von Sundland (1977) nach einer Spezifizierung der theoretischen Orientierung einen Schritt näher kommen. Gleichzeitig nennt aber Gelso (1995) neben der mangelhaften Reliabilität und Validität der meisten Instrumente den folgenden weiteren Schwachpunkt dieser Vorgehensweise: „[The] dimensions of theoretical orientation do not quite capture what practitioners and researchers really mean by the term theoretical orientation“ (S. 427).

Eine andere Methode zur Untersuchung der theoretischen Orientierung neben der Einschätzung von zugrunde liegenden Dimensionen besteht seit jeher in der Selbstzuordnung von Therapeuten zu vorgegebenen Labels wie beispielsweise „cognitive“, „dynamic“, „behavioral“, „humanistic“ usw. . Hier konnte wiederholt gezeigt werden, dass die Methode der Selbstzuordnung mindestens genauso gut funktioniert wie der Einsatz von multi-items measures (Poznanski & McLennan, 1995a).

**Kategoriale vs. Dimensionale Selbstzuordnung:** Die Methode der Selbstzuordnung kann nun entweder als kategoriale oder dimensionale Strategie angewendet werden. Bei der *kategorialen* Selbstzuordnung schreiben Therapeuten entweder ihre Orientierung selbst auf oder wählen aus einer Liste die Orientierung aus, die am besten zu ihnen passt. Bei der *dimensionalen* Selbstzuordnung entscheiden sich die Therapeuten nicht zwischen verschiedenen Orientierungen, sondern schätzen für jede der vorgegebenen Orientierungen ihre Zugehörigkeit ein. Beispielsweise schätzten die Therapeuten in der SPR Studie (siehe Kapitel 3.3.3) ihre theoretische Orientierung auf einer 6-stufigen Skala anhand von sechs vorgegebenen theoretischen Modellen ein: analytisch/psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch, kognitiv, humanistisch, systemisch und andere. Sie sollten dabei angeben, wie stark ihre therapeutische Praxis durch diese theoretischen Konzepte bestimmt wird. Dabei wurden alle theoretischen Orientierungen, die mit 4 oder 5 eingeschätzt wurden, als hervorstechend („salient“) bezeichnet.

**Direkte vs. indirekte Erfassung einer eklektischen/integrativen Orientierung:** Speziell zur Erfassung einer eklektischen/integrativen Orientierung von Therapeuten ist anzumerken, dass hier bisher zwei Vorgehensweisen beschrieben worden sind. Bei der *direkten* Messung kann der Therapeut direkt eine eklektisch/integrative Orientierung ankreuzen. Bei der *indirekten* Messung wird das Ankreuzen mehrerer theoretischer Ansätze als Ausdruck einer eklektisch/integrativen Orientierung gewertet.

Insgesamt liefern diese Erkenntnisse aus der Forschung zur theoretischen Orientierung erste interessante Hinweise zur Bedeutung des Therapieansatzes für den Therapeuten. Gleichzeitig weist diese Forschungstradition aber auch Grenzen auf, da hier die theoretische Orientierung von Psychotherapeuten häufig mit Hilfe einiger weniger vorgegebener Kategorien (z.B. „analytisch/psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch, humanistisch, systemisch“ etc.) erfasst wird. Das Problem solcher Untersuchungen ist jedoch, dass diese Kategorien eher grob sind und unklar bleibt, was die Psychotherapeuten unter diesen Begriffen eigentlich genau verstehen und welche Prozesse sich dabei bei den Therapeuten abspielen. Unter Berücksichtigung dieses Vorbehalts werden im nächsten Abschnitt die Prävalenzraten verschiedener theoretischer Orientierungen vorgestellt.

### **6.1.2. Prävalenz verschiedener theoretischer Orientierungen**

Untersuchungen zur Häufigkeit der theoretischen Orientierung von Therapeuten stammen vorwiegend aus den *USA*. In diesen Studien zeigt sich, dass die theoretische Orientierung mit den meisten Nennungen eine eklektisch/integrative Orientierung ist (eine Meta-Analyse von

25 Studien zwischen 1953 und 1990 findet sich bei Jensen, Bergin & Greaves, 1990; neuere Studien: Bechtoldt, Wyckoff, Pokrywa, Campbell & Norcross, 2001; Mullins, Hartman, Chaney, Balderson & Hoff, 2003; Norcross, Hedges & Castle, 2002; Norcross, Karpiak & Lister, 2005; Whisman, Dixon & Johnson, 1997). Interessant ist dabei, dass die kognitive Verhaltenstherapie oft nur wenige Prozentpunkte hinter der eklektisch/integrativen Orientierung folgt. Ähnliche Ergebnisse (hier jedoch meist mit kognitiver Verhaltenstherapie an erster Stelle) finden sich auch in *anderen westlichen Ländern*, z.B. Großbritannien (Hollanders & McLeod, 1999), Irland (Carr, 1995), Portugal (Vasco, Garcia-Marques & Dryden, 1992), Australien (Poznanski & McLennan, 1998).

In der *länderübergreifenden SPR-Studie* (siehe Kapitel 3.3.3) gaben 46% der Therapeuten an, in ihrer therapeutischen Arbeit von mehr als einer theoretischen Orientierung beeinflusst zu sein (Orlinsky & Ronnestad, 2005). Inhaltlich war hier diejenige Orientierung, die am häufigsten als salient (hervorstechend) genannt wurde, eine analytisch-psychodynamische Orientierung (58%), gefolgt von humanistisch (31%), kognitiv (24%), systemisch (21%) und behavioral (14%; die Gesamtsumme übersteigt 100%, da die Therapeuten mehrere Orientierungen auswählen konnten). Diese hohe Prävalenz der analytisch-psychodynamischen Orientierung ist den Autoren zufolge wahrscheinlich durch einen relativ hohen Anteil von psychotherapeutisch tätigen Ärzten zu erklären.

In *Deutschland* ist zu unterscheiden zwischen Angaben zur Verteilung von Kassensitzen (derzeit nur VT, PA, TP) und den Angaben der Therapeuten zu ihrer theoretischen Orientierung, ihren Ausbildungshintergründen und dem, was sie tatsächlich in ihren Therapien tun. Bezüglich der Kassensitze lässt sich festhalten, dass in der ambulanten Psychotherapie inzwischen beinahe ebenso viele Verhaltenstherapien wie tiefenpsychologisch / psychoanalytische Psychotherapien durchgeführt werden (Vogel, 1999). Für 2008 betrug der Anteil von an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeuten im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie 46% (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008).

Was die theoretische Orientierung, den Ausbildungshintergrund und das tatsächliche Vorgehen in der Therapie angeht, so zeigte sich in einer Studie von 1996 (Butollo, Piesbergen & Höfling, 1996) eine große Vielfalt an therapeutischen Richtungen (ebenso in der Studie von Ambühl et al., 1995). Schindler und von Schlippe führten 2006 – nun also nach dem PsychThG – eine interessante ähnliche Studie an kassenzugelassenen Psychotherapeuten

durch (53% analytische Zulassung, 44% VT Zulassung, Rest: beides). Was den Ausbildungshintergrund angeht, so weisen die kassenzugelassenen Therapeuten neben den Ausbildungen in VT, TP und PA Ausbildungen in Gesprächstherapie, Familien-, Gestalt- und Hypnotherapie auf (interessanterweise verfügen nicht einmal alle über eine abgeschlossene Ausbildung in einem Richtlinienverfahren, da viele über die sogenannten Übergangsregelungen zur Zulassung gelangt sind). Auf die Frage, inwieweit Ideen, Konzepte und Anregungen verschiedener Therapieansätze in die alltägliche Arbeit einfließen (0-100%), finden sich hohe Werte, die teils auch deutlich über den Ausbildungen liegen, über die die Befragten verfügen. Die Autoren schließen daraus, dass Therapeuten „auch heute, über fünf Jahre nach dem Psychotherapeutengesetz die Vielfalt der unterschiedlichen Konzepte als in der Praxis für sich hilfreich erleben und beschreiben“ (S. 335-336). Noch höhere Werte ergeben sich bezüglich der Frage, welche Therapieansätze zur persönlichen therapeutischen Identität beitragen. Ausgesprochen interessant sind auch die Ergebnisse der Studie bezüglich der Frage, inwieweit die Therapeuten das tun, wofür sie eine Zulassung haben: Während von den Therapeuten mit psychoanalytischer Ausbildung 47,9% angeben, das zu tun, wofür sie eine Zulassung haben, sind es bei den verhaltenstherapeutisch ausgebildeten nur 16%. 25,6% arbeiten „eklektisch“ (=ich nutze jeweils was hilft) und 57,7% „integrativ“ (ich habe meine Qualifikationen in ein integratives Konzept vereinigt). Diese Studie macht aufmerksam auf den Unterschied zwischen „offizieller“ und „inoffizieller“ Orientierung.

Weitere Prävalenzstudien befassen sich mit den **Kombinationen verschiedener Therapieansätze** bei der theoretischen Orientierung von Therapeuten. In diesen Studien (vgl. z.B. Ambühl et al., 1995; Jensen, Bergin & Greaves, 1990; Norcross, 2005; Norcross, Karpiak & Lister, 2005) findet sich zumeist eine Vielzahl von Kombinationen verbunden mit den entsprechenden Prävalenzraten. Norcross, Karpiak und Lister (2005) listen beispielsweise 9 Cluster an theoretischen Orientierungen auf: 1. Broad cognitive-behavioral therapy, 2. interpersonal-humanistic, 3. ubercognitive, 4. traditional cognitive-behavioral, 5. moderate eclecticism, 6. extreme eclecticism, 7. uncommitted/naysayer, 8. multimodal, 9. cognitive-analytic. Diese Studie weist zwei Gemeinsamkeiten mit anderen vergleichbaren Studien auf: Fast in allen Studien leistet kognitive Verhaltenstherapie den häufigsten und ausgeprägtesten Beitrag in der Kombination von Therapieansätzen. Zweitens bemühen sich alle diese Studien um eine Definition und Differenzierung der theoretischen Orientierung in dem Versuch das Konzept der theoretischen Orientierung mit Leben zu füllen. Sie arbeiten aber alle mit einer Einschätzung bezüglich vorgegebenen Kategorien (und deren Kombination). Eine weitere

interessante Studie von Ambühl et al. (1995) zeigt bezüglich des Wechsels der theoretischen Orientierung auf, dass ca. 50% der kognitiv-behavioral orientierten Therapeuten in Deutschland im Laufe ihres Berufslebens die theoretische Orientierung wechseln, zumeist in Richtung einer breitspektrum-eklektischen Orientierung (vs. 30% der modifiziert analytischen und 0% der analytischen Therapeuten).

### **6.1.3. Die Wahl der theoretischen Orientierung**

Zuletzt sei noch kurz auf die Wahl der theoretischen Orientierung durch Therapeuten eingegangen, also die Frage, warum sich angehende Therapeuten für eine bestimmte theoretische Orientierung entscheiden. Hier werden seit dem ersten Erscheinen einer Spezialausgabe zum Thema (Barron, 1978) die verschiedensten Einflussfaktoren diskutiert, beispielsweise Erfahrungen im Elternhaus, eigene Psychotherapieerfahrungen, Ausrichtung des Studiums, zufälliges Zur-Verfügung-Stehen eines Ausbildungsplatzes bis hin zu Weltbild und Persönlichkeit des Therapeuten (für einen systematischen Review siehe Arthur, 2001). Die meisten Arbeiten zu diesem Thema sind spekulativ und anekdotisch, nur wenige Studien nehmen eine systematische theoretische oder empirische Analyse vor. Meist werden zwei Gruppen von Einflussgrößen unterschieden und gegenübergestellt: a) „zufällige“ Faktoren und b) Persönlichkeit, Wertmaßstäbe, Weltbild des Therapeuten. Die empirisch gesicherten Studien kommen zu dem Ergebnis, dass die Wahl der theoretischen Orientierung weder allein durch zufällige Faktoren geprägt ist noch allein durch das Welt- und Menschenbild des Therapeuten, sondern dass zufällige Erfahrungen und eigene Einstellungen miteinander interagieren. Auch in der Studie von Strauss et al. (2009) wird die Passung zwischen Ansatz und eigener Person etwa gleich häufig wie die Möglichkeit der Kassenabrechnung genannt. Auf diese Untersuchungen soll hier nicht im Detail eingegangen werden, ebenso wenig auf die Untersuchungen, die sich mit den typischen Unterschieden zwischen Therapeuten verschiedener Richtungen befassen (siehe dazu auch bereits Kapitel 6.1.1: zugrundeliegende Dimensionen). Es sollen hier nur zwei für die vorliegende Arbeit wichtige Aspekte herausgegriffen werden: 1) Nur angehende Verhaltenstherapeuten gaben in einer Studie von Poznanski und McLennan (2003) an, dass ihre universitäre Ausbildung bei der Wahl der theoretischen Orientierung eine wichtige Rolle gespielt habe, alle anderen Therapeuten nicht. Auch Strauss et al. (2009) gehen davon aus, dass die Wahl des Ausbildungsschwerpunktes durch die Verfahrensorientierung der Universitäten geprägt wird. 2) Aufgrund der Rahmenbedingungen von Psychotherapie in Deutschland (siehe Kapitel 2) kann davon ausgegangen werden, dass sich in Ausbildungsgängen zur Approbation Teilnehmer mit ganz unterschiedlicher Haltung zum gewählten Therapieverfahren finden: sowohl Kandidaten, die

sich für das gewählte Verfahren aktiv und bewusst entschieden haben, als auch Kandidaten, für die das Verfahren der vertieften Ausbildung eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Kompromisslösung darstellt. Die Annahme, dass Therapeuten einen Therapieansatz wählen, der persönlich zu ihnen passt, gilt für einige Ausbildungskandidaten also nicht ohne weiteres.

## **6.2. Die Allegiance des Therapeuten – Parteilichkeit und Treue als eine mögliche Facette der Schulenzugehörigkeit des Therapeuten**

Eine weitere Anleihe zum Zusammenhang zwischen dem Thema „Therapieansatz“ und „Therapeuten“ lässt sich in der Wirksamkeitsforschung machen, in der das Konzept der *Allegiance* des Therapeuten entwickelt wurde. Wörtlich übersetzt versteht man unter dem Begriff Allegiance „Gefolgschaft“, „Loyalität“, „Zugehörigkeitsgefühl“, „Untertanentreue“ und „Treuepflicht“ (<http://dict.leo.org> [04.08.2007]). Nach Wampold (2001) bezeichnet Allegiance „the degree to which the therapist delivering the treatment believes that the therapy is efficacious“ (S. 159). Der Begriff wurde 1975 von Luborsky, Singer und Luborsky eingeführt und mit der Hypothese verbunden, dass „the relative treatment benefits from comparisons of treatments are influenced by the researcher’s relative therapy allegiances“ (Luborsky et al., 1999, S. 96). Das bedeutet, dass sich das Psychotherapieergebnis (therapy outcome) als in hohem Masse abhängig von der Allegiance des Psychotherapeuten erwiesen hat: Je größer die Allegiance des Therapeuten, desto größer der Therapieerfolg (Effektstärken bis zu 0.65, Wampold, 2001). Dieser Befund konnte immer wieder belegt werden (für einen umfassenden Review siehe Luborsky et al., 1999), ist aber auch kontrovers diskutiert worden.

Im (amerikanischen) *Praxissetting* stellt die Allegiance von Therapeuten insofern kein „Problem“ dar, als dort von einer hohen Allegiance ausgegangen werden kann – schließlich haben sich die Psychotherapeuten ja u.a. gerade deshalb für eine bestimmte Therapieform entschieden, weil sie von deren Wirksamkeit überzeugt sind (Wampold, 2001). In klinischen Studien führen Psychotherapeuten jedoch häufig Psychotherapien in verschiedenen Richtungen durch, obwohl sie eine größere Nähe (positive Allegiance, Luborsky et al., 1999) zu einer der Richtungen aufweisen und in der anderen Richtung beispielsweise nur ein zusätzliches Training erhalten. D.h. Allegiance ist hier nur für eine der Therapierichtungen gegeben.

Interessant ist nun weiterhin, wie die Allegiance von Therapeuten üblicherweise untersucht wird. In den klassischen Studien wird die sogenannte „Reprint“-Methode angewendet: Die

veröffentlichte Studie (reprint) wird gelesen und anhand der Aussagen im Text wird die Allegiance der Autoren erschlossen. Als weitere Methoden führen Luborsky et al. (1999) die Einschätzung durch Kollegen sowie die Selbst-Einschätzung der Autoren ein und fügen an, dass die Autoren selbst in der besten Position seien, ihre Allegiance einzuschätzen. Obwohl alle drei Methoden in hohem Maße mit dem Therapieergebnis korrelieren, ist interessanterweise die Übereinstimmung zwischen den drei Erhebungsmethoden reprint, Kollege und Selbsteinschätzung nur mäßig. Einerseits führen die Autoren dies auf die methodischen Grenzen der reprint-Methode zurück und schließen daraus, dass „the two new allegiance measures are an improvement on the reprint measure“ (S. 101). Andererseits zeigt dies, dass die Allegiance ein komplexeres Geschehen zu sein scheint als vermutet. Luborsky et al. (1999) zeigen beispielsweise auf, dass es zwar hinsichtlich der positiven Allegiance eine hohe Übereinstimmung zwischen Kollegen- und Selbsteinschätzung gäbe. Bezüglich der negativen Allegiance (also welchen Therapieansätzen sich die Forscher nicht verbunden fühlen) beschreiben sie jedoch eine Tendenz zur Mitte in den Selbsteinschätzungen im Vergleich zur Kollegeneinschätzung (= Therapeuten schreiben sich bezüglich der ihnen ferner liegenden Therapieansätze eine höhere Allegiance zu als ihre Kollegen). Hier wäre es interessant, diese Prozesse der Selbsteinschätzung genauer zu untersuchen und zu verstehen, wie die Diskrepanzen zustande kommen.

Bisher wurde die Allegiance von Psychotherapeuten kaum direkt als Phänomen für sich untersucht, sondern nur im Kontext der Wirksamkeitsforschung. Hier erhält sie eher eine negative Konnotation im Sinne von „Parteilichkeit“ – Luborsky et al. (1999) sprechen von „contamination“ (S. 96), die das Therapieergebnis beeinflusst. Sie wird zumeist indirekt erschlossen, z.B. indem in klinischen Studien Rückschlüsse von der Allegiance des Forscherteams und der Ausbildungsstätte, in der ein Therapeut ausgebildet wird, auf die Allegiance des Psychotherapeuten gezogen werden.

Ziel der vorliegenden Arbeit besteht daher unter anderem darin, die Schulenzugehörigkeit von angehenden Psychotherapeuten direkter, genauer und unabhängig von ihrem Einfluss auf das Therapieergebnis – also losgelöst von der Wirksamkeitsforschung – zu untersuchen. Dabei ist es interessant, die verschiedenen Aspekte dieses Zugehörigkeitsgefühls und die dabei ablaufenden Prozesse im Therapeuten zu erforschen. Es wird dabei davon ausgegangen, dass Allegiance im Sinne von Parteilichkeit und Treue dabei nur eine von vielen möglichen Ausprägungen des Zugehörigkeitsgefühls darstellt und dass es möglicherweise auch

Therapeuten gibt, deren Positionierung zum Thema „Therapieschule“ sich gerade durch ein Fehlen eines Zugehörigkeitsgefühls auszeichnet.

### **6.3. Beiträge der Entwicklungsmodelle zum Verständnis der Schulenzugehörigkeit des Therapeuten**

Etwas systematischer befassen sich die bereits in Kapitel 3.3.1 vorgestellten Entwicklungsmodelle mit dem Zusammenhang von Therapieschule und therapeutischem Selbstverständnis. Auch hier fällt jedoch wieder auf, dass die Stellung des therapeutischen Ansatzes in den Entwicklungsmodellen nur ein Aspekt unter vielen ist und nicht explizit im Zentrum der Modelle steht. Daher werden im Folgenden nicht die gesamten Modelle mit allen Phasen beschrieben, sondern nur die Aspekte, die sich auf das Thema Therapieansatz und dessen Bedeutung für das therapeutische Selbstverständnis beziehen, skizziert.

Bereits Hogan (1964) nimmt in seinem Modell Bezug auf die Stellung des therapeutischen Ansatzes (er spricht von „method“), auf die sich Therapeuten in ihrer therapeutischen Arbeit beziehen: In der ersten Phase verlasse sich der Therapeut in seinem Vorgehen vor allem auf eine „Therapiemethode“, seine „method of choice“ (S. 139). In der zweiten Phase passe er diese Methode an seine Persönlichkeit an. In der dritten Phase drehe sich dieses Verhältnis um, indem sich die Persönlichkeit des Therapeuten durch die eine oder mehrere Methoden ausdrücke. Zuletzt, in der vierten Phase, entwickle sich der Therapeut über Methode und Persönlichkeit hinaus, indem er einen kreativen – Persönlichkeit und Methode zusammenführenden – Ansatz entwickle.

Ähnlich nehmen andere Entwicklungsmodelle in der Beschreibung der einzelnen Phasen immer wieder Bezug auf die Stellung des therapeutischen Ansatzes. Beispielsweise wird im *Counselor Student Model von Hill, Charles & Reed (1981)*, das speziell für die Beschreibung der Entwicklung von „counselors“ entworfen wurde, beschrieben, wie Berater im Verlaufe von vier Phasen (*Sympathy, Counselor Stance, Transition, Integrated Personal Style*) zunächst nach einer „Methode“ suchen, dann aufgrund von mehr Input über den Gebrauch einer Methode hinausgehen, um zuletzt Theorie und Technik zu einem konsistenten persönlichen Stil zu verbinden. Wie diese Entwicklung genau von statten gehen soll, wird jedoch in den beiden Modellen nur grob angedeutet und nicht näher ausgeführt. Ein verwandter, interessanter Aspekt wird von *Loganbill, Hardy & Delworth (1982)* in ihrem *Developmental Model* thematisiert: die Enge oder Breite des Denkens der Therapeuten. Laut

Loganbill, Hardy & Delworth (1982) sei der Therapeut in der ersten von drei Phasen (*Stagnation, Confusion, Integration*) sehr auf eine Weltsicht reduziert, das Denken sei durch eine „Alles-oder-Nichts-Haltung“ geprägt, während in der zweiten Phase eine Befreiung und ein Auftauen der Einstellungen zu beobachten sei, was in der dritten Phase in eine Flexibilität münde. Am detailliertesten geht wohl das insgesamt sehr differenzierte und konkrete Entwicklungsmodell *Integrated Developmental Model von Stoltenberg & Delworth (1987)* (sowie Stoltenberg, McNeill & Delworth, 1998) auf die Bedeutung des Therapieansatzes bzw. die theoretische Orientierung ein. Dieses Modell baut auf den Modellen von Hogan (1964) und Loganbill, Hardy & Delworth (1982) auf und unterscheidet neben drei Ebenen der Entwicklung (Anfänger bis Fortgeschrittener) acht Entwicklungsbereiche (Interventionsfertigkeiten, Diagnostische Verfahren, Interpersonelle Kommunikationsabläufe, Fallkonzeptualisierung, Individuelle Unterschiede, Theoretische Orientierung, Behandlungsziele und -pläne, Berufsethik), von denen einer die theoretische Orientierung darstellt. Bezüglich dieses Bereiches beschreiben die Autoren die Entwicklung der Therapeuten folgendermaßen (nach Schmelzer, 1997, S. 76):

Ebene 1 (Anfänger): Festhalten und Sich-Klammern an eine leicht verständliche, plausible, akzeptierbare Theorie. Dies reduziert zwar die erste Verwirrung, Angst und Ambiguität, führe aber dadurch zu einer Einengung des Blickfeldes für die „Realität“.

Ebene 2 (Mittleres Entwicklungsstadium): Statt eines starren Festhaltens an einer Theorie komme es jetzt zu einer eher persönlichen und eklektischen Theoriebildung. Es fehlen jedoch Kriterien: Was ist wann adäquat? Wie komme ich aufgrund meiner theoretischen Ausrichtung zu einer bestimmten Technik? Die verschiedenen Zugänge stehen meist unverbunden nebeneinander.

Ebene 3 (Fortgeschrittene): Mehr theoretisches Wissen ist vorhanden, ebenso die Zugehörigkeit zu einer theoretischen Position. Die theoretische Orientierung wird als Perspektive und Werkzeug genutzt. Andere Positionen können zugelassen und verstanden werden.

Ebene 4 („Master therapist“): gelungene Integration; diese Phase nimmt eine völlig neue Qualität an und wird nur von wenigen Therapeuten erreicht.

Zuletzt sei noch das empirisch gewonnene Entwicklungsmodell der *Minnesota Study on Counselor and Therapist Development* erwähnt. Darin gehen Skovholt und Ronnestad (1995) explizit auf die Bedeutung von theoretischen Konzepten ein („conceptual ideas used“), die diese für die untersuchten Therapeuten im Verlaufe der professionellen Entwicklung einnehmen: In der 2. Phase („Transition to Professional Training Stage“) sind die Therapeuten im Angesicht der überwältigenden Masse an Informationen auf der Suche nach einem leitenden konzeptionellen System, wobei oft noch keine Reflexion und

Hierarchisierung von Ideen vorgenommen wird. In der 3. Phase („Imitation of Experts Stage“) beginnt der Therapeut ein konzeptuelles System zu entwickeln, das ihm hilft, die komplexen Informationen zu filtern und zu reduzieren. Bei der Entwicklung dieses konzeptuellen Systems unterscheiden die Autoren in Anlehnung an die vier Formen des Identitätsstatus nach Marcia (1966, siehe Kapitel 3.4) vier Varianten: a. Laissez Faire (wenige Therapeuten entwickeln nie ein konzeptuelles System, sondern handeln intuitiv und alltagslogisch; dies entspricht der diffusen Identität nach Marcia), b. True Believer (Intensives Erlernen eines Systems unter Ausschluss aller anderen; dies entspricht der übernommenen Identität nach Marcia), c. Kombination von Konzepten aus verschiedenen Systemen oder d. vorläufige Wahl eines dominanten Systems mit Bezug auch zu anderen (c. und d. entsprechen dem Moratorium nach Marcia). Eine erarbeitete Identität ist nach Skovholt und Ronnestad (1995) hier nicht möglich („no option at student level“, S. 137). In der 4. und letzten Phase der Ausbildung („Conditional Autonomy Stage“) vollzieht sich eine Überarbeitung, Verfeinerung und Ausweitung des konzeptuellen Systems – gerade in der Auseinandersetzung mit „schwierigen“ Fällen – bei der jetzt jedoch eine hierarchische Gewichtung von Konzepten vorgenommen wird. Trotz seiner empirischen Basis besteht das Problem dieses Modells darin, dass ein ähnlicher Ablauf für alle Therapeuten postuliert wird.

#### **6.4. Vom bloßen Meinungs austausch zur systematischen Untersuchung der psychischen Prozesse des Therapeuten – ein Fokuswechsel**

Die theoretische Orientierung, die Allegiance des Therapeuten sowie die Entwicklungsmodelle sind Forschungsfelder, die zumindest erste systematische Hinweise auf die Schulenzugehörigkeit und damit die Bedeutung des Therapieansatzes für den Therapeuten geben. Ansonsten steht nämlich eine direkte und systematische Untersuchung der Zugehörigkeit des Therapeuten (zu einem oder mehreren Therapieansätzen) weitgehend aus. Üblich ist sonst eher, dass sich die Auseinandersetzung auf der Ebene eines *Meinungsaustauschs* und der Gegenüberstellung von *Überzeugungen* sowie Pro- und Kontra-Argumenten bewegt („Also aus meiner Sicht ist es für Therapeuten besser, wenn sie...“; „es ist unmöglich, dass Therapeuten mehrere Ansätze gleichzeitig lernen...etc“). Dabei wird von den Autoren meist nicht reflektiert, dass sie eine bestimmte Überzeugung vertreten und wie diese mit ihrer eigenen Schulenzugehörigkeit zusammenhängt.

Daher wird in der vorliegenden Arbeit für einen Fokuswechsel dahingehend plädiert, systematisch die *psychischen Prozesse von Therapeuten* zu untersuchen, während diese sich mit dem Thema „Therapieschule“ auseinandersetzen. Dieses greift den in Kapitel 5.6 bereits

aufgeworfenen Gedanken auf, dass in der Auseinandersetzung mit dem Thema „Therapieschule“ nicht nur inhaltlich-wissenschaftliche Aspekte eine Rolle spielen, sondern dass bei Therapeuten bestimmte psychologische Prozesse eine Rolle spielen, zumal das Konzept Therapieschule ein „fuzzy concept“ (Parfy, 1996) zu sein scheint, zu dem eine eigene Positionierung erforderlich ist.

Sehr explizit wird die Idee, den Blick auf die psychischen Prozesse des Therapeuten zu richten, bei Eckert & Biermann-Ratjen (1990) formuliert (wobei dieser Artikel ansonsten stark von der eigenen Position der Autoren geprägt ist). Neu ist dabei aber, dass sie a) ihre eigene Position deutlich als solche kenntlich machen („selbstverständlich aus einer schulenspezifischen Perspektive“, S. 274), dass sie b) explizit auf Wünsche, Hoffnungen und Befürchtungen des Therapeuten eingehen und dass sie c) versuchen zu erläutern, was in Therapeuten vorgeht. Dazu einige Beispiele aus dem Artikel von Eckert & Biermann-Ratjen: Die wachsende Zahl methodischer Ansätze löse in Therapeuten „offensichtlich Beunruhigung aus“ (S. 272), die vergleichbare Wirksamkeit verschiedener Therapieformen stellten eine „Kränkung“ dar und sei etwas, das es „zu verschmerzen“ gilt (S. 273). Sie vergleichen dabei den Psychotherapeuten und dessen Erleben mit einem kleinen Jungen:

Psychologisch betrachtet ... scheint uns der Wunsch nach Überwindung der Grenzen psychotherapeutischer Einflussnahme durch die Konstruktion einer integrativen Psychotherapie die Situation eines kleinen Jungen widerzuspiegeln, der sich nicht länger mit dem begnügen möchte, was seine Mama zu bieten hat, da er weiß, dass es noch andere Dinge auf der Welt gibt, vor allem Dinge, von deren Aneignung er sich erhofft, dass sie ihn nicht nur aus Mamas enger Welt befreien, sondern ihn über sie erheben. (S. 274).

Auch wenn hier ein polemischer Unterton nicht zu überhören ist und eine integrationskritische Haltung stark zum Ausdruck kommt, zeigt sich hier deutlich der oben genannte Fokuswechsel, der darin besteht, die Debatte nicht nur inhaltlich zu führen, sondern die Art der Debattenführung und die „psychische Befindlichkeit“ der Therapeuten zu betrachten.

Auch die *psychischen Prozesse von Therapeuten in Ausbildung bei der Auseinandersetzung mit verschiedenen Therapieansätzen* wurden bisher wenig untersucht: Nur in wenigen Modellen wird explizit die Bedeutung der theoretischen Orientierung bzw. des Therapieansatzes für die *Entwicklung eines therapeutischen Selbstverständnisses* von Therapeuten betont, so z.B. im *Supervision Focused Model* von Hess (1987). In der zweiten

Phase – dem „*skill development stage*“ – setze eine beginnende Identifikation mit dem Therapiesystem und dem Menschenbild ein, das in der dritten Phase, dem „*consolidation stage*“ dazu führe, dass der Therapeut realisiere, dass seine professionelle Identität teilweise durch seine Skills definiert wird. Auf eine ähnliche Frage geht auch Hagehülsmann (2000) in ihrem Beitrag „Therapieschulen. Gewinn oder Verlust psychotherapeutischer Identität“ ein, wobei ihre Überlegungen nicht in Form eines Entwicklungsmodells vorgestellt werden, sondern eher den Charakter von Beobachtungen haben, die sie aus dem Ausbildungsalltag abgeleitet hat. Ihrer Auffassung nach erfolgt diese Entwicklung einerseits über eine Auseinandersetzung mit Theorien und andererseits über Prozesse der Identifikation und Idealisierung der Ausbilder (Übernahme von Werten, Normen und Einstellungen). Manchmal komme es auch zur Rebellion, um sich auf diese Weise zu identifizieren. Auf diesem Wege komme es oftmals auch zur Überidentifikation, bei der der eigene Therapieansatz als der einzig richtige angesehen werde. Durch Frustrationen (die Parallelen zu psychoanalytischen Vorstellungen der kindlichen Entwicklung sind bei Hagehülsmann nicht zu übersehen) komme es aber zu einer realistischen und entidealisierten Erlebnisweise, es entstehe eine beginnende Offenheit für andere Methoden. Die Entidealisierung könne dabei entweder gelingen (Entwicklung einer sicheren Basis) oder sie könne misslingen und zu einer „Abwendung von der eigenen Schule ...und zu einem durcheinander gewürfelten Aneignen“ (S. 359) führen. Die Beobachtungen von Hagehülsmann können ebenso wie die Entwicklungsmodelle Anregungen bieten zum Prozess der Auseinandersetzung von Therapeuten mit dem Thema Therapieansatz und der Bedeutung für ihr therapeutisches Selbstverständnis. Zu kritisieren bleibt jedoch, dass Hagehülsmann einen ähnlichen Ablauf für alle Therapeuten postuliert (was auch die meisten Entwicklungsmodelle vertreten) und dass sie eine klar normative Haltung vertritt (Identifikation mit eigener Therapieschule = gelungene Entwicklung). Diese normative Haltung ist Thema des nächsten Kapitels.

### **6.5. Zugehörigkeit zu einer Therapieschule als notwendige Voraussetzung eines psychotherapeutischen Selbstverständnisses?**

Eine normative Haltung bezüglich der Frage, inwieweit die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Therapieschule für die Identitätsbildung des Therapeuten notwendig ist oder nicht, findet sich vielfach in der Literatur („Ohne die Zugehörigkeit zu einer Schule kann man keine therapeutische Identität entwickeln“; „die Zugehörigkeit zu einer Schule führt zu Scheuklappen“). Auffällig ist dabei häufig der emotionale Ton der Auseinandersetzung sowie eine starke Positionierung der jeweiligen Autoren. Dieses drückt sich bereits in den

Begrifflichkeiten aus, die gewählt werden: Da ist beispielsweise von „Anhängerschaft“, „Glaubensbekenntnis“ oder „Entwicklung von Scheuklappen“ die Rede, wenn der Autor sich von einer schulenspezifischen Position distanzieren möchte. Die häufigsten beiden Positionen zum Zusammenhang von therapeutischem Ansatz und Entwicklung eines therapeutischen Selbstverständnisses werden im Folgenden kurz skizziert.

### ***Therapieschulenzugehörigkeit als notwendige Voraussetzung eines psychotherapeutischen Selbstverständnisses***

Dass psychotherapeutische Richtungen, wie etwa Psychoanalyse, Psychodrama, Verhaltenstherapie oder systemische Psychotherapie, eine identitätsrelevante Funktion übernehmen können, wird von verschiedenen Autoren diskutiert: Laut Broda (2000) gründen sich „ganze TherapeutInnenidentitäten ... auf den Grundfesten der Therapieschulen...“ (S. 178). Eckert und Biermann-Ratjen (1990) betonen, dass „Psychotherapeuten eine ‚Identität‘ brauchen. Eine Identität setzt aber immer auch Abgrenzung von etwas Bestehendem voraus, d.h. Identität kann es ohne andere Identitäten gar nicht geben“ (S.275). Sie definieren dabei die therapeutische Identität als die „innere und im therapeutischen Handeln sichtbare Übereinstimmung des Therapeuten mit der ‚Theorie‘ der von ihm angewandten psychotherapeutischen Methode“ (S. 275-276). Auch Hagehülsmann (2000) vertritt die Auffassung, dass die „professionelle Identitätsgewinnung mit der Bindung an ein bestimmtes Verfahren gekoppelt“ ist (S. 360). Sie vergleicht dabei die Bindung des Therapeuten an einen therapeutischen Ansatz mit der Bindung des Kindes an die Bezugsperson, wobei der therapeutische Ansatz dabei die sichere Basis darstelle. Zugleich warnt sie davor, dass die Verwirklichung einer professionellen Identität durch die Übernahme verschiedener Methoden gefährdet sei. In eine ähnliche Richtung argumentiert Hermer (2000), wenn er das Weichen der verbindlichen „Dogmen“ der Therapieschulen mit einer wachsenden Identitätsdiffusion gleichsetzt (S. 21). Broda und Senf (2000) bringen im Folgenden Zitat die Überlegung auf den Punkt, inwiefern der therapeutische Ansatz eine Voraussetzung für das therapeutische Selbstverständnis darstellt:

In einem Grundverfahren *hauptgewichtig* auszubilden, ist ... unter dem Aspekt vernünftig, daß die in Weiterbildung Stehenden sich zuerst umfassend mit dem Verfahren befassen sollen, das sie gewählt haben und das ihnen am meisten liegt. ... Ungelöst ist auch die Frage, ob es zur psychotherapeutischen Identitätsfindung erforderlich ist, sich mit seiner ‚Therapieschule‘ bis an die Grenzen der Methode und auch Person zu beschäftigen und nicht gleich Lösungen zu versuchen, die die Frage umgehen, warum die ursprünglich versuchte, ‚schulentreue‘ Methode keinen Erfolg hatte.“ (Broda & Senf, 2000, S. 295)

Die Autoren erwähnen in diesem Zusammenhang auch die Sorge von Ausbildern, dass „manche AusbildungskandidatInnen der Verhaltenstherapie durch die frühe Übernahme anderer Therapieverfahren niemals gezwungen sind, richtig verhaltenstherapeutisch zu arbeiten“ (S. 179). Aber nicht nur Vertreter einer schulenorientierten Ausbildung argumentieren, dass Therapeuten in Ausbildung zur Orientierung und Strukturierung die Zugehörigkeit zu einem Therapieansatz benötigen: Auch Vertreter der sogenannten Assimilativen Integration (siehe Kapitel 5.3) sehen dies ähnlich (Norcross & Halgin, 2005). Gemeinsam ist diesen Autoren, dass sie die für Anfänger notwendige Strukturierung und Orientierung stets mit der Zugehörigkeit zu einem Therapieansatz verbinden und dabei argumentieren, dass diese Orientierung wichtige Voraussetzung für eine gute Therapiequalität sei. Hagehülsmann (2000) sieht die Therapiequalität durch die fehlende Bindung an einen Therapieansatz gefährdet, wobei sie keine empirischen Belege für diese Vermutung anführt. Tatsächlich gibt es zahlreiche Autoren, die die Bedeutsamkeit einer konsistenten theoretischen Orientierung für das Therapieergebnis betonen (siehe z.B. Stevens, Dinof & Donnenworth, 1998). Allerdings ist dabei nirgends ersichtlich, dass diese Konsistenz, Struktur und Orientierung sich zwangsläufig auf einen Therapieansatz beziehen muss: Mit Willutzki und Laireiter (2005) lässt sich aus der Therapievergleichsforschung schließen, dass es für das Therapieergebnis günstig ist, wenn der Therapeut eine konsistente theoretische Überzeugung und Orientierung vertritt. Gegenüber Placebo-Gruppen und rein supportiven Behandlungsgruppen zeichnen sich Therapiegruppen zumeist durch eine höhere Effektivität aus (Beutler et al., 2004; siehe auch 2.7., Allegiance-Forschung). Ähnlich argumentieren auch Ambühl et al. (1995), die betonen, dass die theoretische Orientierung als Handlungsorientierung in der komplexen Therapiesituation dient. Und schließlich lässt sich diese Position auch individuellen Berichten von Psychotherapeuten entnehmen, wie sie Goldfried (2001) für fünfzehn renommierte Psychotherapeuten zusammengestellt hat, die ursprünglich verhaltenstherapeutisch, analytisch oder klientenzentriert arbeiteten, mittlerweile aber integrativ vorgehen. Als einer dieser Psychotherapeuten hebt Goldstein (2001) beispielsweise hervor, wie wichtig eine innere Orientierung für ihn ist, um effektiv arbeiten zu können: „To this day, I find that having a coherent internal structure that leads to a concrete treatment plan is vital to providing effective treatment. For me, this structure is an expanded behavioural analysis“ (S. 151).

Vertreter einer schulenspezifischen Position nutzen diese Orientierung als Argument und plädieren daher dafür, Therapeuten zunächst in einem Therapieansatz auszubilden (und erst

danach ggf. in anderen Ansätzen). Laut Norcross & Halgin (2005) vertreten ca. ein Drittel aller Ausbildungsleiter in den USA diese Position.

### ***Therapeutische Vielfalt als notwendige Voraussetzung eines psychotherapeutischen Selbstverständnisses***

Ganz anders wird dies beispielsweise von Vertretern eines eklektischen Ausbildungsansatzes gesehen. Hier wird argumentiert, dass Therapeuten Kompetenzen in verschiedensten Methoden erwerben sollten und daher möglichst von Anfang an „integrativ“ ausgebildet werden sollten (Norcross & Halgin, 2005). Ansonsten bestehe die Gefahr, dass Therapeuten nach einer Ausbildung in einem Therapieansatz gar nicht mehr in der Lage seien, integrativ ausgebildet zu werden. Sie entwickelten möglicherweise Scheuklappen. Gerade die therapeutische Vielfalt sei notwendig für die Entwicklung der therapeutischen Identität. Auch das Argument, eine Therapieschulenzugehörigkeit sei notwendige Voraussetzung für die Entwicklung eines therapeutischen Selbstverständnisses wird hier anders bewertet. Natürlich bräuchten Therapeuten eine Orientierung und ein Standbein, dieses könne jedoch auch anders begründet sein als durch den Therapieansatz: „Die [Therapeuten in Ausbildung] sollen auch ein solides Standbein haben ...[aber] nicht ein spezielles Verfahren, sondern fünf Perspektiven“ (Grawe & Fliegel, 2005, S. 7). Grawe bezieht sich hier auf die fünf Perspektiven „Störungsperspektive, interpersonale Perspektive, motivationale Perspektive, Entwicklungsperspektive, Ressourcenperspektive“, die auf den Befunden der Psychotherapieforschung aufbauen. Auch Schindler und von Schlippe (2006) betonen, dass es „gerade die Vielfalt der persönlich zu integrierenden Einflüsse ist, die psychotherapeutische Identitäten prägt“ (S. 334). Norcross & Halgin (2005) zufolge plädiert die Mehrzahl der US-amerikanischen Ausbildungsleiter dafür, dass eine Ausbildung in einem therapeutischen Ansatz zu kurz greife. Sie sprechen sich entweder für eine (zumindest minimale) Ausbildung in mehreren Ansätzen aus oder plädieren für eine Ausbildung in einem explizit integrativen Modell.

## **6.6. Zusammenfassung**

Theorie und Forschung zur theoretischen Orientierung von Therapeuten liefern erste interessante Hinweise zur Bedeutung des Therapieansatzes für den Therapeuten. Gleichzeitig weist diese Tradition aber auch Grenzen auf, da hier meist mit vorgegebenen Kategorien gearbeitet wird und somit unklar bleibt, was die Therapeuten unter diesen Labels verstehen und welche Prozesse sich dabei bei ihnen abspielen. Eine weitere Anleihe lässt sich in der Wirksamkeitsforschung machen, in der das Konzept der Allegiance (Schulentreue) des Therapeuten entwickelt wurde. Hier zeigt sich, dass die Allegiance des Therapeuten ein wichtiges Konzept darstellt; die im Kontext der Wirksamkeitsforschung vorherrschende Bedeutung (im Sinne von Parteilichkeit und Treue) stellt aber nur eine von vielen möglichen Positionierungen von Therapeuten zum Thema Therapieschule dar. Die Modelle zur professionellen Entwicklung von Therapeuten befassen sich schon weitaus konkreter damit, wie Therapeuten sich zu verschiedenen Therapieansätzen in Beziehung setzen, welche Haltungen sie dabei einnehmen (z.B. Laissez-faire, true believer etc.) und wie sie dieses mit ihrer Person in Einklang zu bringen versuchen. Die Stellung des therapeutischen Ansatzes ist aber in den Entwicklungsmodellen nur ein Aspekt unter vielen und steht nicht explizit im Zentrum. Zudem wird oft ein schematischer, undifferenzierter Verlauf für alle Therapeuten postuliert. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die psychischen Prozesse von Therapeuten systematisch und empirisch zu untersuchen, während diese sich mit dem Thema „Therapieschule“ auseinandersetzen. Bezüglich der Frage, inwieweit eine Therapieschulenzugehörigkeit eine notwendige Voraussetzung eines psychotherapeutischen Selbstverständnisses darstellt oder nicht, finden sich in der Literatur konträre Meinungen.

## EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

### 7. FRAGESTELLUNG

Die Person des Therapeuten hat in der internationalen Psychotherapieforschung lange Zeit wenig Beachtung gefunden und wurde als vernachlässigbarer Aspekt behandelt. Im Mittelpunkt stand der Klient, die Wirksamkeit der Psychotherapie für den Klienten und die Prozesse, die sich auf Klientenseite im Rahmen von Psychotherapiesitzungen vollziehen. Nur zögerlich ist die Person des Psychotherapeuten allmählich immer stärker ins Blickfeld geraten, dabei wurden jedoch Therapeuten-Merkmale vorrangig hinsichtlich ihres *Beitrags zum Erfolg* der Therapie untersucht. Natürlich stellt die Wirksamkeit ein wichtiges Ziel von Psychotherapien dar. Schließlich geht es ja darum, dass es Patienten besser geht. Ist es daher überhaupt legitim, den Forschungsschwerpunkt auf das Erleben, die Erfahrungen und *psychischen Prozesse von Therapeuten* zu richten? Zweierlei spricht dafür: Erstens stehen Erleben des Therapeuten und Therapieerfolg in engem Zusammenhang. Zweitens ist die Entwicklung von Therapeuten per se ein wichtiges Themengebiet; auch Therapeuten haben ein „Anrecht“ darauf, in ihrer Entwicklung untersucht und unterstützt zu werden. Dieser Auffassung folgen auch neuere Untersuchungen zur professionellen Entwicklung von Psychotherapeuten über die Lebensspanne (vgl. Kapitel 3) sowie die vorliegende Arbeit.

Eine besonders sensible Phase der Entwicklung von Therapeuten ist die Phase der Ausbildung. Hier sind die werdenden Therapeuten mit einer Vielzahl von Lern- und Entwicklungsaufgaben konfrontiert, setzen sich mit der neuen Berufsrolle auseinander und erwerben eine Reihe neuer Kompetenzen. Auch die Psychotherapie-Ausbildungs-Forschung legt interessanterweise ihren Schwerpunkt sehr stark auf *Fragen der Kompetenzentwicklung* und Effektivitätssteigerung (vgl. Kapitel 3.5). Weniger Aufmerksamkeit widmet sie der Entwicklung eines *therapeutischen Selbstverständnisses*, einer therapeutischen Identität – also Antworten auf die Frage „Wer bin ich als Therapeut?“. Dies verwundert gerade in einem Berufszweig, in dem persönliche und professionelle Entwicklung, so sehr wie in wenigen anderen Berufen, ineinandergreifen. Auch in Deutschland werden Psychotherapeuten in Ausbildung gerade erst als „befragenswerte“ Gruppierung entdeckt.

Die Frage nach dem psychotherapeutischen Selbstverständnis („Wer bin ich als Therapeut?“) umfasst die verschiedensten Facetten (z.B. Rolle und Stil als Therapeut; Grenzen von

Verantwortung und ethische Fragen; Auseinandersetzung mit eigenen Problembereichen; Definition von Erfolg und Misserfolg etc.). Ein besonders interessanter Aspekt ist nun die Frage, welches psychotherapeutische Selbstverständnis Psychotherapeuten bezüglich des Themas „Psychotherapie-Schule“ entwickeln. Dies hat mehrere Gründe. Zum einen haben die Neuerungen des Psychotherapeutengesetzes diesem Thema neue Bedeutung verliehen. Seit Einführung des PsychThG besteht für angehende Psychologische Psychotherapeuten (mit dem Ziel einer Approbation) die *doppelte Anforderung*, sowohl Grundkenntnisse in mehreren Verfahren als auch eine Vertiefung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren zu erwerben (vgl. Kapitel 2). Hier wird also eine Auseinandersetzung mit der Frage „Wie stehe ich als Therapeut zum Thema „Therapieschule“?“ quasi per Gesetz vorgegeben. Zum anderen wird in den letzten Jahren eine intensive und teils kontroverse Debatte um das Thema „Methodenintegration“ geführt, in der es darum geht, wie verschiedene therapeutische Ansätze und –methoden zueinander stehen, inwieweit sie sich überschneiden, miteinander kompatibel oder „integrierbar“ sind oder eben nicht (vgl. Kapitel 5). Diese Fragen bekommen zusätzlich besondere Brisanz und Bedeutsamkeit vor dem Hintergrund der von mehreren Autoren vertretenen Auffassung, dass in diese Debatte nicht nur wissenschaftliche Argumente, sondern auch berufspolitische Interessen einfließen. Weiterhin wurde festgestellt, dass es sich bei der Kategorie der Therapieschule um ein „*fuzzy concept*“ handelt. Wenn also bereits theoretisch unklar ist, was verschiedene Therapieansätze und –methoden überhaupt sind und wie diese in die therapeutische Arbeit einfließen, ist es besonders interessant zu untersuchen, wie Therapeuten dies konzeptualisieren, wie sie dabei ihre eigene Ordnung schaffen und Position entwickeln (oder auch nicht).

Ein Therapieansatz, für den die eben angeführte Debatte eine besondere Bedeutung einnimmt, ist die Verhaltenstherapie. In der sogenannten „Dritten Welle der Verhaltenstherapie“ ist eine Überschneidung von Verhaltenstherapie mit anderen Therapieansätzen per definitionem enthalten (vgl. Kapitel 4). Gleichzeitig ist Verhaltenstherapie ein Therapieansatz, der sich vergleichsweise wenig explizit (z.B. im Vergleich zur psychoanalytischen Tradition) mit dem Thema „therapeutisches Selbstverständnis“ auseinandersetzt und den Fokus traditionell eher auf Kompetenz- und Interventionsaspekte legt. In Forschung und Praxis ist es zuletzt ein Therapieansatz, der in den letzten Jahren eine besondere Verbreitung zu erfahren scheint. In einer Studie zum therapeutischen Selbstverständnis von Therapeuten ist es daher besonders interessant, exemplarisch Therapeuten zu untersuchen, die sich für eine Ausbildung mit Vertiefung in Verhaltenstherapie entschieden haben.

Die bisherigen Forschungsergebnisse liefern zwar erste aufschlussreiche Hinweise zur Bedeutung des Therapieansatzes für den Therapeuten, gleichzeitig weisen sie aber auch Grenzen auf (vgl. Kapitel 6): Forschung zur theoretischen Orientierung von Psychotherapeuten wird häufig mit Hilfe einiger weniger vorgegebener Kategorien (z.B. „analytisch/psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch, humanistisch, systemisch“ etc.) durchgeführt. Das Problem solcher Untersuchungen ist jedoch, dass diese von außen gesetzten Kategorien eher grob sind und unklar bleibt, was die Psychotherapeuten unter diesen Begriffen eigentlich genau verstehen und welche Prozesse sich dabei in ihnen abspielen. Hier wird die Notwendigkeit deutlich, die *subjektive Sicht der Therapeuten* und deren persönliche Konstruktionen zu untersuchen. Welche Mechanismen kommen zum Tragen, wenn Therapeuten ihre theoretische Orientierung entwickeln? Erste Ideen zur Auseinandersetzung von Therapeuten mit dem Thema „Therapieschule“ ergeben sich zudem aus den Entwicklungsmodellen, wobei dieses Thema dann meist nur einen Aspekt unter vielen darstellt. Eine systematische und explizite Untersuchung steht hier noch aus.

Vor diesem Hintergrund ergibt sich als Zielsetzung der vorliegenden Studie zu untersuchen, wie sich angehende Verhaltenstherapeuten in Deutschland zu verschiedenen Therapierichtungen in Beziehung setzen und welche Auswirkungen die doppelte Anforderung (Grundkenntnisse in verschiedenen Verfahren plus Vertiefung in einem) für die Entwicklung ihres therapeutischen Selbstverständnisses hat. Wie lässt sich der Weg beschreiben, den angehende Verhaltenstherapeuten in der Auseinandersetzung mit verschiedenen Therapierichtungen gehen? Konkret werden folgende Forschungsfragen formuliert:

- I. Welche innerpsychischen Prozesse vollziehen sich bei Verhaltenstherapeuten, wenn sie während der Ausbildung ihre Position im Hinblick auf verschiedene Therapieschulen entwickeln?
- II. Kann die Zugehörigkeit zu einer „Schule“ als notwendige Voraussetzung für eine therapeutische Identität angesehen werden?

## 8. METHODIK

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die in dieser Arbeit verwendeten Forschungsmethoden gegeben. Zunächst wird der Hintergrund der gewählten Forschungsstrategien – ein qualitativer Forschungsansatz – vorgestellt und begründet. Dann wird die Gewinnung der Studienteilnehmerinnen und das Prinzip des *Theoretischen Sampling* erläutert, bevor anschließend die Methoden der Datenerhebung – die *Problemzentrierten Interviews* mit Verhaltenstherapeutinnen in Ausbildung, die Internetrecherche zu den Ausbildungskonzepten der Institute und die Experteninterviews mit der Ausbildungsleitung – beschrieben werden. Es folgt eine Vorstellung der Datenauswertung, die in Anlehnung an die *Grounded Theory* (Charmaz, 2006; Strauss & Corbin, 1996, 1998) die Phasen des offenen, des axialen und des selektiven Kodierens umfasste. Den Abschluss des Kapitels bildet das Thema Subjektivität der Forscherin und Selbstreflexion im qualitativen Forschungsprozess.

### 8.1. Qualitatives Forschungsdesign

In der *Psychotherapieforschung* liegt der Schwerpunkt – wie bereits angesprochen – auf der Prozess- und Outcome-Forschung. Dazu findet sich ein breites Arsenal an methodischen Zugängen (sowohl quantitativ als auch qualitativ, für eine Übersicht siehe Hill & Lambert, 2004). Da Forschung zu Psychotherapeutinnen immer noch nicht den Mainstream der Psychotherapie-Forschung darstellt, finden sich hierzu entsprechend auch weniger methodische Überlegungen. Findet die Therapeutin und deren Sichtweise Gehör, so erfolgt dies eher in der *qualitativen* Psychotherapieforschung (für eine Übersicht über die deutschsprachige qualitative Psychotherapieforschung siehe Frommer, Langenbach & Streeck, 2004, für den anglo-amerikanischen Raum siehe Rennie, 2004). Dabei finden sich laut Rennie (2004) zwei Arten von Methoden: 1. Die Analyse von Therapie-Transkripten (hier wird vor allem die Interaktion zwischen Therapeutin und Klient untersucht). 2. Die Analyse von verbalen Erfahrungsberichten. Dieser Tradition folgt auch die vorliegende Arbeit.

Zur *Untersuchung der Entwicklung* von Therapeutinnen zeigen Orlinsky et al. (1999) verschiedene Perspektiven auf. Entwicklung lasse sich am besten längsschnittlich untersuchen, hierbei werden dieselben Therapeutinnen zu mehreren Zeitpunkten untersucht und von Forschern in ihrer Entwicklung und Veränderung eingeschätzt („*longitudinal individual development*“). Dieser Zugang scheidet jedoch häufig an zeitlichen

Beschränkungen von Forschungsprojekten. So wurde auch in der vorliegenden Untersuchung eine Entscheidung *gegen eine längsschnittliche Untersuchung* getroffen. Dies wäre zwar wünschenswert gewesen, konnte aber aufgrund des zeitlichen Umfangs (die Ausbildung dauert laut PTG mindestens 3 Jahre) im Rahmen des vorliegenden Dissertations-Projekts nicht geleistet werden. Weiterhin ist der querschnittliche Vergleich von Therapeutinnen in verschiedenen Entwicklungsphasen möglich („*cross-sectional cohort development*“), wobei auch hier wieder eine Einschätzung der Entwicklung durch die Forscher vorgenommen wird (als „objective“ oder „external“ bezeichnet). Dabei bleibe häufig unklar, wie von außen festgelegt werden kann, was genau die „essential phenomena“ (Orlinsky et al., 1999, S. 129) seien. Dieses Problem lasse sich durch eine direkte Befragung der Betroffenen minimieren. Hier könnten Therapeutinnen entweder zu ihrer aktuellen Entwicklung („*currently experienced development*“) oder ihrer bisherigen Entwicklung – vom Beginn ihrer Ausbildung bis heute („*retrospected career development*“) befragt werden. In der vorliegenden Untersuchung liegt der Schwerpunkt auf der „currently experienced development“ – zumal ja der Beginn der Ausbildung bei den meisten noch nicht lange zurückliegt. Gleichzeitig werden jedoch auch retrospektiv konstruierte Entwicklungsaspekte in die Untersuchung einbezogen. Die Therapeutinnen wurden gebeten, rückblickend die Veränderungen in ihrer Beziehung zu VT im Verlaufe der Ausbildung zu beschreiben (siehe Anhang A – Interviewleitfaden Problemzentrierte Interviews mit Ausbildungsteilnehmerinnen).

Zum Thema „*Schulenzugehörigkeit von Therapeutinnen*“ liefern die bestehenden Forschungsansätze (siehe Kapitel 3 und 6) zwar wichtige Erkenntnisse, sie weisen jedoch einige *methodische Grenzen* auf: Entweder fehlt eine explizite und systematische Untersuchung (so z.B. in den Entwicklungsmodellen) oder es wird mit vorgegebenen Kategorien gearbeitet (so z.B. SPR-Studie, Kapitel 3.3.3, oder die Therapeutic Identity Scale ThId als Vorform des TASC-2, Kapitel 6.1.1), so dass unklar bleibt, was die Psychotherapeutinnen darunter eigentlich genau verstehen und welche Prozesse sich bei ihnen abspielen. Hier wird die Notwendigkeit deutlich, die *subjektive Sicht der Therapeutinnen* und deren persönliche Konstruktionen zu untersuchen. Orlinsky und Ronnestad (2005) heben hervor, dass eine Selbstbefragung von Therapeutinnen gut möglich sei, da Psychotherapeutinnen sehr selbstreflexive Menschen seien. Nach Flick, von Kardorff und Steinke (2004) berücksichtigt die qualitative Forschung „die Sichtweisen der beteiligten Subjekte, die subjektiven und sozialen Konstruktionen ihrer Welt“ (S. 17). Als weitere

Vorzüge einer qualitativen Zugangsweise wird die genaue und dichte Beschreibung genannt sowie die Möglichkeit, überraschende und neuartige Erkenntnisse zu erlangen (Strauss & Corbin, 1998) – auch wenn ein qualitatives Vorgehen den Nachteil aufweist, dass das Zusammenführen von Studienergebnissen und die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse schwieriger ist als im quantitativen Ansatz (Hill & Lambert, 2004).

Da ein qualitatives Vorgehen dem Forschungsgegenstand am angemessensten erschien (Gütekriterium der Gegenstandsangemessenheit, Steinke, 1999), wurde eine Entscheidung für ein Vorgehen in Anlehnung an den Forschungsansatz der *Grounded Theory* getroffen. „Die grounded theory ist eine qualitative Forschungsmethode bzw. Methodologie, die eine systematische Reihe von Verfahren benutzt, um eine induktiv abgeleitete, gegenstandsverankerte Theorie über ein Phänomen zu entwickeln“ (Strauss & Corbin, 1996, S.8). Dabei handelt es sich einerseits um einen wissenschaftstheoretischen Forschungsstil und andererseits um eine Sammlung von Einzeltechniken, mit deren Hilfe schrittweise eine in den Daten begründete Theorie (eine „grounded theory“) entwickelt werden kann. In der vorliegenden Arbeit kommt die grounded theory vorwiegend als Auswertungsmethode zum Einsatz. Die zirkuläre Verschränktheit von Datenerhebung und –auswertung konnte aufgrund von Beschränkungen im Feldzugang wenig umgesetzt werden. Dabei orientiert sich das Vorgehen bei der Auswertung an Strauss und Corbin (1996) sowie bezüglich konkreter Kodieretechniken zusätzlich an Charmaz (2006). Den Begriff „grounded theory“ könnte man mit *gegenstands- oder datenverankerte Theoriebildung* übersetzen, wobei sich jedoch der Ausdruck grounded theory auch im Deutschen eingebürgert hat. Im Ansatz der grounded theory stehen Datensammlung, Analyse und die Theorie in einer wechselseitigen Beziehung zueinander. Am Anfang steht nicht eine Theorie, die anschließend bewiesen werden soll. Am Anfang steht vielmehr ein Untersuchungsbereich – was in diesem Bereich relevant ist, wird sich erst im Forschungsprozess herausstellen (Strauss & Corbin, 1996, S. 7).

## **8.2. Gewinnung der Studienteilnehmerinnen und theoretisches Sampling**

Die Gewinnung von Studienteilnehmerinnen folgte in dieser Studie nicht dem Prinzip des repräsentativen Sampling, wie es in der quantitativen Forschung verwendet wird und bei dem es darum geht, eine für die untersuchte Population möglichst repräsentative Stichprobe zu gewinnen. Vielmehr orientierte sich die Rekrutierung von Studienteilnehmerinnen am Konzept des *theoretischen Sampling*, wie es z.B. von Strauss und Corbin (1996) als ein wichtiger Bestandteil der grounded theory formuliert wurde. Dabei geht es um die Auswahl

von Datenquellen auf der Basis von Konzepten, die eine theoretische Relevanz für die sich entwickelnde Theorie haben. Das bedeutet, dass sich das Sampling nach dem Stand der Theoriebildung richtet (Flick, v. Kardorff & Steinke, 2004, S. 292), die Analyse leitet dabei die Datensammlung. Stellt man beispielsweise im Verlauf der Auswertung fest, dass „Grenzziehung“ ein zentrales theoretisches Konzept in der sich entwickelnden Theorie ist, so wird man in einem nächsten Schritt besonders Fälle (bzw. Vorkommnisse im Text) untersuchen und vergleichen, in denen Grenzziehung entweder sehr stark oder sehr gering ausgeprägt ist. Das Ziel bei dieser Art des Sampling besteht hier in einer Repräsentation der Konzepte, der Begriff der Repräsentativität bekommt hier also eine andere Bedeutung als in der quantitativen Forschung:

... Geht es bei der quantitativen Sozialforschung darum, durch die Wahl der Stichprobe eine bestimmte Zielgruppe zu repräsentieren, so verfolgt die qualitative Sozialforschung das Ziel, ein Problemfeld durch die Auswahl der Befragungspersonen zu repräsentieren (Witt, 2001).

Entsprechend des eben genannten Prinzips werden Sampling-Entscheidungen nicht im Sinne einer linearen Forschungsstrategie (Witt, 2001) komplett im Vorfeld festgelegt, sondern sie ergeben sich im Sinne einer zirkulären Strategie *während* des Forschungsprozesses selbst. Im Folgenden werden daher für die vorliegende Studie die verschiedenen Etappen des Sampling beschrieben. Diese Etappen orientieren sich an den Sampling-Schritten nach Strauss und Corbin (1996). Es wird dabei jeweils aufgezeigt, inwiefern das Prinzip des theoretischen Sampling erfüllt werden konnte und wo davon abgewichen werden musste (siehe auch Kapitel 10.1, Diskussion des methodischen Vorgehens). Ein wichtiger Aspekt sei jedoch schon vorweg genannt: Das theoretische Sampling kann sich sowohl auf die Auswahl und Erhebung neuer Daten beziehen als auch auf das Zurückgehen zu bereits erhobenen Daten, da der Forscher mit zunehmender theoretischer Sensibilität neues in alten Daten entdeckt: „...Forscher [können und sollen] intensives theoretisches Sampling innerhalb ihrer tatsächlichen Daten durchführen“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 164). Der erst genannte Aspekt konnte in der vorliegenden Untersuchung aufgrund von Zugangsbeschränkungen zum Feld nur in geringem Umfang realisiert werden (siehe Kapitel 8.2.2), während der zweit genannte Aspekt fast durchgehend realisiert werden konnte.

### **8.2.1. Ausgangsüberlegungen zum Sampling: Ein- und Ausschlusskriterien**

In der vorliegenden Untersuchung wurden folgende Ein- und Ausschlusskriterien aufgestellt: Es sollten Therapeutinnen in einem *Richtlinienverfahren* (PA, TP, VT; siehe Einleitung) untersucht werden, da vermutet werden kann, dass die Frage nach der Beziehung zur

gewählten Therapierichtung und ihrer Bedeutung für die psychotherapeutische Identität aufgrund des großen zeitlichen, finanziellen und persönlichen Aufwands für Ausbildungskandidatinnen in einem Richtlinienverfahren von besonderer Relevanz ist. Es sollten exemplarisch *Verhaltenstherapeutinnen* in Ausbildung befragt werden. Für eine Untersuchung von Verhaltenstherapeutinnen spricht, dass die Verhaltenstherapie besonders häufig Konzepte und Techniken aus anderen Therapierichtungen übernimmt. Kleiber vermutete bereits 1997, dass „es zu einer breiten Übernahme anerkannter z.B. verhaltenstherapeutischer Ausbildungsstandards kommen wird, so daß schulenspezifische Spezialisierung nur noch innerhalb eines breiteren VT-Verständnisses realisiert werden“ (S. 240). Weiterhin finden sich in der verhaltenstherapeutischen Literatur und Forschung wenig Hinweise darauf, wie sich ein therapieschulenbezogenes therapeutisches Selbstverständnis herausbildet, während in der psychoanalytischen Tradition die Entwicklung einer therapeutischen Haltung und Identität ein explizites Thema und Ausbildungsziel darstellt. Zuletzt ist die Untersuchung von Therapeutinnen mit dem Vertiefungsgebiet Verhaltenstherapie auch daher besonders interessant, weil Verhaltenstherapie-Ausbildungsgänge derzeit die größte Nachfrage von Ausbildungsteilnehmerinnen aufweisen (siehe bereits Kapitel 2.2). Ein weiteres Kriterium für die Wahl der Interviewpartnerinnen ist der Studien- und Ausbildungshintergrund. Es sollen in diese Untersuchung ausschließlich *Psychologische Psychotherapeutinnen* einbezogen werden, da beispielsweise ärztliche Psychotherapeutinnen andere Sozialisierungserfahrungen mitbringen (siehe dazu z.B. Becker, 1992) und für sie auch die Ausbildung zum (Ärztlichen) Psychotherapeutinnen anderen Ausbildungsvorschriften unterliegt.

Es wurden nur solche Therapeutinnen in die Studie eingeschlossen, *die mindestens 200h und max. 500h der ambulanten Behandlungstätigkeit* absolviert hatten (damit einerseits schon eine fortgeschrittene Auseinandersetzung mit der VT stattgefunden hatte: mindestens 200h; damit andererseits die Abschlussprüfung und anschließende berufliche Weiterentwicklung noch nicht zu stark im Vordergrund standen: max. 500h).

### **8.2.2. Zugang zum Feld**

Der Zugang zum Feld wurde über eine Kontaktaufnahme mit der jeweiligen Ausbildungsleitung hergestellt, da dieser die Funktion eines „gatekeepers“ (gatekeeper; Flick, v. Kardorff & Steinke, 2004, S. 288) zukommt (siehe Anhang B – Anschreiben Ausbildungsinstitut). Die Institute leiteten dann ein Anschreiben, das sich direkt an die Therapeutinnen richtete (siehe Anhang C – Anschreiben Interviewpartnerinnen), an die in Frage kommenden Ausbildungsteilnehmerinnen per email weiter und hängten eine Kopie

des Schreibens in ihren Räumlichkeiten auf. In diesem Anschreiben sollte bereits ein Sampling Kriterium realisiert werden:

„Besonderes Interesse hätten wir an InterviewpartnerInnen, die entweder schon eine Ausbildung in einer anderen Therapierichtung gemacht haben oder im Gegenteil noch gar keine / wenig Erfahrungen außerhalb von Verhaltenstherapie aufweisen, wobei dies kein Einschlusskriterium darstellt.“

Um die Gewinnung von Untersuchungsteilnehmerinnen zu erleichtern, wurde eine finanzielle Aufwandsentschädigung von 20 € pro Person gewährt. Trotz dieser Aufwandsentschädigung erwies sich die Gewinnung von Interviewpartnerinnen insgesamt als schwierig. Bei allen teilnehmenden Instituten waren neben dem Aushang zwei Aufrufe per email nötig, bis sich einige Therapeutinnen meldeten. An den Instituten II und IV konnten insgesamt nur zwei bzw. drei Interviewpartnerinnen gewonnen werden. Aus diesem Grunde waren die Möglichkeiten des theoretischen Sampling – was die Erhebung *neuer* Daten angeht – beschränkt. Es musste jede Therapeutin, die kam, in das Sample aufgenommen werden. Zudem wurde eine zirkuläre Strategie des Ineinandergreifens von Datenerhebung und –auswertung dadurch erschwert, dass die Therapeutinnen eines Institutes immer gleichzeitig und nicht sukzessive angeschrieben wurden.

### **8.2.3. Sampling der Ausbildungsinstitute**

Da vermutet wurde, dass die Ausbildungsinstitute a) das Psychotherapieverständnis, die Entwicklung der psychotherapeutischen Identität sowie die Beziehung der Ausbildungsteilnehmerinnen zu VT / anderen Therapierichtungen prägen und dass sie sich b) trotz gleicher gesetzlicher Rahmenvorgaben in ihren Ausbildungskonzepten unterscheiden, sollten angehende Verhaltenstherapeutinnen *in verschiedenen staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten* in die Untersuchung einbezogen werden. Die Wahl der Ausbildungsinstitute, aus denen angehende Psychotherapeutinnen als mögliche Untersuchungsteilnehmerinnen rekrutiert werden sollten, wurde dabei einerseits über die Möglichkeiten und Grenzen des Feldzugangs (=welche Institute sind zur Teilnahme bereit?) bestimmt, aber auch über Annahmen zur Methodenvielfalt und Verfahrensspezifität der Ausbildungskonzepte. Dem Prinzip der maximalen Variation folgend (Flick, v. Kardorff & Steinke, 2004; Strauss & Corbin, 1996) sollten sowohl Ausbildungskandidatinnen aus Instituten mit einem eher „klassischen VT-Verständnis“ als auch mit einem eher „integrativen VT-Verständnis“ gewonnen werden. Zusätzlich zu einem intuitiven Wissen über die Unterschiede im Ausbildungskonzept der verschiedenen Institute wurde zunächst eine Analyse der Selbstdarstellung der Ausbildungsinstitute im Internet vorgenommen (siehe

Kapitel 8.3.1). Auf dieser Grundlage wurde folgende Einschätzung der Institute vorgenommen (die später aufgrund der Experteninterviews revidiert werden musste):

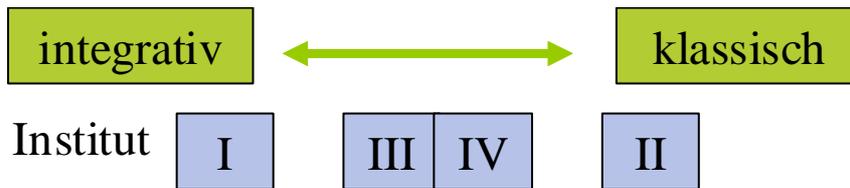


Abbildung 1: Einschätzung der Institute (vor Durchführung der Experteninterviews)

Die Rekrutierung der Verhaltenstherapeutinnen begann im Januar 2006 mit einer Kontaktaufnahme zu Institut I (als vermutete Vertreterin eines eher „integrativen“ Instituts) und wurde dann an Institut II als vermutete Gegenposition auf dem Kontinuum fortgeführt. Anschließend wurde Institut III als Mittelposition angeschrieben. Als sich abzeichnete, dass sich an Institut I nicht genügend Therapeutinnen für eine Teilnahme bereit erklären würden, wurde ein weiteres, eher als klassisch eingeschätztes Institut kontaktiert, das jedoch die Teilnahme verweigerte (Begründung siehe Anhang D – Absage eines Instituts). Zuletzt wurde dann Institut IV zur Gewinnung weiterer Therapeutinnen in die Untersuchung einbezogen. Aufgrund der Experteninterviews musste die Einschätzung der Ausbildungskonzepte revidiert werden, so dass sich dann folgendes Kontinuum ergab:

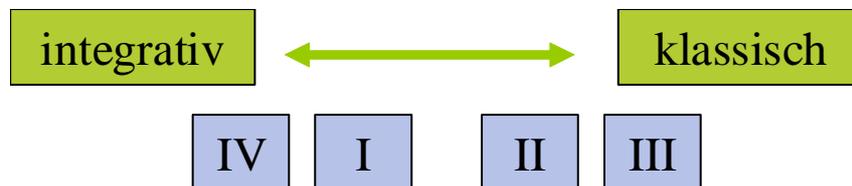


Abbildung 2: Einschätzung der Institute (nach Durchführung der Experteninterviews)

Zusammenfassend wurden also 20 Studienteilnehmerinnen an vier Ausbildungsinstituten in die Untersuchung einbezogen (Institut I: 8 Teilnehmerinnen, Institut II: 2 Teilnehmerinnen, Institut III: 7 Teilnehmerinnen, Institut IV: 3 Teilnehmerinnen).

Die Datenerhebung wurde bis auf ein Interview im Dezember 2006 abgeschlossen, als sich keine weiteren Interviewpartnerinnen mehr fanden. Ein letztes Interview wurde dann im Januar 2008 geführt. Für die Darstellung in der vorliegenden Arbeit wurde bewusst eine *Anonymisierung der Ausbildungsinstitute* vorgenommen. Das hat zwei Gründe. Zum einen soll damit ein maximaler Schutz der Experten im Rahmen der Experteninterviews gewährleistet werden, die in der vertraulichen Situation des Interviews möglicherweise mehr internes Institutionswissen preisgegeben haben, als sie es für eine gezielte Außendarstellung getan hätten. Zweitens ermöglichte dies die notwendige wissenschaftliche Freiheit, mit der

vermieden werden sollte, bei der Auswertung und Darstellung der Ergebnisse zum „Sprachrohr“ der Institute zu werden und ständig um deren Außenwirkung und Außendarstellung besorgt sein zu müssen. Zusammenfassend ist für die in dieser Untersuchung bearbeitete Fragestellung die Identität der Institute per se nicht ausschlaggebend, entscheidend ist nur, für welches Ausbildungskonzept sie stehen – und dieses lässt sich Kapitel 9.1 entnehmen. Abschließend sei erwähnt, dass sich alle Ausbildungsinstitute in deutschen *Großstädten* befinden. Somit unterliegen sie der Besonderheit, dass in unmittelbarer örtlicher Nähe andere Ausbildungsinstitute eine VT-Ausbildung anbieten und dass sie somit um Ausbildungskandidatinnen „konkurrieren“ müssen. Da ein theoretisches Sampling der Therapeutinnen bei der *Datenerhebung* nicht möglich war, wird im Folgenden beschrieben, welche Sampling-Strategien zumindest im Verlaufe der *Auswertung* zur Anwendung kamen.

#### **8.2.4. Sampling beim offenen Kodieren**

Das Ziel des Sampling bestand in dieser Phase der Auswertung darin, so viele relevante Kategorien wie möglich zu entdecken, daher war das Sampling in dieser Phase relativ offen ("die Selektion ... [ist beim offenen Kodieren] ziemlich wahllos in dem Sinne, dass man ... jede Person wählen könnte ...", Strauss & Corbin, 1996, S. 153). In dieser Phase wurde eine Kombination aus zwei Sampling-Strategien verfolgt: 1. Auswahl von extremen Fällen (z.B. detaillierte Analyse von A, der vorher Gestalt und systemische Ausbildung hatte), 2. systematisches Sampling (systematisches Einbeziehen jeder Interviewpartnerin, die kommt: z.B. wurde B zufällig für ein detailliertes offenes Kodieren ausgewählt, da sie die zweite Interviewpartnerin war, die sich meldete).

#### **8.2.5. Sampling beim axialen Kodieren: Sampling von Beziehungen und Variationen**

Ziel des Sampling bestand in dieser Phase des Kodierens im Aufdecken und Validieren von Beziehungen zwischen Kategorien; dabei war es entscheidend, auf der dimensional Ebene der Daten so viele Unterschiede wie möglich zu finden und diese zu vorauslaufenden, intervenierenden und nachfolgenden Bedingungen in Bezug zu setzen. Dabei wurden wieder zwei Vorgehensweisen kombiniert: 1. Sich von Textstelle zu Textstelle begeben und für die dort vorzufindenden Kategorien den Kontext entsprechend des Kodierparadigmas untersuchen, 2. Hypothesen über Beziehungen und Unterschiede aufstellen und dann gezielt nach den entsprechenden Fällen suchen. Um die Fälle noch präziser nach theoretischen Kriterien miteinander vergleichen zu können, wurde eine „Min-Mittel-Max-Tabelle“ (siehe

Auswertungsbeispiel 5 – Auszug aus der Kategorientabelle) erstellt, bei der jedes Interview bezüglich der wichtigsten Kategorien im Vergleich zu den anderen Fällen eingeschätzt wurde (als „min“, „mittel“ oder „max“). So konnten Fälle mit gleicher und unterschiedlicher Ausprägung herausgegriffen und Textstellen gezielt aufgesucht werden.

### **8.2.6. Sampling beim selektiven Kodieren: Diskriminierendes Sampling**

Diese „Min-Mittel-Max-Tabelle“ ermöglichte auch das gezielte diskriminierende Sampling in der Phase des selektiven Kodierens: Nachdem in der Datenanalyse ein „Cluster“ von Therapeutinnen aufgetaucht war (Muster 1, siehe Kapitel 8.4.5), die alle bezüglich der drei Eigenschaften der Kernkategorie eine Maximal-Ausprägung aufwiesen (1. Überzeugtheit von VT, 2. Abgrenzung von anderen Therapierichtungen, 3. Grenzziehung), wurden nun mit Hilfe der „Min-Mittel-Max-Tabelle“ gezielt nach Fällen gesucht, die bezüglich dieser drei Eigenschaften eine andere, also entweder eine mittlere oder eine minimale Ausprägung aufwiesen und diese zu zwei weiteren Clustern (Muster 2 und 3) gruppiert. Diese Zuordnung wurde empirisch immer wieder überprüft und modifiziert. Neben dem Integrieren der Kategorien auf der dimensional Ebene bestand das Ziel des diskriminierenden Sampling darin, diejenigen Kategorien aufzufüllen, die weiterer Entwicklung bedurften. Entsprechende Textstellen wurden aufgesucht.

## **8.3. Datenerhebung**

### **8.3.1. Internetrecherche zu den Ausbildungskonzepten der Institute**

Als Ausgangspunkt für die Problemzentrierten Interviews sollten zur Einordnung der Ausbildungsinstitute (siehe Kapitel 8.2) die Ausbildungskonzepte der teilnehmenden Ausbildungsinstitute möglichst differenziert und vergleichend erfasst werden. Daher wurde in einem ersten Schritt eine *Internetrecherche* der homepages der an der Untersuchung teilnehmenden Institute vorgenommen (Zugriff in 2005/2006). Dabei wurden alle selbstbeschreibenden Informationsmaterialien (Ablaufpläne, Beschreibung der Ausbildungsbausteine, konkrete Curricula, Ziele und Konzeption der Ausbildung, Geschichte der Institute, Dozenten, kooperierende Kliniken) gesichtet, die sich in Art und Umfang von Institut zu Institut sehr unterschieden. Alle auffindbaren Informationen wurden vor allem daraufhin durchsucht, welche Aussagen sich zum Thema „Verhaltenstherapie, Methodenintegration, methodenübergreifende Ausbildung, schulenspezifische Ausbildung“ finden ließen. Die Ergebnisse der Internetrecherche bildeten einerseits eine eigene Informationsquelle zur Einschätzung des Ausbildungskonzepts der Institute, andererseits

flossen die so gewonnenen Informationen in die Konstruktion des Leitfadens für die Experteninterviews mit der Ausbildungsleitung ein. Aufgrund der Anonymisierung der Institute (siehe Kapitel 8.2.3) werden die Informationsmaterialien als Ergebnis der Internetrecherche nicht im Anhang abgedruckt.

### **8.3.2. Problemzentrierte Interviews mit Verhaltenstherapeutinnen in Ausbildung**

Das wichtigste Verfahren zur Datenerhebung bestand in dieser Untersuchung in der Durchführung von Problemzentrierten Interviews (PZI) mit Therapeutinnen in Ausbildung in Anlehnung an Witzel (1985, 2000). Diese Interviewform wurde gewählt, da sie durch ihren sowohl deduktiven als auch induktiven Anteil einen guten Kompromiss zwischen Offenheit (Problemsicht der Therapeutinnen erfassen) und Theoriegeleitetheit (Orientierung des Interviews auf das Thema Beziehung zu Verhaltenstherapie und anderen Therapierichtungen) ermöglicht. Damit wurde es anderen Interviewformen, wie beispielsweise dem narrativen Interview, vorgezogen, da dieses eher auf eine eindeutige Erzählsequenz zu Beginn des Interviews setzt und Nachfragen erst im Anschluss daran gestellt werden sollten (zumal das narrative Interview vor allem in der Biographieforschung eingesetzt wird). In dieser Arbeit war es demgegenüber wichtig, Frageideen zur Besprechung einzelner Themenbereiche bereit zu halten, leitfadengestützt problemzentriert nachfragen zu können und somit die Orientierung an einem gesellschaftlich relevanten Thema aufrechterhalten zu können. Das Grundprinzip der *Problemzentrierung* des PZI war hier also ausschlaggebend für die Wahl der Interviewform, wobei die *Prozessorientierung* gleichzeitig sicherstellt, dass die Interviewten ihre Problemsicht entfalten können und im Gesprächsverlauf immer wieder neue Aspekte zum gleichen Thema entwickeln. Dieses war für die vorliegende Untersuchung besonders wichtig, da darüber auch die Vorstellungen und Konstruktionen der Interviewpartnerinnen deutlich und analysierbar wurden.

Es wurde eine Entscheidung *gegen* die Durchführung *teilnehmender Beobachtung* getroffen. Aus Studien ist zwar bekannt, dass der Unterschied zwischen dem, was Therapeutinnen über ihre Therapien erzählen, und dem, was sie tatsächlich tun, groß ist. Dennoch wurde eine Entscheidung gegen teilnehmende Beobachtung getroffen, da auch hier mit verschiedenen Problemen zu rechnen war: 1. Zugang zum Feld (gerade bei Therapeutinnen am Beginn ihrer beruflichen Laufbahn wurde eine geringe Bereitschaft zur Teilnahme an Beobachtungsstudien antizipiert), 2. Umfang der Datenerhebung, 3. Definitionsproblem („Was ist VT? Wo fängt VT an? Wo hört sie auf?“ siehe Kapitel 8.5.3 – hätte durch die Forscherin festgelegt werden müssen, obwohl das Erkenntnisinteresse ja gerade bei den Selbstbeschreibungen und

Konstruktionen der Therapeutinnen liegt). Ebenso wurde eine Entscheidung *gegen* eine *Gruppendiskussion* gefällt. Diese Form der Erhebung verbaler Daten hat zwar den Vorteil, dass die Diskussionssituation zum Abbau psychischer Kontrolle beiträgt und einen Zugang zu latenten Inhalten ermöglichen kann. Sie ermöglicht aber vor allem die Erhebung einer Gruppenmeinung (während in der vorliegenden Arbeit eher ein Interesse an divergierenden Einzelmeinungen bestand) und unterliegt Prozessen der Konsensbildung, Durchsetzung von dominanten Meinungen usw. (Bohnsack, 2004).

Die üblichen Bestandteile des PZI kamen auch in dieser Untersuchung zum Einsatz: a) die *Tonträgeraufzeichnung*, b) der *Kurzfragebogen* (in dem studiums- und ausbildungsbezogene Eckdaten erfragt wurden, um das Interview von einem Frage-Antwort-Schema zu entlasten, siehe Anhang E – Kurzfragebogen), c) der *Leitfaden* (siehe Anhang A – Interviewleitfaden Problemzentrierte Interviews mit Ausbildungsteilnehmerinnen) und die *Postskripte* (siehe Anhang F – Postskript). Die Teilnahme erfolgte freiwillig und unter Wahrung des Datenschutzes (siehe Anhang G – Datenschutzvereinbarung). Auch die *Entwicklung des Leitfadens* erfolgte in Anlehnung an Witzel (1985, 2000): Frageideen und Themenbereiche, die zur Vergleichbarkeit in möglichst allen Interviews gestellt werden sollten, wurden als Gedächtnisstütze im Leitfaden formuliert. Dieser diente als Hintergrundfolie für den Gesprächsverlauf, nicht als chronologisch und strikt abzuarbeitender Fragenkatalog. Die vorformulierte Einstiegsfrage („Wie sind Sie dazu gekommen, Psychotherapeutin zu werden?“) wurde so gewählt, dass sie einerseits „wie eine leere Seite“ zur Erzählung einlud, dass sie aber andererseits eine Zentrierung auf das untersuchte Problem ermöglichte. Zur Einleitung einzelner Themenbereiche wurden Frageideen formuliert sowie *mögliche* Detailfragen stichpunktartig festgehalten. Es wurden bewusst Themenbereiche in den Leitfaden aufgenommen, die nicht unmittelbar und direkt nach dem Thema „Beziehung zu VT und anderen Richtungen“ fragen (Beispiele: Weg in die therapeutische Ausbildung, psychotherapeutische Vorbilder; Bericht eines Therapieerfolgs; Wirkfaktoren von Psychotherapie etc.). Dadurch sollte verhindert werden, dass neben sozial erwünschten, abstrakt-theoretischen und hoch reflektierten Antworten auch umgangssprachliche, spontane und eher konkrete Erzählungen generiert wurden. Dieses erschien gerade vor dem Hintergrund der untersuchten Personengruppe zentral. Bei zwei Themenbereichen (Veränderung des Verhältnisses zu Verhaltenstherapie im Verlaufe der Ausbildung; Zugehörigkeit zu VT und anderen Richtungen) wurden die Interviewpartnerinnen eingeladen, ihre Ausführungen anhand einer Zeichnung/Skizze zu verdeutlichen (siehe Anhang H –

Beispielzeichnungen). Diese Zeichnungen dienten nicht per se als Datenmaterial (und wurden auch nicht als solches ausgewertet), sondern sie wurden zur Konkretisierung und Veranschaulichung der Interviewausführungen eingesetzt. Zudem wurde den Interviewpartnerinnen am Ende des Interviews die Möglichkeit gegeben, aus ihrer Sicht Wichtiges zu ergänzen. Der Leitfadentwurf wurde in der Auswertungsgruppe sowie im Doktorandenseminar überarbeitet und erwies sich in einem Probeinterview als sehr gut handhabbar. Als Folge des ersten Interviews, in dem der Interviewpartner eigene Therapieerfahrungen thematisierte, wurde dies als Leitfadenfrage („Wenn Sie sich vorstellen, Sie wären selbst Klient, für welche Therapierichtung würden Sie sich entscheiden?“) aufgenommen. Danach wurde der Leitfaden inhaltlich nicht mehr verändert.

Die Durchführung der PZI Interviews erfolgte in dieser Studie – mit Ausnahme von 2 Interviews, die ich selbst durchführte – durch 3 Studentinnen, die im Rahmen ihrer Diplomarbeit (2x) bzw. eines Praktikums (1x) in das Dissertationsprojekt eingebunden waren. Die Interviewerinnen erhielten ein ausführliches Interviewtraining, das folgende Bestandteile umfasste: a) Lesen von Texten zum PZI und zu Interviewführung, b) Lesen von Interviewtranskripten, selbständige Analyse der Gesprächsführung & Kommunikationsstrategien in den Transkripten sowie gemeinsame Auswertung in der Gruppe (siehe Anhang I - Interviewtraining), c) Führen eines Probeinterviews mit anschließender Auswertung und Feedback.

### **8.3.3. Experteninterviews mit der Leitung der Ausbildungsinstitute**

Aufbauend auf der Internetrecherche wurden anschließend Experteninterviews mit Personen aus der Leitung der beteiligten Ausbildungsinstitute geführt, um so die Ausbildungskonzepte der Institute – insbesondere was die Frage nach Schulenorientierung und integrative Ausbildung angeht – noch detaillierter zu erfassen und somit zu klären, wofür die verschiedenen Institute jeweils stehen. Die Experteninterviews wurden in Anlehnung an Meuser und Nagel (1991) konzipiert, entwickelt und ausgewertet. Das *Experteninterview* ist ein leitfadengestütztes Interview, das auf die Erfassung von Wissensbeständen und Erfahrungen von Experten abzielt. Der Experte ist dabei – in Abgrenzung zu anderen Interviewformen – nicht als Gesamtperson von Interesse, sondern in seiner Funktion im institutionellen Kontext. Er repräsentiert eine Institution (hier: das Ausbildungsinstitut). Meuser und Nagel unterscheiden zwei Arten von Forschungsinteresse: das Interesse an Betriebswissen oder das Interesse an Kontextwissen. Hierbei geht es um die Frage, ob die Experten Kontextwissen für eine andere Zielgruppe liefern oder ob sie selbst die Zielgruppe

der Untersuchung sind. Da in der vorliegenden Untersuchung das Forschungsinteresse an der Generierung von *Kontextwissen* für die Problemzentrierten Interviews mit Therapeutinnen in Ausbildung bestand, wurde der Leitfaden des Experteninterviews (siehe Anhang J – Leitfaden Experteninterview) entsprechend konzipiert und die Auswertung – der Empfehlung folgend – weniger tief und aufwendig durchgeführt (siehe Kapitel 8.4.1 sowie Auswertungsbeispiel 1 – Auswertung Experteninterview Institut III). Es konnten insgesamt nur bei drei von vier Ausbildungsinstituten Experten aus der Ausbildungsleitung gewonnen werden. Bei Institut II wurde – vermutlich aus Zeitmangel – nicht auf die entsprechende Anfrage (siehe Anhang K – Anfrage Experteninterview) reagiert. Hier kann nur auf die Ergebnisse der Internetrecherche zur Einschätzung des Ausbildungskonzepts zurückgegriffen werden. Eines der Experteninterviews wurde von einer studentischen Mitarbeiterin durchgeführt, da ich selbst eine Ausbildung an diesem Institut absolviere (siehe Kapitel 8.5.1) und daher davon ausgehen konnte, dass die Ausbildungsleitung mir das Ausbildungskonzept in einem Experteninterview nicht so detailliert schildern würde wie einer Außenstehenden.

## 8.4. Datenauswertung

### 8.4.1. Auswertung der Experteninterviews

Die Auswertung der Experteninterviews orientierte sich an Meuser und Nagel (1991) und erfolgte der Empfehlung entsprechend weniger tief und aufwendig als bei den Problemzentrierten Interviews (siehe Kapitel 8.4.2 - 8.4.5). Das Vorgehen umfasste vier Schritte:

- 1) **Transkription** der Experteninterviews
- 2) **Paraphrasierung**: Hier folgt die Auswertung noch der Chronologie des Textverlaufs, es werden am Rande der Transkripte die Gesprächsinhalte der Reihe nach textgetreu in eigenen Worten wiedergegeben.
- 3) **Überschriften**: Die Paraphrasen werden mit Überschriften versehen, dabei wird die Terminologie der Experten aufgegriffen. Das Zerreißen von Sequenzialität ist hier erlaubt und notwendig. Passagen, die gleiche oder ähnliche Themen behandeln, werden zusammengestellt. Eine Hauptüberschrift, die den Inhalt sämtlicher subsumierter Passagen abdeckt, wird formuliert. Beispiele für Paraphrasen und Überschriften finden sich in Auswertungsbeispiel 1 – Auswertung Experteninterview Institut III.
- 4) **Thematischer Vergleich**: Die Auswertung geht nun über einzelne Texteinheiten hinaus. Es wird nach thematisch vergleichbaren Textpassagen aus verschiedenen Experteninterviews gesucht. Die Resultate des thematischen Vergleichs sind an den Interviews zu prüfen auf

Triftigkeit, Vollständigkeit und Validität. Die Ergebnisse des thematischen Vergleichs finden sich in Tabelle 12: Ausbildungskonzepte im Vergleich in Kapitel 9.1.

#### **8.4.2. Transkription und Kurzcharakterisierung der Problemzentrierten Interviews**

Zur Vorbereitung der systematischen Datenauswertung wurden die aufgezeichneten Problemzentrierten Interviews transkribiert. Die Transkription erfolgte dabei in Anlehnung an die Transkriptionsregeln nach Mergenthaler (1992, siehe Anhang L - Transkriptionsregeln) und wurde von einem Transkriptionsbüro übernommen. Anschließend wurden alle Transkripte anhand der Tonbandaufzeichnungen noch einmal von mir Korrektur gelesen.

Als erste, zunächst noch unsystematische und heuristische Annäherung an die Interviews wurde für die ersten zehn Interviews eine halbseitige Kurzcharakterisierung erstellt (siehe Auswertungsbeispiel 2 – Kurzcharakteristik Interviewpartnerin C). Diese enthält als Überschrift ein Motto, das den Interviewpartner in besonderer Weise charakterisiert und das ein sofortiges, intuitives Erinnern des Interviews ermöglichte, was besonders zu Beginn der Datenauswertung eine Orientierung im umfangreichen Datenmaterial erleichterte. Beispiele für ein solches Motto sind z.B. „In *meine* Verhaltenstherapie lässt sich fast alles integrieren!“ (A) oder „Skepsis, Pragmatismus, Sättigung - Ich würde es natürlich tunlichst vermeiden, mich als Verhaltenstherapeutin offiziell zu bezeichnen!“ (B). Diese Überschriften bestanden größtenteils aus *in-vivo-codes*, die leicht abgewandelt wurden, wenn dies notwendig war, um den Fall in seiner Gesamtheit besonders gut zu charakterisieren.

#### **8.4.3. Offenes Kodieren: Entwicklung von Konzepten und Kategorien**

Im Anschluss bzw. parallel zur Erstellung der Kurzcharakterisierung wurde mit der systematischen Datenanalyse in Anlehnung an die grounded theory nach Strauss & Corbin (1996, 1998) sowie Charmaz (2006) begonnen. Der erste Schritt der Datenanalyse besteht hiernach im offenen Kodieren. Beim *offenen Kodieren* werden den Textsegmenten (Worten, Zeilen, Absätzen der Interviewtranskripte) Codes oder Konzepte zugeordnet: „Coding means categorizing segments of data with a short name that simultaneously summarizes and accounts for each piece of data“ (Charmaz, 2006). Dadurch werden die Daten „aufgebrochen“ und konzeptuell erfasst. Da das Ziel nicht nur in der Extraktion von Themen besteht, sondern in der systematischen Entwicklung einer dichten, eng geflochtenen, erklärungsreichen Theorie, kommt dem Konzeptualisieren von Ideen eine besondere Bedeutung zu. Die Codes oder Konzepte werden dann in einem zweiten Schritt zu abstrakteren Kategorien zusammengefasst. Parallel dazu werden diese Kategorien bezüglich ihrer Eigenschaften

entwickelt. Das genaue Vorgehen wird in Auswertungsbeispiel 4 (Entwicklung von Konzepten, Kategorien, Eigenschaften) exemplarisch dargestellt. Das offene Kodieren erfolgte in der vorliegenden Untersuchung anfangs und besonders bezüglich der Entwicklung von Konzepten mit Hilfe des Computerprogramms ATLAS.ti, einer Software zur Unterstützung qualitativer Auswertungen von Textmaterial (siehe Auswertungsbeispiel 3 – Kodieren mit Hilfe von ATLAS.ti). Die Konzepte wurden anschließend nach inhaltlichen Gesichtspunkten zu größeren Kategorien zusammengefasst, die Kategorien definiert und dimensionalisiert. Mit Fortschreiten der Auswertung wurde die Analyse jedoch bald aufgrund von zahlreichen Inflexibilitäten des Programms losgelöst von ATLAS.ti durchgeführt und stattdessen mit Kategorientabellen gearbeitet. In diesen Kategorientabellen wurden Codes, Textbelege, Kategorien und Kategoriendefinitionen festgehalten (siehe Auswertungsbeispiel 5 – Auszug aus der Kategorientabelle). Mit jedem neuen Interview wurde das Kategoriensystem überarbeitet und angepasst. Neue Codes wurden bestehenden Kategorien zugeordnet, dabei mussten diese aber gleichzeitig präzisiert und verändert werden. Aus Codes, die keiner bestehenden Kategorie zugeordnet werden konnten, wurden neue Kategorien entwickelt, so dass sich hier induktive und deduktive Arbeitsschritte abwechselten. Die Auswertung erfolgte zu Beginn eher Zeile für Zeile - drei Interviews B, K, A wurden vollständig offen kodiert. Dabei wurden diese Interviews zunächst satzweise, dann – wo geboten – auch abschnittsweise kodiert. Da sich hier schon bald die Irrelevanz einiger Interviewabschnitte für die Fragestellung der Untersuchung zeigte (z.B. B: Ärger über Wiederholung von Uni-Inhalten, Stress und Druck während der Ausbildung, Austausch mit erfahrenen Kollegen auf der Arbeit), wurde aus auswertungsökonomischen Gesichtspunkten schon zu diesem Zeitpunkt entschieden, nicht alle Interviews komplett satzweise offen zu kodieren, sondern wichtige, sich wiederholende Konzepte und Kategorien quer durch die verbleibenden 17 Interviews hinweg zu verfolgen und einige Abschnitte bei der Analyse wegzulassen. Das Ziel bestand hierbei darin, reichhaltige Passagen detaillierter und differenzierter analysieren zu können. In Anlehnung an Charmaz (2006) wurde hier also die Phase des „initial coding“ durch das „focused coding“ ergänzt: “Select what seem to be the most useful initial codes and test them against extensive data. Throughout the process, we compare data with data and then data with codes” (S. 42) and “You use focused coding to pinpoint and develop the most salient categories in large batches of data” (S. 46).

#### **8.4.4. Axiales Kodieren: Entwicklung von Zusammenhängen zwischen den Kategorien**

Während die Konzepte und Kategorien beim offenen Kodieren entwickelt wurden, wurden gleichzeitig immer wieder schon Hinweise auf die *Beziehungen* der Kategorien untereinander deutlich. Auf diesen Beziehungen liegt der Fokus der zweiten Form des Kodierens, dem **axialen Kodieren**, welches sich an das offene Kodieren anschließt (wobei offenes und axiales Kodieren immer ineinander übergehen). Durch das Erstellen von Verbindungen zwischen Kategorien werden die Daten nach dem offenen Kodieren nun auf neue Art wieder zusammengesetzt. In der vorliegenden Untersuchung stellte sich beispielsweise die Frage, wovon es abhängt, ob eine Interviewpartnerin VT eher grundsätzlich oder nur partiell kritisiert (zur Erinnerung: siehe Auswertungsbeispiel 4 – Entwicklung von Konzepten, Kategorien, Eigenschaften), wie sie damit umgeht und welche Auswirkungen dies für sie hat. D.h. die Kategorie „Kritik an VT äußern“ wurde nun mit anderen Kategorien in Verbindung gesetzt. Oder es stellte sich die Frage, unter welchen Umständen eine Interviewpartnerin andere Therapierichtungen als Teil von VT konzipierte und wann nicht (Beispiele für das genaue Vorgehen beim axialen Kodieren siehe Auswertungsbeispiel 6 – Vorgehen beim axialen Kodieren). Die Beziehungen wurden dabei zunächst als Hypothesen schriftlich oder in Form von vorläufigen Mini-Schemata (siehe Auswertungsbeispiel 7 – Vorläufiges Mini-Schema) festgehalten. Sobald sich diese Beziehung in einer Textstelle zeigte, wurde dies dokumentiert und in weiteren Textstellen sowie fallübergreifend überprüft. Ebenso wurden Gegenbeispiele gesucht. Traten diese auf, wurde versucht, diese über intervenierende Bedingungen zu erklären oder die Zusammenhangshypothese zu modifizieren. Anregungen für das Zusammensetzen der Kategorien bot das Kodier-Paradigma (Strauss & Corbin, 1996, siehe Abbildung 3), wobei davon auch abgewichen wurde, wenn die Daten dies geboten (siehe Kapitel 10.1):

(A) Ursächliche Bedingungen → (B) Phänomen → (C) Kontext → (D) Intervenierende Bedingungen → (E) Handlungs- und interaktionale Strategien → (F) Konsequenzen

**Abbildung 3: Kodierparadigma nach Strauss & Corbin (1996)**

Um beim axialen Kodieren gezielt vorzugehen und in der Masse der Kategorienverbindungen nicht die Übersicht zu verlieren, wurde als Vorbereitung des selektiven Kodierens (siehe Kapitel 8.4.5) die Frage aufgeworfen, was beim bisherigen Kodieren der Interviews bereits als deutliche Unterschiede zwischen den Interviews aufgefallen war und daher evtl. Hinweise auf ein zentrales Phänomen geben könnte. Übereinstimmend (Autorin, beide

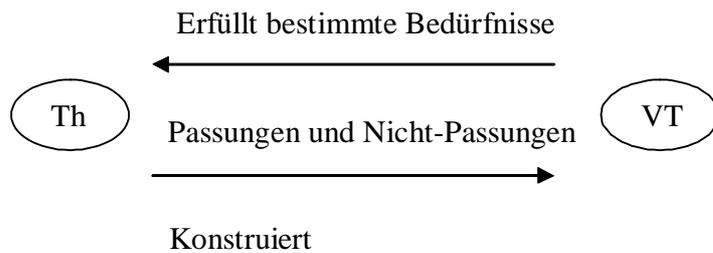
Auswertungsgruppen, Studentinnen) wurde festgestellt, dass sich die Interviews auffällig dahingehend unterschieden, inwieweit die Interviewpartnerinnen andere Therapierichtungen als Teil von VT oder als getrennt von VT konzipierten – ein Phänomen, das vorläufig als „Trennung zwischen VT und anderen Richtungen“ bzw. „Einssein von VT und anderen Richtungen“, später dann als „*Grenzziehung zwischen VT und anderen Richtungen*“ bezeichnet wurde. Weiterhin fiel auf, dass VT mal als anderen Richtungen überlegen, mal als gleichwertig beschrieben wurde („*Überlegenheit von VT*“). Infolgedessen wurde das axiale Kodieren auf das Phänomen der Grenzziehung sowie der Überlegenheit fokussiert (siehe Auswertungsbeispiel 8 – Erste Achsenschemata), also versucht anhand der Daten zu rekonstruieren, wann und wie Grenzziehung bzw. Überlegenheit auftritt und welche Konsequenzen dies hat.

#### **8.4.5. Selektives Kodieren: Das Herausarbeiten der Schlüsselkategorie**

Die abschließende Phase des Kodierens, das *selektive Kodieren*, unterscheidet sich nicht wesentlich vom axialen Kodieren, es erfolgt nur auf einer höheren, abstrakteren Ebene der Analyse. Diese Phase wird als selektives Kodieren bezeichnet, da sie sich mit dem Auswählen einer *Kernkategorie* befasst sowie mit dem Versuch, die anderen Kategorien und ihre mittlerweile belegten Bezüge um die zentrale Schlüsselkategorie anzuordnen. Das Vorgehen in der vorliegenden Arbeit wird in drei Schritten beschrieben:

##### ***Schritt 1: Auswählen und Benennen der Kernkategorie***

War beim axialen Kodieren schon deutlich geworden, dass die Grenzziehung ein zentrales Thema ist, das sich durch die Interviews zog, wurde dies nun weiter expliziert. Dabei stellte sich heraus, dass nicht die Grenzziehung per se das zentrale Phänomen darstellt und daher kein Anwärter für die Schlüsselkategorie ist. Vielmehr zeigte sich, dass die Besonderheit darin bestand, dass alle Interviewpartnerinnen Verhaltenstherapie auf immer unterschiedliche Art *konstruierten* (Grenzziehung war nur eine Strategie um dies zu tun) und dass diese Konstruktion nicht zufällig erfolgte, sondern eine bestimmte psychische Funktion für die Therapeutinnen erfüllte. Dieser Zusammenhang war interessanterweise schon in einem frühen Memo in folgender Zeichnung angedeutet, aber in seiner zentralen Bedeutung damals noch nicht erkannt worden (aufgrund einer geringeren theoretischen Sensibilität zu Beginn des Forschungsprozesses):



**Abbildung 4: Frühes Memo (vom 16.08.06) zum zentralen Phänomen**

Diese Idee wurde in weiteren Memos systematisch ausgearbeitet (siehe Auswertungsbeispiel 9 – Memos als Vorläufer der Storyline) und für die Kernkategorie der Begriff des Konstruierenden Jonglierens gewählt. Als Ziel dieses Prozesses wurde die therapeutische Identitätsentwicklung herausgearbeitet und dabei das Bild eines Wanderers als Metapher herangezogen. Daher wurde die Kernkategorie abschließend als *therapeutische Selbst(er)findung durch konstruierendes Jonglieren* bezeichnet.

### ***Schritt 2: Bestimmung der Eigenschaften der Kernkategorie***

Nachdem nun deutlich geworden war, worin die Gemeinsamkeit aller Therapeutinnen in Ausbildung bestand, wurden im zweiten Schritt des Selektiven Kodierens die Unterschiede zwischen den Interviewpartnerinnen systematisch herausgearbeitet. Dazu sollten zunächst die Eigenschaften und Dimensionen der Kernkategorie bestimmt werden, anhand derer sich die Unterschiede zwischen den Interviewpartnerinnen beschreiben ließen. Hier kann laut Strauss & Corbin (1996) eine Vierfelder-Tafel zur Systematisierung herangezogen werden, in der die zentralen Dimensionen des Phänomens gekreuzt werden und sich so bestimmte Muster ergeben. Alle Versuche, auf diese Weise die Eigenschaften der Kernkategorie zu entwickeln (siehe Auswertungsbeispiel 10 – Vierfelder-Tafeln) verliefen jedoch zunächst unbefriedigend. Auch die Versuche, die Interviewpartnerinnen bezüglich dieser Eigenschaften auf einem Kontinuum anzuordnen, scheiterten immer wieder. Daher wurde ein anderes Vorgehen gewählt, das von Strauss & Corbin (1996) als Alternative genannt wird: Während der Datenanalyse war bereits ein „Cluster“ an Therapeutinnen aufgetaucht, die sich sehr stark ähnelten: Sie alle waren im Vergleich zu den anderen Interviewpartnerinnen sehr überzeugt von VT, sehr abgegrenzt von anderen Therapierichtungen und zogen eher deutliche Grenzen zwischen VT und anderen Richtungen. Ausgehend von dieser Gruppe wurden die Eigenschaften der Kernkategorie definiert als: 1. Überzeugtheit von VT, 2. Abgrenzung von anderen Therapierichtungen, 3. Grenzziehung (siehe Kapitel 9.3 und 9.4), wobei die Therapeutinnen des Musters 1 hier eine Maximal-Ausprägung aufwiesen. Rückblickend wurde hier auch deutlich, dass die bisherige Kategorie der Grenzziehung sehr unscharf definiert gewesen war und alle drei Aspekte umfasst hatte, so dass ich in meiner Definition

immer hin- und her gesprungen war und daher auch eine Einschätzung der Interviewpartnerinnen hatte scheitern müssen.

### ***Schritt 3: Verbindung der anderen Kategorien mit der Kernkategorie, Beschreibung der Muster, Formulierung der story line***

Ähnlich wie beim axialen Kodieren wurde nun das konstruierende Jonglieren als Kernkategorie mit den anderen Kategorien anhand der Daten verbunden und deren unterschiedlichen Ausprägungen als Muster (siehe Kapitel 9.3 und 9.4) ausgearbeitet. Dabei wurde in einer Kombination aus deduktivem und induktivem Denken das Zutreffen der Kernkategorie für alle Interviews überprüft und die Beziehungen zwischen den Kategorien validiert. Die entwickelten theoretischen Bezüge flossen so in eine zusammenhängende story line ein, die später (nach Ergänzung durch Textbeispiele) in den Ergebnisteil eingingen. Fehlende Kategorien wurden ausgearbeitet. Wo es der Theorie an Dichte fehlte, wurde zu den Daten zurückgekehrt.

## **8.5. Subjektivität und Selbstreflexivität im qualitativen Forschungsprozess**

### **8.5.1. Darstellung des Vorwissens und eigener Positionen der Forscherin**

Ein wichtigster Schritt zur Auseinandersetzung mit der Subjektivität der Forscherin und deren Einfluss auf die Daten besteht in der Reflexion und Offenlegung des Vorwissens und eigener Positionen. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass ich selbst in diesem Forschungsprojekt eine Doppelrolle einnehme – einerseits bin ich Forscherin, andererseits gehöre ich selbst zur Gruppe der von mir beforschten Personen, da ich seit 2004 eine Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie an einem der untersuchten Institute absolviere. Mit Danziger (1990) bin ich damit gleichermaßen als „Insiderin“ und „Outsiderin“ zu bezeichnen. Die Insiderposition ist gleichzeitig mit Vor- und Nachteilen verbunden: Laut Strauss & Corbin (1996) sind sowohl berufliche wie auch persönliche Erfahrungen als Quelle von theoretischer Sensibilität zu bezeichnen – „je größer die [...] Erfahrung, desto reicher ist die Wissensbasis und das verfügbare Verständnis, aus dem man beim Forschen schöpfen kann“ (S. 26). Durch Jahre der Erfahrungen im Feld besteht ein implizites Verständnis dafür, was vor sich geht. Auch profitierte die Auswertung sicherlich von meiner Tätigkeit im therapeutischen Bereich: Skovholt und Ronnestad (1995) zeigen die Parallelen zwischen therapeutischer und theoretischer Sensibilität (laut Strauss & Corbin, 1998, entscheidend für die Auswertung im Rahmen der Grounded Theory) auf. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass diese Art von Erfahrung blind macht, dass Selbstverständlichkeiten nicht mehr hinterfragt werden oder

eigene Wertvorstellungen zum Gegenstand schwerer reflektiert werden können. Die Teilnahme an Forschungsgruppen (siehe Kapitel 8.5.2) und das Führen eines Forschungstagebuches gelten als wichtige Instrumente, um diesen Gefahren zu begegnen und eigene Haltungen zu explizieren. Die Bedeutung meiner Erfahrungen und Verflechtungen wurden in der Forschungsgruppe diskutiert und in Memos festgehalten. Die Selbstreflexion orientierte sich dabei am Systematisierungsansatz nach Breuer (2003), der verschiedene Fragen für die Phasen des Forschungsprozesses aufwirft. Beispielsweise formulierte ich Memos zu folgenden Themen:

- Was wäre ein für mich besonders wünschenswertes Ergebnis der Datenauswertung und warum? Welche Botschaft erhoffe ich damit vermitteln zu können? An wen?
- Wie lassen sich die ausgearbeiteten Kategorien auf mich selbst anwenden? Welche Erfahrungen habe ich vor der Ausbildung, welche während der Ausbildung gemacht, wie sieht mein Selbstverständnis als Therapeutin aus?
- Welche Haltungen der Interviewpartnerinnen (sowie meiner Ausbildungskolleginnen) ärgern mich oder sprechen mich an? Und warum?

Zusammengefasst lässt sich mein eigener Hintergrund und meine Position folgendermaßen charakterisieren: Meine Vorerfahrungen umfassen einerseits eine intensive und für mich positive Auseinandersetzung mit Gesprächspsychotherapie im Rahmen meines Studiums und meiner späteren Tätigkeit als Wissenschaftlicher Mitarbeiterin und andererseits eine intensive und positive Auseinandersetzung mit Verhaltenstherapie während des Studiums (dort vor allem in meinen Praktika sowie während eines einjährigen USA-Studienaufenthaltes) und später in der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Mit anderen Therapierichtungen fand nur eine rudimentäre Auseinandersetzung statt, sie spielen und spielten für mein psychotherapeutisches Selbstverständnis eine nebensächliche Rolle. In beiden Therapieansätzen – VT und GT – finde ich mich in unterschiedlichen Aspekten sehr stark wieder. Insofern würde ich mich selbst in beiden Kategorien (Überzeugtsein von VT; Abgrenzung gegenüber anderen Therapieansätzen) als mittel einstufen, wobei eine Unterscheidung zwischen GT und anderen Therapieansätzen vorzunehmen wäre. Mit dem Thema (Nicht-) Kompatibilität und „Integration“ von Therapieansätzen habe ich mich in unterschiedlichen Kontexten auseinander gesetzt: Einmal in meinem persönlichen Entwicklungsweg, des weiteren in der Beobachtung von Studierenden und Ausbildungskollegen, dann auf theoretischer Ebene als Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität im Rahmen eines Seminars zu

ansatzübergreifenden Konzepten der Psychotherapie. Hier würde ich meine Position als einerseits aufgeschlossen gegenüber Ideen der Integration bezeichnen (besonders auch gefördert durch meine Ausbildung), gleichzeitig aber auch eine Sensibilität für die Unterschiedlichkeit und Nicht-Vereinbarkeit von Therapieansätzen beschreiben, die ich besonders auf das Mitverfolgen der Stellung und des Anerkennungsverfahrens der Gesprächspsychotherapie zurückführe, bei dem mich insbesondere die Vorstellung vieler Kollegen, Gesprächstherapie sei in anderen Therapieansätzen „mit enthalten“, beschäftigt hat. Zudem lässt sich ergänzen, dass meine Position im Verlaufe der Ausbildung (und damit des Dissertations-Projekts) immer wieder Veränderungen unterlegen hat, deren Darstellung aber den Rahmen dieses Kapitels sprengen würde. Abschließend bin ich natürlich auch durch die Rahmenbedingungen des deutschen Psychotherapeutengesetzes geprägt, was sich u.a. darin zeigt, dass ich bei mir auch eine Tendenz feststelle, von „Therapieansätzen“ auszugehen und dieses grundsätzliche Konzept in meinem Denken nicht aufgeben zu können.

### **8.5.2. Reflektion des Forschungsprozesses und Auswertung in der Gruppe**

Der gesamte Forschungsprozess (Entwicklung der Fragestellung, Wahl des Forschungsansatzes und -designs, methodische Entscheidungen zur Datenerhebung und –auswertung, Reflektion der Rolle als Forscherin sowie Datenauswertung) wurde durch die Teilnahme an einer wöchentlichen *Forschungsgruppe* mit einer anderen Doktorandin begleitet. Eine zweite Forschungsgruppe mit einer weiteren Doktorandin wurde in der gesamten Phase der Datenauswertung zusätzlich 14-tägig besucht. In beiden Gruppen wurde Datenmaterial kodiert, Kategorien entwickelt und Memos besprochen. Beide Arbeiten waren inhaltlich im Bereich der Klinischen Psychologie angesiedelt, die Hauptverbindung war jedoch durch den methodischen Ansatz (Forschungsansatz der grounded theory) gegeben. Die enge Zusammenarbeit ermöglichte a) eine Validierung von Forschungsentscheidungen, b) die Gewinnung anderer Perspektiven auf dasselbe Datenmaterial, c) das Nachvollziehbar machen eigener Auswertungsschritte und Interpretationen (intersubjektive Kontrolle) und d) eine kritische Auseinandersetzung mit eigenen Vorannahmen und „blinden Flecken“. Andererseits führte diese Art der Zusammenarbeit zu einer Ähnlichkeit in Gliederung und Strukturierung der Dissertationen. Zudem wurde im Verlaufe des gesamten Forschungsprozesses das Doktorandenseminar Klinische Psychologie an der Freien Universität Berlin (Leitung: Prof. Dr. Anna Auckenthaler, Prof. Dr. Manfred Zaumseil) besucht. Hier wurden Fragestellung, theoretischer Hintergrund, Methodenwahl, Leitfadendkonstruktion, Ergebnisse des offenen, axialen und selektiven Kodierens zur Diskussion gestellt und wichtige Fragen, Kritikpunkte und Ideen in den Forschungsprozess aufgenommen.

### **8.5.3. Methodisches Problem und Ergebnis zugleich: Was ist eigentlich VT?**

Bei der Analyse der Interviews fiel immer wieder auf, dass zwar der Begriff „Verhaltenstherapie“ von allen Interviewpartnerinnen selbstverständlich immer wieder benutzt wird, dass sich dahinter aber die verschiedensten Bedeutungen (Weltbilder, theoretische Konzepte, Grundannahmen, Techniken) verbergen. Dieses ist einerseits ein wichtiges Ergebnis der Untersuchung. Darüber hinaus stellt dies jedoch auch ein methodisches Problem dar, das an dieser Stelle kurz diskutiert werden soll. Aus methodischer Sicht führte dies zu einer Besonderheit und Schwierigkeit für mich als Auswerterin. Erstens musste ich jeweils bei jeder Textstelle anhand der umliegenden Textpassagen entscheiden, welche Bedeutung des Begriffs Verhaltenstherapie hier wahrscheinlich zugrunde liegt. Hier wird wieder der Einfluss der Subjektivität der Forscherin (siehe Kapitel 8.5.1) sowie die Wichtigkeit der Auswertung in der Gruppe deutlich (siehe Kapitel 8.5.2). Einige Textstellen ließen jedoch eine eindeutige Interpretation nicht zu. Bei allen Textstellen stand ich zweitens vor der Aufgabe, immer wieder meine eigene Definition von Verhaltenstherapie zu reflektieren und zu explizieren, um zu einer einheitlichen Einschätzung vergleichbarer Textstellen zu gelangen. Hier bestand die Herausforderung darin, sich nicht den jeweiligen Definitionen der Interviewpartnerinnen anzuschließen, sondern bei einer eigenen einheitlichen und vorher explizierten Definition zu bleiben. Als es beispielsweise darum ging, die Abgrenzung gegenüber Verhaltenstherapie von Interviewpartnerin S vorzunehmen, stufte ich diese *im Vergleich zu den anderen Interviewpartnerinnen* als „mittel bis maximal“ ein, auch wenn sie selbst sagt: „Und trotzdem würde ich sagen, ich bin Verhaltenstherapeutin“ (S: 347-348), dabei aber ihre Definition von Verhaltenstherapie zugrunde legt („...mittlerweile denke ich, ist es, ist, ist einfach alles auch Verhaltenstherapie, auch wenn [anderes] im Vordergrund steht“, S: 362-363). Je nachdem, welches Verständnis Sie als Leserin vertreten, werden Sie das nachvollziehbar finden oder nicht und sich vielleicht fragen, ob sie diese Auffassung von Verhaltenstherapie teilen oder nicht und damit stehen Sie vor genau der gleichen Schwierigkeit, vor der ich stand. Meine Lösung des Problems bestand darin, eine interviewvergleichende Einschätzung der Kategorien vorzunehmen (Beispiel: S ist *im Vergleich* zu Frau N von Verhaltenstherapie stärker abgegrenzt) und nicht den jeweils individuellen Definitionen von VT der Interviewpartnerinnen zu folgen. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass ich an einigen Stellen doch davon abgewichen und dem „Sog“ der individuellen Konstruktion gefolgt bin, vermutlich vor allem da, wo diese Definitionen mit meiner eigenen besonders stark übereinstimmte. Die Ergebnisse der Analyse werden im folgenden Kapitel 9 vorgestellt.

## 9. ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie zu der Frage vorgestellt, welche innerpsychischen Prozesse sich bei Therapeutinnen vollziehen, wenn sie während der Ausbildung ihre Position im Hinblick auf verschiedene Therapieschulen entwickeln. Dazu werden zunächst in Kapitel 9.1 die Ausbildungskonzepte der beteiligten Institute dargestellt, wie sie mit Hilfe der Internetrecherche und Experteninterviews ermittelt wurden. Nach einer Beschreibung der Studienteilnehmerinnen in Kapitel 9.2 werden dann in den folgenden Kapiteln die Ergebnisse der Problemzentrierten Interviews mit den Ausbildungsteilnehmerinnen beschrieben. In Kapitel 9.3 wird der Prozess dargestellt, der als THERAPEUTISCHE SELBST(ER)FINDUNG DURCH KONSTRUIERENDES JONGLIEREN bezeichnet werden kann und der alle Ausbildungsteilnehmerinnen charakterisiert. Drei verschiedene Varianten dieser therapeutischen Selbst(er)findung werden dann in Kapitel 9.4 vorgestellt, bevor in Kapitel 9.5 das Zusammenspiel von Ausbildungsinstitut und individueller Entwicklung der Therapeutinnen beschrieben wird. Eine zusammenfassende Darstellung der entwickelten Theorie findet sich in Kapitel 9.6.

### 9.1. Ausbildungskonzepte der Institute

Zur Erfassung der Ausbildungskonzepte der Institute bezüglich der Frage „Schulenorientierung/Methodenintegration“ wurde eine Internetrecherche der Websites der Institute durchgeführt und darauf aufbauend Experteninterviews mit Personen aus dem Leitungsgremium der betreffenden Institute geführt (vgl. Kapitel 8.3.1 und 8.3.3). Diese wurden mit dem Ziel durchgeführt, die Konstruktionen und Sichtweisen der Ausbildungsteilnehmerinnen mit der offiziellen „Philosophie“ der Ausbildungsinstitute in Beziehung setzen zu können. Es wurden Experteninterviews an drei Ausbildungsinstituten (Institut I, III, IV) durchgeführt. Am Institut II fand sich niemand zur Durchführung eines Experteninterviews bereit.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Internetrecherche und der Experteninterviews für die Ausbildungsinstitute vorgestellt. Die Interviews wurden als Experteninterviews nach Meuser & Nagel (1991) durchgeführt und ausgewertet. Dabei wurde auf eine detaillierte und tiefgehende Auswertung, wie sie bei den Problemzentrierten Interviews mit den Ausbildungsteilnehmerinnen durchgeführt wurde, verzichtet, da die Experteninterviews lediglich zur Generierung von *Kontextwissen* für die PZIs dienen. Da an Institut III und am

IV sowohl eine Ausbildung mit Schwerpunkt VT als auch TP angeboten wird, wurden die Interviews mit Leitungspersonen der verhaltenstherapeutischen Vertiefung geführt.

### **Das Ausbildungskonzept von Institut I: Integrativ arbeiten von Anfang an und dabei VT als strukturierenden Rahmen nutzen**

Das Ausbildungskonzept von Institut I ist durch ein Selbstverständnis geprägt, das die Expertin als „integrativ und methodenoffen“ (Z. 100) bezeichnet. In jedem Seminar über die dreijährige Theorieausbildung hinweg werde das integrative Modell vermittelt, auch in den störungsspezifischen und VT-Seminaren. Das Institut verstehe sich nicht als ein Institut, das nur im Richtlinienverfahren VT ausbilde. Daher nenne sich die Ausbildung auch Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (nur der Schwerpunkt heiße VT). Auch die Ausbilder verkörperten in ihrer Person diese Integration, da alle Ausbilder in verschiedenen Therapieverfahren ausgebildet seien: „Es gibt niemanden, der nur Verhaltenstherapeut ist“ (Z. 86-87). Da dem Institut historisch betrachtet die integrative Haltung sehr wichtig sei, gleichzeitig aber auch die Vorgaben des PTG berücksichtigt werden müssten, habe das Institut, „das über die VT-Schiene [...] anmelden müssen“ (Z. 97-98). Da VT aber „alleine viel zu kurz“ (Z. 65-66) greife, werde versucht, Aspekte aus verschiedenen Therapieformen zu integrieren. Klassische VT werde in einem multimodalen Ansatz beispielsweise mit systemischen Ansätzen, Gesprächspsychotherapie etc. kombiniert. Dabei werde das PTG zwar erfüllt, es würden aber Nischen gesucht, da das Gesetz als Verkürzung und Begrenzung erlebt werde.

Gleichzeitig zu dieser von Anfang an integrativen Ausrichtung der Ausbildung wird betont, dass Verhaltenstherapie dabei als strukturierender Rahmen fungiere, „VT gibt für mich eine gute Struktur und Orientierung“ (Z. 439). Anders als in den oben genannten Textpassagen wird hier Verhaltenstherapie nicht als ein Ansatz gesehen, der mit anderen kombiniert wird, sondern in dieser Argumentationslinie wird VT als eine Art Dach verstanden, unter dem verschiedene Ansätze einbezogen werden. Hier wird Verhaltenstherapie als „moderne Verhaltenstherapie“ definiert und meint dann „dieses globalere, biopsychosoziale Konzept, das eben in der modernen Variante vor allen Dingen unter Einbeziehung eben auch all der erlebnisaktivierenden Anteile, beziehungsweise der Konzepte, die auch gerade auf die Emotionen abzielen“ (Z. 175-178). Als Beispiele werden hier Youngs Schematherapie und Greenbergs Emotionsfokussierte Therapie genannt, wobei dabei eingeräumt wird, dass „Herr Greenberg sich da wahrscheinlich doch auch nicht so ganz gut fühlen [würde], weil er ja

irgendwie eher einen anderen Ansatz vertritt, aber das wäre für uns eben so ein modernes Konzept“ (Z. 179-183). Laut Internetrecherche sollen explizit Elemente der Allgemeinen Psychotherapie nach Grawe (unter besonderer Berücksichtigung von Beziehungsgestaltung, Ressourcenaktivierung und den Themen Ziele und Motivation) in das Ausbildungscurriculum von Institut I einbezogen werden. Die Expertin erläutert dazu: „Die Allgemeine Psychotherapie ist ja auch der Versuch, die VT ein Stück zu öffnen für so eine multimodale Sichtweise und eben auch gerade gesprächspsychotherapeutische und systemische Aspekte sowie dieses Emotions- und Erlebnisaktivierende mit einzubeziehen“ (Z.218-220). Zuletzt ist zu beobachten, dass sich die Ausführungen im Experteninterview bezüglich anderer Ansätze vorrangig auf den humanistischen Bereich beziehen. Besonders hervorgehoben wird die Gesprächspsychotherapie, ansonsten spricht die Expertin von einem „Konglomerat an verschiedenen Therapieverfahren und Methoden aus allen humanistischen Psychotherapieverfahren“ (Z. 238-239). Tiefenpsychologie und Psychoanalyse werden insgesamt nur ein- bis maximal zweimal thematisiert.

Zusammenfassend lässt sich das Ausbildungskonzept von Institut I als integrativ von Anfang an bei gleichzeitiger Betonung von VT als strukturierendem Rahmen beschreiben. Es wird deutlich, dass Integration hier anders als beispielsweise in Institut III nicht als respektierendes und wertschätzendes Nebeneinander verschiedener, voneinander getrennter Therapieansätze verstanden wird, sondern als konzeptionelles und praktisches Ineinandergreifen verschiedener Ansätze, das (vermutlich vor dem Hintergrund der gesetzlichen Vorgaben) unter dem Dach der Verhaltenstherapie gebündelt und als moderne Verhaltenstherapie bezeichnet wird. Die Grundgedanken des Ausbildungskonzeptes des Instituts I bezüglich des Themas „Schulenorientierung / Methodenintegration“ sind in Tabelle 9 zusammenfassend dargestellt.

**Tabelle 9: Grundgedanken des Ausbildungskonzeptes von Institut I**

Integration von Anfang an – das integrative Modell zieht sich durch alle Seminare
Kein Institut, das nur im Richtlinienverfahren VT ausbildet
Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (mit Schwerpunkt VT)
Gibt keinen Dozenten, der nur Verhaltenstherapeut ist, Dozenten verkörpern Integration in ihrer Person
Aus historischen Gründen haben wir das über VT Schiene anmelden müssen
VT als strukturierender Rahmen
„Modernes“ Verständnis von Verhaltenstherapie: Allgemeine Psychotherapie ist der Versuch, VT zu öffnen für eine multimodale Sichtweise und gesprächstherapeutische, systemische und emotions-/erlebnisaktivierende Aspekte in VT einzubeziehen
Neuere Entwicklungen der Verhaltenstherapie sind konstitutiv für das Verständnis von Verhaltenstherapie und beziehen sich vor allem auf emotions- und schematheoretische Ansätze
<b>→ <i>Integration = konzeptionelles und praktisches Ineinandergreifen verschiedener Ansätze, das (vor dem Hintergrund der gesetzlichen Vorgaben) unter dem Dach der Verhaltenstherapie gebündelt und als „moderne Verhaltenstherapie“ bezeichnet wird</i></b>

### **Das Ausbildungskonzept von Institut III: Verhaltenstherapie richtig lernen und dabei andere Ansätze respektierend zur Kenntnis nehmen**

Ausgangspunkt des Ausbildungskonzeptes des Instituts III ist die Haltung, dass „keiner alle Antworten für sich beanspruchen kann“ (Z. 23-24) und man nicht glauben solle, „mit einer Richtung die beste Therapie aller Zeiten“ (Z.230) durchführen zu können. Dabei wird betont, dass es wichtig sei, Schulstreit zu vermeiden und Vorurteile gar nicht erst entstehen zu lassen, da diese zu Energieverlust führten. Das Ziel bestehe darin, Berührungspunkte abzubauen, sich miteinander zu befassen und andere Richtungen respektierend zur Kenntnis zu nehmen. Die Äußerungen der Expertin machen deutlich, dass explizit nicht zu einer überlegenen, sondern wertschätzenden und respektierenden Einstellung gegenüber anderen Therapierichtungen ausgebildet werden soll. Hier werden – anders als an Institut I - die Vorgaben des Psychotherapeutengesetzes als sehr sinnvoll erlebt, die der „Engstirnigkeit die Stirn“ (Z. 277-278) bieten.

Gleichzeitig wird – und dies ist das zweite wesentliche Merkmal des Ausbildungskonzeptes von Institut III – betont, dass die Therapeutinnen zuerst „ihre Methode“ richtig erlernen sollen, bevor sie anfangen zu integrieren. Die Ausbildungsteilnehmerinnen sollen „wirklich ... [wissen], was eine Problemanalyse ist, was eine Verhaltensanalyse ist, was eine Bedingungsanalyse ist, ... [und] z.B. BASIC genau verstehen“ (Z.362-365). Sie sollen erstmal gut VT können und sich dann ausweiten. Aus Sicht der Expertin entstehe sonst ein „Aneinanderklatschen von verschiedenen Sachen“ (Z. 170) sowie eine Verwirrung des Patienten. Dieses schließt aber eine Haltung der Offenheit gegenüber anderen Richtungen

nicht aus, die sich z.B. darin äußert, dass die Verhaltenstherapeutinnen in der Lage sind zu entscheiden, bei welchem Patienten eine tiefenpsychologische Therapie besser wäre oder dass sie gelegentlich tiefenpsychologische Techniken wie etwa Traumarbeit anwenden können. Dabei müsse jedoch stets klar sein, dass dies in einem verhaltenstherapeutischen Rahmen erfolgt. In diesem verhaltenstherapeutischen Rahmen haben auch „neuere Entwicklungen“ und Konzepte Platz, wie z.B. „Schematheorie, [und]... auch ... die neuropsychologischen Überlegungen“ (Z. 388-389). Besonderer Schwerpunkt wird bei den neueren Entwicklungen auf neuropsychologische Konzepte gelegt.

Die Therapeutinnen sollen außerdem lernen, wo es Überschneidungen und Gemeinsamkeiten zwischen Richtungen gibt, also wo es „tatsächliche Unterschiede gibt, die auch respektiert ... und gewürdigt werden müssen“ (Z. 68). Hinsichtlich der Dozenten, die an Institut III tätig sind, wird eine zweite Ausbildung nicht „als Hindernis“ gesehen (betrifft etwa 50% der Ausbilder), sondern eher als Vorteil, wobei entscheidend sei, dass die Dozenten nicht etwas anderes unterrichten: „Die Basistheorie muss sein, ... nicht dass jemand Dramatherapie ... unter dem Etikett von Verhaltenstherapie... [unterrichtet]“ (Z. 440-442). Zuletzt ist hervorzuheben, dass sich die Ausführungen im Experteninterview bezüglich anderer Ansätze vorrangig auf Tiefenpsychologie beziehen. Familientherapie, Gesprächstherapie und Gestalttherapie werden ebenso wie Psychoanalyse insgesamt nur ein- bis maximal zweimal thematisiert, was interessant ist vor dem Hintergrund, dass Institut III neben einem Schwerpunkt in VT einen Schwerpunkt in TP anbietet. Insgesamt betont die Expertin die Wichtigkeit von Methodenintegration für das Selbstverständnis des Ausbildungsinstituts. Aus ihren weiteren Ausführungen wird deutlich, dass sie dabei unter „Methodenintegration“ das respektierende und wertschätzende Nebeneinander verschiedener, voneinander getrennter Therapieansätze versteht. Daher ist hier wohl der Begriff „methodenübergreifendes Wissen“ treffender, wie er in der Internetpräsenz des Instituts gewählt wird. Die Grundgedanken des Ausbildungskonzeptes des Instituts III bezüglich des Themas „Schulenorientierung / Methodenintegration“ sind in Tabelle 10 zusammenfassend dargestellt.

**Tabelle 10: Grundgedanken des Ausbildungskonzeptes von Institut III**

Haltung: Keiner hat alle Antworten, keine arrogante Überlegenheit
Schulenstreit vermeiden und sich mit Respekt und ohne Berührungsangst begegnen
Erst eine Richtung (hier: VT) richtig lernen, bevor man anfängt zu integrieren
Wissen, wann man an andere Richtung überweisen muss
Auch mal Techniken der anderen Richtungen übernehmen („als TPler auch mal Konfrontationsmethoden wählen & als VTler auch mal mit Träumen arbeiten“) – aber der Rahmen muss klar bleiben
Neuere Entwicklungen der Verhaltenstherapie haben Platz und beziehen sich vor allen auf neuropsychologische Ansätze
Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener Ansätze kennen
Zweite Ausbildung von Dozenten ist kein Hindernis, sie sollen aber vorrangig ihre Richtung unterrichten und klar kennzeichnen, wenn sie andere Elemente mit rein nehmen (kein „Etikettenschwindel“)
<b>→ Methodenübergreifend = das respektierende und wertschätzende Nebeneinander verschiedener, voneinander getrennter Therapieansätze</b>

### **Das Ausbildungskonzept von Institut IV: Verfahrensunabhängige Kernkompetenzen entwickeln und VT & TP verzahnen**

Ähnlich wie Institut I betont Institut IV das Ziel, zur Psychologischen Psychotherapeutin auszubilden. Es gäbe einen „Kern von allgemeiner Psychotherapie ... und überdauernden Kernkompetenzen, die ... verfahrensunabhängig sind“ (Z. 267-269). Es sei wichtig, die Ausbildungskandidatinnen nicht zu früh zu verfahrensspezifisch auszubilden, auch wenn dies eine höhere Anforderung an die werdenden Therapeutinnen stelle als eine verfahrensspezifische Ausbildung. Durch die verfahrensübergreifende Ausbildung seien die Therapeutinnen breiter aufgestellt. Sowohl in ihrer therapeutischen Arbeit als bei den schriftlichen Abschlussprüfungen seien sie flexibler und umfassender ausgebildet. Die Vorgaben durch die Richtlinien und das Psychotherapeutengesetz werden hier – vergleichbar mit Institut I – als bindend, aber doch nicht sinnvoll eingeschätzt, da sie dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis widersprächen. Neben diesen Ähnlichkeiten gibt es jedoch auch deutliche Unterschiede zum Ausbildungskonzept von Institut I: Erstens wird hier die „Dach-Funktion“ von Verhaltenstherapie weniger deutlich hervorgehoben als bei Institut I. Es wird stärker eine Ausbildung im Sinne einer allgemeinen Psychotherapie vertreten, bei der das Konzept von Therapieansätzen gänzlich aufgegeben wird, auch wenn sich zweimal auch bei Institut IV Aussagen finden, die Verhaltenstherapie eine „Dach-Funktion“ einräumen: „...die Arme von dem, was wir Verhaltenstherapie nennen, sind ganz breit“ (Z. 293-294) und „Ich würde eigentlich dann so weit gehen zu sagen, dass die akademische Psychotherapie ... eigentlich Verhaltenstherapie genannt werden darf, das darf ich natürlich jetzt nicht laut gegenüber den Tiefenpsychologenkollegen sagen“ (Z. 287-290). Diese beiden Aussagen sind

jedoch Ausnahmen und prägen nicht vorrangig die Haltung von Institut IV. Ein zweiter Unterschied zu Institut I besteht darin, dass bei Institut IV Tiefenpsychologie eine besondere Rolle spielt. Denn das Institut bietet eine Vertiefung in VT und TP an. Humanistische Ansätze finden hier anders als bei Institut I kaum Erwähnung. Hier zeigt sich dann auch die Ähnlichkeit zu Institut III, das ja ebenfalls eine Vertiefung in VT und TP anbietet. Doch auch zu Institut III gibt es Unterschiede. Institut III plädiert trotz der beiden angebotenen Ausbildungsschwerpunkte VT und TP dafür, VT erstmal richtig zu lernen und nicht von Anfang an integrativ auszubilden. Hier werden also die VT-Ausbildungsteilnehmer zwar von Anfang an mit TP vertraut gemacht, jedoch wird dies als getrennter Ansatz konzipiert. Diese Trennung wird bei Institut IV stärker aufgegeben. Entsprechend spricht der Experte hier auch von einer Verzahnung von VT und TP: „Ich erlebe das aber häufig so, dass das [bei anderen Instituten] einfach dann nur nebeneinander steht, und relativ unverbunden nebeneinander steht. Es ist bei uns aber so, und das ist vielleicht der wesentliche Unterschied, dass ... es eine Verzahnung der beiden Vertiefungsgebiete [gibt]“ (Z. 343-345; 339). Gleichzeitig fällt auf, dass die Trennung nicht ganz aufgegeben wird (was wohl auf die gesetzlichen Vorgaben zurückzuführen ist), so dass das Ausbildungskonzept einerseits von der Idee einer allgemeinen Psychotherapie (mit der Aufgabe von Psychotherapieansätzen) und andererseits von einer Verzahnung der Ansätze VT/TP geprägt ist. Die Grundgedanken des Ausbildungskonzeptes des Instituts IV bezüglich des Themas „Schulenorientierung / Methodenintegration“ sind in Tabelle 11 zusammenfassend dargestellt.

**Tabelle 11: Grundgedanken des Ausbildungskonzeptes von Institut IV**

Es gibt einen Kern von allgemeiner Psychotherapie und überdauernden Kernkompetenzen, die verfahrensunabhängig sind
Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin
Per definitionem kein Richtlinieninstitut
Nicht zu früh zu verfahrensspezifisch auszubilden
Verzahnung von VT und TP, nicht unverbundenes Nebeneinander
Andere Richtlinienverfahren kennen und verstehen und konzeptuell in den Therapien nutzen (z.B. als Verhaltenstherapeutin mit Widerstand und Gegenübertragung arbeiten)
Verhaltenstherapie ist eine psychologische Grundorientierung, kein technisches Angebot bzw. Heilmittel
Verhaltenstherapie kann definiert werden als akademisch fundierte Psychotherapie
Dozenten haben mehrere Ausbildungen, ist aber nicht bewusstes Auswahlkriterium
<b>→ Integrativ = verfahrensunabhängiger Kern von Psychotherapie (Allgemeine Psychotherapie) sowie die Verzahnung von TP und VT</b>

### Zusammenfassender Vergleich der Ausbildungskonzepte

Zusammenfassend lässt sich das Ausbildungskonzept des Instituts I bezüglich des Themas „Schulenorientierung/Methodenintegration“ zusammenfassen als „Integrativ arbeiten von Anfang an und dabei VT als strukturierenden Rahmen nutzen“. Unter Integration wird hier das konzeptionelle und praktische Ineinandergreifen verschiedener Ansätze verstanden, das (vor dem Hintergrund der gesetzlichen Vorgaben) unter dem Dach der Verhaltenstherapie gebündelt und als moderne Verhaltenstherapie bezeichnet wird. Institut III vertritt die Auffassung, „Verhaltenstherapie richtig lernen und dabei andere Ansätze respektierend zur Kenntnis nehmen“. Unter Integration wird hier das respektierende und wertschätzende Nebeneinander verschiedener, voneinander getrennter Therapieansätze verstanden. Zuletzt besteht für Institut IV das Ziel darin, „verfahrensunabhängige Kernkompetenzen zu entwickeln und VT & TP zu verzahnen“. Integration bezieht sich hierbei auf den ansatzunabhängigen Kern von Psychotherapie (Allgemeine Psychotherapie) sowie die Verzahnung von TP und VT. Abschließend werden in Tabelle 12 die wesentlichen Charakteristika der Ausbildungskonzepte der drei Institute vergleichend-kontrastierend zusammengestellt. Eine Bewertung der Ausbildungskonzepte bezüglich ihrer Vor- und Nachteile wird in Kapitel 10.4.1 vorgenommen.

**Tabelle 12: Ausbildungskonzepte im Vergleich**

	<b>Institut I</b>	<b>Institut III</b>	<b>Institut IV</b>
<b>Vorgaben durch das PTG</b> Wie werden die Vorgaben durch das Psychotherapeutengesetz bewertet?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PTG = Verkürzung, Begrenzung</li> <li>• Vorgaben werden erfüllt, aber Nischen gesucht</li> <li>• Aus historischen Gründen haben wir das über VT Schiene anmelden müssen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PTG = sinnvoll, da es Engstirnigkeit die Stirn bietet</li> <li>• Etikettenschwindel vermeiden ist wichtig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PTG (&amp;Richtlinien) = unsinnig und widersprechen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis</li> <li>• Ausgestaltung des Gesetzes ist ein Unglück</li> </ul>
<b>Gestaltung der Seminare</b> Welche Besonderheiten bezüglich der Seminargestaltung werden genannt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermitteln in <i>jedem</i> Seminar das integrative Modell (auch in störungsspezifischen / VT-Seminaren)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In VT Seminaren = VT Grundlagen vermitteln</li> <li>• Daneben gemeinsame Seminare mit TPlern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeinsame Seminare VT/TP – Fokus auf Gemeinsamkeiten (ggf. Unterschiede)</li> <li>• Gilt nicht für alle Seminare</li> </ul>
<b>Besonderheiten der Dozenten</b> Was kennzeichnet die Dozenten dieses Instituts? Worauf wird bei der Auswahl geachtet?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gibt keinen Dozenten, der nur Verhaltenstherapeut ist</li> <li>• Dozenten verkörpern Integration in ihrer Person</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2. Therapieausbildung: kein Hindernis</li> <li>• Aber: Bereitschaft, wirklich VT zu unterrichten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dozenten haben fast alle weitere Ausbildungen, stellt aber kein bewusstes Auswahlkriterium dar</li> </ul>

	Institut I	Institut III	Institut IV
<b>Reihenfolge</b> Integration von Anfang an?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Dieses Integrative von vornherein ausbilden“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Erstmal seine Methode richtig lernen, bevor man anfängt zu integrieren“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Nicht zu früh zu sehr verfahrensspezifisch ranführen“</li> </ul>
<b>Therapieansätze</b> Wie werden Therapieansätze gesehen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapieansätze als ineinander übergehend, gleichzeitig:</li> <li>• VT als strukturierender Rahmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapieansätze als getrennte, sich respektierende Einheiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapieansätze als ineinander übergehend,</li> <li>• Ausnahme: VT und TP als getrennt gesehen, die jedoch miteinander verzahnt werden</li> </ul>
<b>Handeln der Therapeutinnen</b> Wo schlägt sich der integrative Aspekt des Ausbildungskonzepts im Handeln der Therapeuten nieder?	<p>Therapeutinnen...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• beziehen psychosoziale Aspekte in Therapien ein</li> <li>• gehen lösungs- &amp; ressourcenorientiert vor</li> <li>• können neben kognitiven auch erlebnisaktivierende Methoden einsetzen</li> </ul>	<p>Therapeutinnen...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• können überweisen (kennen die Indikation für andere Verfahren)</li> <li>• können gelegentlich Methode aus anderer Richtung anwenden</li> </ul>	<p>Therapeutinnen...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• haben in Prüfung breites theoretisches Wissen in TP</li> <li>• kennen und verstehen TP</li> <li>• können in der Praxis flexibel und integrativ handeln, TP konzeptuell nutzen</li> </ul>
<b>Definition von Verhaltenstherapie?</b> Was ist VT?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VT als strukturierender Rahmen</li> <li>• VT allein greift zu kurz</li> <li>• Globales biopsychosoziales Konzept von VT</li> <li>• Moderne Variante von VT, bezieht vieles ein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VT als ausreichender Therapieansatz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VT kein technisches Angebot im Sinne eines Heilmittels, sondern wissenschaftlich begründete Haltung</li> <li>• Verhaltenstherapie integriert Aspekte der anderen therapeutischen Zugänge</li> <li>• Entwickelt sich so zu einer Psychologischen Therapie wie von Grawe beschrieben</li> </ul>
<b>„Mitspieler“</b> Welcher andere Therapieansatz spielt besondere Rolle?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesprächstherapie</li> <li>• Humanistische Therapieverfahren</li> <li>• Emotions- und erlebnisaktivierende Methoden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiefenpsychologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiefenpsychologie</li> <li>• (Systemische Therapie)</li> </ul>

## **Das Ausbildungskonzept von Institut II**

Wie bereits in Kapitel 8.3.3 dargestellt, konnten bei nur drei von vier Ausbildungsinstituten Experten aus der Ausbildungsleitung für ein Interview gewonnen werden. Bei Institut II wurde – vermutlich aus Zeitmangel – nicht auf die entsprechende Anfrage (siehe Anhang K – Anfrage Experteninterview) reagiert. Hier kann nur auf die Ergebnisse der Internetrecherche zur Einschätzung des Ausbildungskonzepts zurückgegriffen werden. Institut II bietet ebenso wie Institut I ausschließlich eine Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit Schwerpunkt in Verhaltenstherapie an, nicht jedoch in PA oder TP. Leider sind die Angaben auf der Website des Institutes, die Auskunft über die *konzeptionelle* Ausrichtung der Ausbildung geben, begrenzt. Die meisten Angaben beziehen sich auf Hinweise zur praktischen Gestaltung der Ausbildung. Es lässt sich dem Programm jedoch entnehmen, dass störungsspezifische Seminarangebote und klar verhaltenstherapeutisch orientierte Seminarankündigungen überwiegen, wobei hierbei natürlich unklar bleibt, was genau in diesen Seminaren unterrichtet wird (siehe beispielsweise die „integrative Ausrichtung“ der störungsspezifischen Seminare bei Institut I). Einige Seminare tragen auch explizit einen nicht-störungsspezifischen und nicht-VT orientierten Titel („Gesprächspsychotherapie“, „Achtsamkeit“, „Klärungsorientierte Psychotherapie“, „Schematherapie nach Jeffrey Young“, „Ressourcenorientierung“). Auch die Selbsterfahrung scheint schematherapeutisch (Young) ausgerichtet zu sein. Dieses bildet jedoch nicht den Schwerpunkt von Institut II.

Auf der Grundlage der Internetrecherche wurde Institut II zunächst als am stärksten „klassisch“ im Vergleich zu den anderen Instituten eingeschätzt. Nach Durchführung der Experteninterviews wurde deutlich, dass Institut III trotz seiner starken Betonung von Methodenintegration als noch „klassischer“ als Institut II einzustufen ist. An dieser Stelle ist jedoch nochmals auf die Problematik der Konzepte „klassisch“ und „integrativ“ hinzuweisen. Eine Anordnung auf einem Kontinuum (siehe Kapitel 8.2.3) wurde hier nur zur Vereinfachung gewählt und ist gerade bezüglich Institut II mit Vorsicht zu betrachten. Nachdem nun die Ergebnisse von Internetrecherche und Experteninterviews vorgestellt wurden, sollen in den folgenden Kapiteln die Ergebnisse der Problemzentrierten Interviews dargestellt werden. Dazu werden zunächst die Studienteilnehmerinnen beschrieben.

## **9.2. Beschreibung der Studienteilnehmerinnen**

An der Untersuchung nahmen insgesamt 20 Therapeutinnen im Alter von 27 bis 43 Jahren teil (siehe Tabelle 13). Darunter befanden sich 15 Frauen und 5 Männer (4 davon an Institut I, einer an Institut III). Alle befanden sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in einer

Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie (an einem von vier verschiedenen Ausbildungsinstituten). Die Studienteilnehmerinnen unterscheiden sich darin, wie direkt nach dem Studium sie die Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin begonnen haben: 8 Therapeutinnen begannen ihre Ausbildung weniger als 1 Jahr nach Studienende, 8 Therapeutinnen innerhalb von 1-5 Jahren nach dem Psychologie-Diplom und 4 Therapeutinnen zwischen 7 und 14 Jahren nach Studienabschluss. Das Studium wurde an verschiedenen deutschen Hochschulen absolviert. Nur ein Studienteilnehmer, Herr A, hat vor der jetzigen VT-Ausbildung bereits andere therapeutische Ausbildungen abgeschlossen und zwar eine Ausbildung in systemischer Therapie sowie eine Ausbildung zum Gestalttherapeuten. Alle anderen Therapeutinnen befinden sich mit der jetzigen VT-Ausbildung in ihrer therapeutischen Erstausbildung.

Von den ambulanten Behandlungsstunden, die im zweiten Ausbildungsabschnitt absolviert werden müssen, haben die Studienteilnehmerinnen gemäß dem Einschlusskriterium zwischen 200h und 500h absolviert (Ausnahme: Frau J hatte die Ausbildung gerade abgeschlossen, wurde aber in Ermangelung an anderen Studienteilnehmerinnen an ihrem Institut dennoch eingeschlossen). Dabei liegen 8 Therapeutinnen mit bis zu 300h nur knapp über dem minimalen Einschlusskriterium von 200h, 6 Therapeutinnen haben bis zu 400h absolviert und 6 Therapeutinnen liegen knapp unter dem oberen Ausschlusskriterium von 500h. Weitere studien- und ausbildungsbezogene Informationen aus dem Kurzfragebogen (wie beispielsweise Psychiatriejahr, Psychosomatik, vertretene Therapierichtungen im Studium, psychotherapierrelevante Erfahrungen während des Studiums oder im einem anderen Beruf) werden hier nicht aufgeführt. Diese Informationen wurden im Verlaufe der Auswertung als vorauslaufende Bedingungen (vgl. Kapitel 8.4.4) in das Kodierparadigma eingearbeitet (siehe Kapitel 9.3). Der Studienort wird nicht genannt, um Rückschlüsse auf den Ausbildungsort zu vermeiden.

**Tabelle 13: Die Studienteilnehmerinnen**

<b>Interview-Code</b>	<b>Alter in Jahren</b>	<b>Psychologiediplom</b>	<b>Beginn der VT-Ausbildung</b>	<b>Zeitlicher Abstand Studium /Ausbildung</b>	<b>Ambulante Behandlungsstunden im Rahmen der VT-Ausbildung (von 600 h)</b>
<b>Institut I</b>					
Herr A.	39	1996	2003	7 Jahre	470
Frau B.	36	1998	2002	4 Jahre	210
Frau C.	31	2003	2003	sofort	300
Herr D.	43	1990	2002	12 Jahre	356
Herr E.	43	2002	2003	1 Jahr	264
Frau F.	31	2000	2003	3 Jahre	340
Frau G.	29	2003	2003	sofort	500
Herr H.	37	2003	2003	½ Jahr	400
<b>Institut II</b>					
Frau I.	27	2003	2003	sofort	400
Frau J.	31	2002	2002	sofort	600
<b>Institut III</b>					
Frau K.	36	1999	2004	4 ½ Jahre	270
Frau L.	41	2002	2004	1 Jahr	218
Herr M.	35	2000	2002	2 Jahre	490
Frau N.	40	1990	2004	14 Jahre	300
Frau O.	31	2001	2002	½ Jahr	495
Frau P.	37	1996	2004	7 ½ Jahre	300
Frau Q.	34	1999	2002	2 Jahre	420
<b>Institut IV</b>					
Frau R.	30	2002	2002	sofort	ca. 400
Frau S.	31	2002	2002	4 Monate	ca. 400
Frau T.	37	2001	2003	2Jahre	ca. 300

Zwei Ergebnisse aus dem Kurzfragebogen sollen jedoch an dieser Stelle noch hervorgehoben werden: die selbst eingeschätzte Zugehörigkeit der Therapeutinnen zu Verhaltenstherapie (und anderen Therapierichtungen) sowie die Einschätzung des VT-Verständnisses an ihrem Ausbildungsinstitut. Diese Ergebnisse sind zwar rein deskriptiver Art, zeigen aber dennoch interessante Trends auf.

### **Zugehörigkeit zu verschiedenen Therapierichtungen**

Die Therapeutinnen sollten auf dem Kurzfragebogen angeben, wie sehr sie sich verschiedenen therapeutischen Ansätzen zugehörig fühlen. Das Vorgehen orientierte sich hier an der Studie des SPR Collaborative Research Network (siehe Kapitel 3.3.3), bei dem die TherapeutInnen die Möglichkeit bekommen, den Grad der Zugehörigkeit zu verschiedenen Ansätzen anzugeben (dimensionale statt kategoriale Selbsteinschätzung, siehe Kapitel 6.1.1). Hier wird explizit die Möglichkeit in Erwägung gezogen, dass Therapeutinnen sich mehreren

Therapieansätzen zugehörig fühlen (gleichzeitig wird dies natürlich auch durch die Art der Frageformulierung nahe gelegt). Diese Frage wurde als Ergänzung zum qualitativen Teil der Datenerhebung per Interview eingefügt, um einen Vergleich zwischen Selbstrating im Fragebogen und Erzählungen im Interview anstellen zu können. Konkret lautete die Frage im Kurzfragebogen: „Wie sehr fühlen Sie sich den folgenden psychotherapeutischen Richtungen zugehörig? Wie sehr identifizieren Sie sich mit folgenden Therapierichtungen?“ (Skala von 0-5: Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Tiefenpsychologische Psychotherapie, Systemische Therapie, Gesprächspsychotherapie, Sonstige). Die Ergebnisse sind Abbildung 5 (für VT) und Abbildung 6 (für andere Richtungen – hier wurde VT zum Vergleich auch mit eingetragen) zu entnehmen.

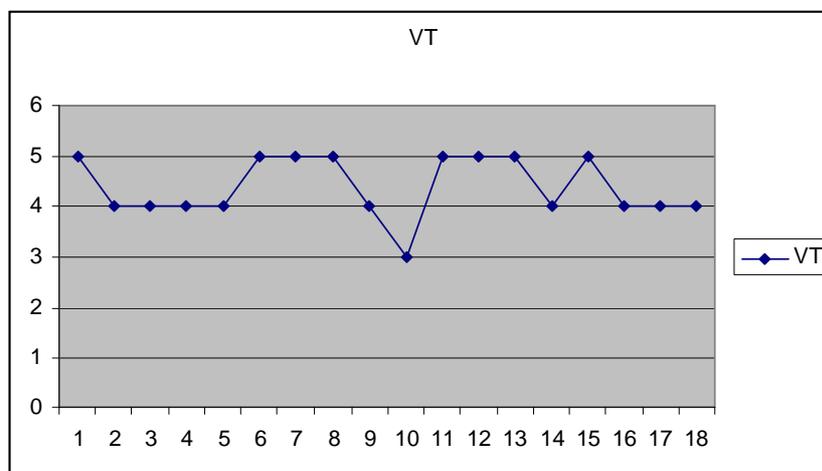


Abbildung 5: Zugehörigkeit zu VT<sup>1011</sup>

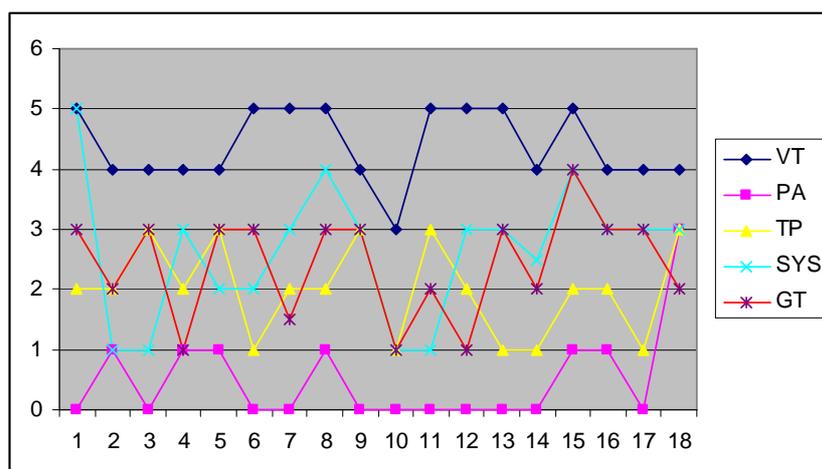


Abbildung 6: Zugehörigkeit zu verschiedenen Therapierichtungen

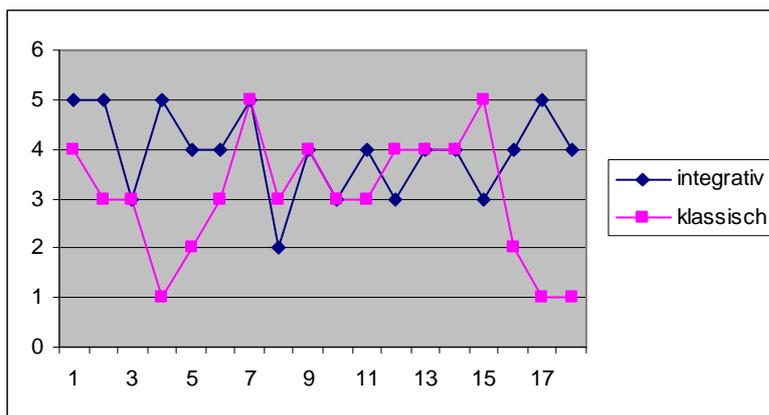
<sup>10</sup> Wurden von einer Teilnehmerin zwei Werte angekreuzt (z.B. 2 und 3), so wurde immer der obere Wert (z.B. 3) gewählt. Dieses kam insgesamt 4x vor.

<sup>11</sup> Zwei Therapeutinnen machten hier keine Angaben, daher ist hier N=18.

Die Selbsteinschätzungen der Therapeutinnen zeigen, dass sich alle Therapeutinnen am stärksten der Verhaltenstherapie zugehörig fühlen (Einschätzungen zwischen 4-5, mit einer Ausnahme: 3). Gleichzeitig fällt jedoch auf, dass es keine Therapeutin gibt, die sich nur mit Verhaltenstherapie identifiziert. Jede Therapeutin gibt bei mindestens einem anderen Therapieansatz einen Wert von mindestens 2 (oder mehr) an. Dabei nimmt die Psychoanalyse eine deutlich Sonderstellung: Sie wird nur von sechs Therapeutinnen angekreuzt und zwar mit sehr niedrigen Werten.

### **Einschätzung des VT-Verständnisses des Ausbildungsinstituts**

Des Weiteren wurden die Therapeutinnen auf dem Kurzfragebogen gebeten, mit Hilfe zweier sechsstufiger Skalen einzuschätzen, für wie klassisch (gar nicht: 0 – sehr: 5) und für wie integrativ (gar nicht: 0 – sehr: 5) sie die Verhaltenstherapie-Ausbildung an ihrem Institut einschätzen. Die Ergebnisse sind Abbildung 7 zu entnehmen.



**Abbildung 7: Einschätzung der Verhaltenstherapie-Ausbildung am Institut<sup>12</sup>**

Diese Ergebnisse sind in mehrerlei Hinsicht sehr interessant: Erstens zeigt sich, dass alle Ausbildungsinstitute von den Therapeutinnen als „integrativ“ (mit einer Ausnahme alle mit einem Wert zwischen 3 und 5) eingeschätzt wurden. Die Variation bezüglich der Einschätzung „klassisch“ war größer. Was die Unterschiede zwischen den Instituten angeht, so wurden Institut II (Interviewpartnerinnen 7, 8) und III (Interviewpartnerinnen 9-15) am „klassischsten“ eingeschätzt, Institut IV (Interviewpartnerinnen 16-18) am wenigsten, was zu den Ausbildungskonzepten (siehe Kapitel 9.1) paßt. Aber auch ein und dasselbe Institut wurde unter Umständen sehr unterschiedlich bewertet: Institut I wurde beispielsweise einmal mit 1 und einmal mit 4 bezüglich seiner klassischen Ausrichtung eingeschätzt. Zuletzt ist interessant, dass die Einschätzung „integrativ“ und „klassisch“ mal als unabhängige

<sup>12</sup> Zwei Therapeutinnen machten hier keine Angaben, daher ist hier N=18.

Dimensionen betrachtet wurden (Interviewpartnerin 7 schätzt z.B. ihr Institut als gleichzeitig sehr integrativ und sehr klassisch ein), mal aber auch nicht (Interviewpartnerin 4 schätzt z.B. ihr Institut als sehr integrativ und wenig klassisch ein). Hier lässt sich vermuten, dass die Interviewten hier jeweils ein sehr unterschiedliches Verständnis von „integrativ“ und „klassisch“ zugrunde legten. Bei der Verwendung von vorgegebenen Kategorien bleibt jedoch unklar, was die Therapeutinnen darunter genau verstehen. Um eine genaue und dichte Beschreibung des Erlebens und der innerpsychischen Prozesse der Therapeutinnen zu erhalten, wurde ein qualitativer Zugang (Problemzentrierte Interviews) gewählt, deren Ergebnisse im nächsten Kapitel dargestellt werden sollen.

### **9.3. Therapeutische Selbst(er)findung durch konstruierendes Jonglieren**

Wenn das Ziel der vorliegenden Studie darin besteht, zu untersuchen, wie sich angehende Psychotherapeutinnen in Deutschland zu verschiedenen Therapierichtungen in Beziehung setzen und welche Auswirkungen die doppelte Anforderung für die Entwicklung ihres therapeutischen Selbstverständnisses hat: Wie lässt sich dann der Weg beschreiben, den angehende Psychotherapeutinnen in der Auseinandersetzung mit verschiedenen Therapierichtungen gehen? **Welche innerpsychischen Prozesse vollziehen sich bei Therapeutinnen, wenn sie während der Ausbildung mit VT und anderen Richtungen auseinandersetzen?**

Bei den 20 Verhaltenstherapeutinnen in Ausbildung, die ich befragt habe, zeichnet sich - in der Auseinandersetzung mit Verhaltenstherapie und anderen Therapierichtungen - mehrheitlich ein Prozess ab, den man mit dem Weg eines Wanderers vergleichen kann und den ich hier als Prozess der „THERAPEUTISCHEN SELBST(ER)FINDUNG<sup>13</sup>“ bezeichnen möchte: Der Weg der Therapeutinnen umfasst mehrere Stationen von der Entscheidung für eine Ausbildung in Verhaltenstherapie über verschiedenste Erfahrungen im Verlaufe der Ausbildung und mündet in die Entwicklung eines (immer als vorübergehend aufzufassenden) mehr oder weniger stimmigen Selbstverständnisses als Psychotherapeutin. Dieses Selbstverständnis besteht bei einigen Ausbildungsteilnehmerinnen aus einem Verständnis von sich selbst als „Verhaltenstherapeutin“, bei einigen als „Psychotherapeutin“, bei wieder anderen als „Relativer Verhaltenstherapeutin“ usw. Auf diesem Weg machen die Therapeutinnen immer wieder verschiedene Erfahrungen mit Verhaltenstherapie und anderen

---

<sup>13</sup> Die Kategorien, die sich als Ergebnis der Datenanalyse mittels Grounded Theory ergeben haben, werden im folgenden durch die Schreibweise KAPITÄLCHEN gekennzeichnet.

Richtungen: Sie arbeiten beispielsweise auf einer tiefenpsychologisch orientierten Station, sie erleben verhaltenstherapeutische Dozenten, machen eine eigene Therapie bei einem Gestalttherapeuten oder Psychoanalytiker, tauschen sich mit tiefenpsychologischen Ausbildungskollegen aus oder stellen sich als Probeklientin einer systemischen Ausbildungsgruppe zur Verfügung. Hinzu kommen die Erfahrungen, die sie selbst als Verhaltenstherapeutinnen im Rahmen ihrer ambulanten Therapien mit Klienten machen. Diese Erfahrungen müssen von den Therapeutinnen in Ausbildung verarbeitet werden. Sie müssen damit umgehen, sich mit diesen Erfahrungen auseinandersetzen und versuchen sie zu einem stimmigen Ganzen zusammenzufügen.

### **Der Prozess der therapeutischen Selbst(er)findung: Ein Jonglieren mit verschiedenen Erfahrungen**

Um sich den Prozess der therapeutischen Selbst(er)findung genauer vorstellen zu können, kann man sich den Wanderer auch als JONGLEUR vorstellen, dem kontinuierlich neue BÄLLE zugeworfen werden. Der Jongleur muss diese Bälle in sein Jonglieren einfügen, also die neuen Bälle aufnehmen und in seinen Jonglierfluss einbauen. Ähnlich wie den Ausbildungsteilnehmerinnen gelingt ihm dies umso leichter, je mehr Routine er bereits in seinem Handeln hat. Einige Bälle sind dabei wichtiger als andere. Manchmal sind Bälle dabei, die der Jongleur einfach fallen lässt, weil er kein Interesse daran hat, diese in seinen Jonglierfluss einzubauen. Dann setzt er seine Wanderschaft fort, bis er zur nächsten Stelle kommt, an dem ihm neue Bälle zugeworfen werden. Die Metapher des Wanderers soll dabei den Weg oder Gesamtprozess beschreiben, während die Metapher des Jongleurs einzelne Zwischenmomente auf diesem Weg beschreibt. Also: Die Interviewpartnerinnen sind alle in einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung (Weg des Wanderers) und machen fortwährend Erfahrungen mit Verhaltenstherapie und auch mit anderen Therapierichtungen – ihnen werden also, wie dem Jongleur immer neue Bälle zugeworfen. Was ist nun das Ziel dieses Jonglier-Prozesses?

### **Das Ziel des Prozesses: Die therapeutische Selbstfindung**

Vor dem Hintergrund fortwährender neuer Erfahrungen mit VT und anderen Therapierichtungen sind alle Therapeutinnen damit befasst, irgendwie ein positives, stimmiges therapeutisches Selbstverständnis zu entwickeln (der einen gelingt das besser, der anderen weniger gut, aber bemühen tun sich alle). Dabei müssen sie immer wieder ihr therapeutisches Selbstverständnis, ihre Identitätskonstruktion - die ein ständiger Prozess ist -

aktualisieren, ins Gleichgewicht bringen und neue Aspekte bzw. Erfahrungen („Bälle“) mit VT und anderen Richtungen einordnen. Aus diesem Grund lässt sich der Weg auch als „THERAPEUTISCHE SELBSTFINDUNG“ bezeichnen: Es geht auf diesem Weg darum, in der Auseinandersetzung mit verschiedensten Erfahrungen die eigene Position als Therapeutin zu erkunden und auszuloten; darum sich zu verorten, sich eben gewissermaßen selbst zu „finden“ und zu wissen, wer sie als Therapeutinnen sind und wie sie zu VT und anderen Richtungen stehen. Damit ist das erste Ziel dieses Prozesses näher beschrieben. Wie aber machen sie das genau?

### **Abgrenzung, Grenzziehung und Überlegenheitskonstruktion als „Strategien“ auf dem Weg der therapeutischen Selbstfindung**

Welche Wege oder Strategien nutzen die Therapeutinnen in Ausbildung, um dieses stimmige therapeutische Selbstverständnis bezüglich verschiedener Therapieansätze aufzubauen und aufrechtzuerhalten, wenn sie doch unterwegs mit den verschiedenen Erfahrungen „konfrontiert“ sind? Welche Instrumente benutzen sie, um die „Hindernisse“ und „Herausforderungen“ unterwegs (= Bälle) zu überwinden? In den Interviews zeigten sich verschiedene Strategien, die Therapeutinnen nutzen, um eine therapeutische Identität (mit Blick auf das Thema Therapieschule) aufzubauen und aufrechtzuerhalten - also ihren eigenen Platz als Therapeutin zu finden - wenn sie mit neuen Erfahrungen konfrontiert sind: Sie grenzen sich von Verhaltenstherapie (und anderen Therapieansätzen) mal deutlich und mal weniger ab (ÜBERZEUGTSEIN VON VT), sie ziehen die Grenzen zwischen VT und anderen Therapierichtungen mal scharf und mal weniger scharf (GRENZZIEHUNG), und sie betonen die Überlegenheit von VT mal stärker und mal weniger stark (ÜBERLEGENHEITSKONSTRUKTION) - je nachdem welche Erfahrungen sie gemacht haben und wie unter diesen Umständen ein sinnvolles Selbstverständnis herstellbar ist.

Wie lässt sich das an einem Beispiel veranschaulichen? Wenn eine Verhaltenstherapeutin in Ausbildung beispielsweise positive Erfahrungen mit anderen Richtungen gemacht hat, kann es eine gute Strategie sein, die Grenzen zwischen Verhaltenstherapie und anderen Richtungen fließend zu konstruieren, um diese positiven Erfahrungen als Teil ihres verhaltenstherapeutischen Selbstbildes auch nutzen zu können. Werden negative Erfahrungen mit anderen Richtungen gemacht, kann es Sinn machen, diese eher als verschieden von VT zu sehen (dies nur als zwei vereinfachte Beispiele, es gibt natürlich etliche intervenierende Bedingungen für die verschiedenen Strategien). Ein anderes Beispiel: Eine

Überlegenheitskonstruktion (im Sinne von: „VT ist besser als andere Therapierichtungen“) kann positiv sein für das therapeutische Selbstverständnis, da die entsprechende Therapeutin als Verhaltenstherapeutin gleich selbst mit aufgewertet wird. Aber warum nutzen diese Strategie der Überlegenheitskonstruktion dann nicht alle Verhaltenstherapeutinnen in Ausbildung? Einige Ausbildungsteilnehmerinnen haben beispielsweise immer wieder sehr positive Erfahrungen mit anderen Therapieansätzen gemacht und können diese nun nicht einfach ignorieren, nur um „ihre“ Verhaltenstherapie als überlegen ansehen zu können. Aus diesem Grunde entwickeln sie dann andere Strategien, sie betonen beispielsweise eher Gleichwertigkeiten und das Nebeneinander von verschiedenen Therapieansätzen oder sprechen sich für eine übergreifende Psychologische Psychotherapie aus, in der nicht mehr zwischen verschiedenen Ansätzen unterschieden wird.

Der Begriff „Strategie“ wird hier in Anlehnung an das Kodierparadigma nach Strauss & Corbin (1996) verwendet. Darüber hinaus wurde er gewählt, um auszudrücken, dass Überzeugtsein von VT, Abgrenzung, Grenzziehung und Überlegenheitskonstruktion keine Prozesse sind, die zufällig passieren, sondern Prozesse, die mit einem bestimmten Ziel verbunden sind, die also eine bestimmte FUNKTION IM INNERPSYCHISCHEN GESCHEHEN der Therapeutinnen erfüllen. Sie erfolgen mal explizit (und werden dann auch von den Therapeutinnen als solche direkt thematisiert) und mal eher implizit und ungeplant.

### **Das zweite Ziel des Prozesses: Die therapeutische Selbsterfindung**

Hier wird nun auch deutlich, warum sich der Prozess, den Therapeutinnen in der Auseinandersetzung mit VT und anderen Ansätzen gehen, nicht nur als therapeutische Selbstfindung, sondern auch als „THERAPEUTISCHE SELBSTerFINDUNG“ beschreiben lässt: Das therapeutische Selbstverständnis ist etwas, was von den angehenden Verhaltenstherapeutinnen aktiv mit geschaffen bzw. erfunden wird. Durch ihre Strategien der Abgrenzung, Grenzziehung und Überlegenheitskonstruktion tragen sie aktiv dazu bei. Indem beispielsweise eine Verhaltenstherapeutin, die schlechte Erfahrungen auf einer tiefenpsychologischen Station gemacht hat, fortan ihre Augen besonders für Problembereiche von Tiefenpsychologie offen hält und häufig die Andersartigkeit von Verhaltenstherapie betont, trägt sie zu ihrem therapeutischen Selbstverständnis genau so bei wie die ursprüngliche schlechte Erfahrung auf der tiefenpsychologischen Station selbst. Außerdem nimmt sie vielleicht in Zukunft in ihrer praktischen Arbeit noch ein wenig mehr Bezug auf verhaltenstherapeutische Konzepte und entscheidet sich, eine eigene Therapie auf jeden Fall bei einem Verhaltenstherapeuten zu beginnen. Ein anderes Beispiel wäre eine Therapeutin,

die berichtete, auf eine analytisch orientierte Station VT-Manuale mitzubringen. Hier findet eine Art Selbstselektion statt, die den weiteren Verlauf beeinflusst. Ein Zitat von Interviewpartner M veranschaulicht diesen Aspekt weiter:

...Eigentherapie hab ich ja absichtlich eine tiefenpsychologische gewählt, um dieses integrative Moment von Institut III sozusagen, was mir dann auch wieder noch zu gering vorkam, eigentlich zu unterstützen. Deswegen habe ich ja gerade jemanden gesucht, der tiefenpsychologisch oder analytisch arbeitet, um das eben auch zu integrieren oder um das kennenzulernen an mir (M: 804-807).

### **Ein aktiver Beitrag der Therapeutinnen: das konstruierende Jonglieren**

Oder um im Bild des Jongleurs zu bleiben: Der Jongleur ist nicht nur passiver Empfänger von Bällen, die auf ihn einprasseln. Er bestimmt selbst mit, indem er beispielsweise Flughöhe und Wurfgeschwindigkeit variiert, verschiedene Bewegungsabläufe miteinander kombiniert, mal eine, mal beide Hände einbezieht usw. Die Verhaltenstherapeutinnen in Ausbildung bestimmen mit, indem sie Verhaltenstherapie und andere Therapieansätze unterschiedlich konstruieren, sich innerlich stärker oder weniger abgrenzen und entsprechend aktiv unterschiedliche Erfahrungskontexte aufsuchen. Daher kann die Strategie, mit der die therapeutische Selbsterfindung vollzogen wird, auch als KONSTRUIERENDES JONGLIEREN bezeichnet werden.

### **Zwei Arten von Erfahrungen: Zufälliges Ausgesetztsein und aktives Aufsuchen**

Dabei können im Prozess der therapeutischen Selbsterfindung „zwei Arten“ von Erfahrungen unterschieden werden: Erstens Erfahrungen, die eher von außen vorgegeben sind, denen die Therapeutinnen ZUFÄLLIG „AUSGESETZT“ sind und die auch eher zufällig und ohne bewusste Entscheidung passieren, da die Ausbildungsteilnehmer sich in einem bestimmten Kontext bewegen (z.B. einen bestimmten Supervisor bekommen; in einer bestimmten Klinik arbeiten, in eine bestimmte Arbeitsgruppe kommen etc.). Auf der anderen Seite gibt es Erfahrungen, die bewusst gesucht werden, da sie aus Sicht der Therapeutin zu bestimmten Einstellungen und Konzepten von VT und anderen Richtungen besonders gut passen (z.B. die bewusste Wahl eines „offenen Instituts“, da sowieso schon ein Interesse und Vorerfahrungen mit anderen Therapierichtungen vorliegen, oder die Wahl einer tiefenpsychologischen Selbsterfahrung, um das integrative Interesse zu bestärken, oder die Wahl einer bestimmten Klinik, in der die neusten VT Standards versprochen werden etc.). Dieses AKTIVE AUFSUCHEN kann darin münden, dass ein bestehender Trend verstärkt wird oder dass ein bestimmter Trend umgekehrt wird.

### Therapeutisches Selbstverständnis umfasst praktisches Handeln

Abschließend sei noch hervorgehoben, dass das therapeutische Selbstverständnis, das die Therapeutinnen im Laufe der VT Ausbildung über den Prozess der therapeutischen Selbst(er)findung mittels konstruierenden Jonglierens entwickeln, sowohl ihr *Selbstbild* umfasst als auch ihr therapeutisches *Handeln* im Kontext der konkreten Therapiesituation.

### Verschiedene Muster der therapeutischen Selbst(er)findung

Bisher wurde der Prozess der therapeutischen Selbst(er)findung mittels konstruierenden Jonglierens als Weg beschrieben, den alle interviewten Therapeutinnen in VT Ausbildung beschreiten, der also eine Gemeinsamkeit aller Interviews darstellt. Dieser Prozess nimmt nun aber unterschiedliche Formen an, und zwar gibt es Unterschiede dahingehend

*a) wie sehr die Therapeutin von Verhaltenstherapie überzeugt ist auf einem Kontinuum von geringes bis starkes Überzeugtsein (ÜBERZEUGTSEIN VON VERHALTENSTHERAPIE)*, d.h. wie sehr Verhaltenstherapie für ihre therapeutische Identität eine Rolle spielt und sie als Therapeutin prägt (siehe Abbildung 8). Hier zeigt sich, wie nah Verhaltenstherapie an der Therapeutin „dran ist“, wie sehr sie sich als Verhaltenstherapeutin sieht und erlebt. Für eine Therapeutin mit einer *starken* Überzeugung ist Verhaltenstherapie äußerst bedeutsam für die Identität als Therapeutin, VT hat hier eine identitätsstiftende Wirkung. Für eine Therapeutin mit *geringer* Überzeugung spielt Verhaltenstherapie eine eher periphere oder untergeordnete Rolle, ihr kommt keine identitätsstiftende Wirkung zu. Die Therapeutin grenzt sich innerlich und in ihrem Handeln von Verhaltenstherapie ab.



Abbildung 8: Überzeugtsein von Verhaltenstherapie

*b) wie sehr sich die Therapeutin von anderen Therapieansätzen abgrenzt auf einem Kontinuum von geringer bis starker ABGRENZUNG (ABGRENZUNG VON ANDEREN THERAPIEANSÄTZEN)*, d.h. wie sehr andere Therapieansätze (beispielsweise systemische Therapie, Gesprächspsychotherapie, Psychoanalyse, aber auch ansatzübergreifende Konzepte) für ihre therapeutische Identität eine Rolle spielen und sie als Therapeutin ausmachen (siehe Abbildung 9). Für eine Therapeutin mit *geringer* innerer Abgrenzung entfalten auch andere

Ansätze oder Konzepte eine identitätsstiftende Wirkung. Für eine Therapeutin mit *starker* Abgrenzung spielen diese eine eher periphere oder untergeordnete Rolle, die Therapeutin grenzt sich innerlich und in ihrem Handeln eher von anderen Ansätzen ab. Dies bedeutet nicht, dass sie andere Therapieansätze im Interview nicht thematisiert oder auf sie Bezug nimmt. Es bedeutet lediglich, dass andere Ansätze sie nicht als Therapeutin ausmachen.



Abbildung 9: Abgrenzung von anderen Richtungen

c) *wie deutlich die Therapeutin Grenzen zwischen Verhaltenstherapie und anderen Richtungen zieht auf einem Kontinuum von scharfer bis geringer Grenzziehung (GRENZZIEHUNG ZWISCHEN VT UND ANDEREN RICHTUNGEN)*. Dieser Aspekt bezieht sich nun nicht mehr direkt auf die eigene Position gegenüber VT, sondern auf die Grenzziehung zwischen VT und anderen Richtungen (siehe Abbildung 10). D.h. hier geht es darum, inwieweit die Ausbildungsteilnehmerin Unterschiede zwischen VT und anderen Richtungen sieht und diese voneinander abgrenzt. Eine Therapeutin mit *scharfer Grenzziehung* unterscheidet deutlich zwischen VT und anderen Richtungen und zieht klare Grenzen. Eine Therapeutin mit *geringer Grenzziehung* unterscheidet nicht stark zwischen VT und anderen Richtungen, die Grenzen wirken eher fließend.



Abbildung 10: Grenzziehung zwischen VT und anderen Richtungen

### Jede Therapeutin lässt sich einer von drei Haupttendenzen (bzw. Mustern) zuordnen

In den Interviews wird deutlich, dass jede Therapeutin mal mehr und mal weniger von VT überzeugt ist, sich mal mehr und mal weniger von anderen Richtungen abgrenzt und die Grenzen zwischen VT und anderen Richtungen mal schärfer zieht und mal weniger. Dennoch lässt sich für jede Therapeutin eine grundsätzliche Tendenz festmachen, welche Position auf

dem Kontinuum sie einnimmt. Entsprechend dieser Grundtendenzen ergaben sich drei verschiedene Muster, denen sich die Therapeutinnen zuordnen ließen. Diese sind durch jeweils unterschiedliche Ausprägungen des Überzeugtseins, der Abgrenzung und Grenzziehung charakterisiert. D.h. es ergeben sich in den vorliegenden Daten drei verschiedene Varianten der therapeutischen Selbst(er)findung:

### ***Muster 1): Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin***

Die sechs Therapeutinnen in Ausbildung, die gemeinsam das erste Muster bildeten, grenzen sich in ihrer therapeutischen Identität von Verhaltenstherapie wenig ab, von anderen Richtungen dafür deutlich. Diese Therapeutinnen sehen sich zum Zeitpunkt des Interviews<sup>14</sup> klar als Verhaltenstherapeutin, andere Therapieansätze spielen für ihr therapeutisches Selbstverständnis und Handeln eine eher untergeordnete Rolle. Zudem ziehen sie klare Grenzen zwischen Verhaltenstherapie und anderen Ansätzen. Das starke Überzeugtsein von VT und die starke Abgrenzung von anderen Richtungen bedeutet aber keinesfalls eine grundsätzliche Abwertung anderer Therapieansätze. Aus diesem Grunde wird das erste Muster zusammenfassend als *Sich als Verhaltenstherapeutin respektierend von anderen Richtungen abgrenzen* bezeichnet. Im Folgenden wird allein aus Gründen der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit das Muster abgekürzt als *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin*. Hierbei wird der Leser aufgefordert, die grundsätzlich respektvolle Haltung gegenüber anderen Richtungen jeweils mitzudenken. Diesem Muster werden die Interviewpartnerinnen KNOPQ (Ausbildung bei Institut III) sowie F (Ausbildung bei Institut I) zugeordnet.

### ***Muster 2): Selbstdefinition als Psychotherapeutin***

Die sieben Therapeutinnen in Ausbildung, die diesem Muster zugeordnet wurden, unterscheiden sich von den Therapeutinnen des Musters 1 deutlich. Sie sind von VT vergleichsweise wenig überzeugt, während andere Richtungen für ihr Selbstverständnis und

---

<sup>14</sup> Die Zuordnung zu den Mustern wurde immer für den Zeitpunkt „heute“ – also den Zeitpunkt des Interviews – vorgenommen. Wenn beispielsweise Interviewpartnerin G angibt, zu Beginn des Studiums „hardcore VT“ gewesen zu sein (= starkes Überzeugtsein von VT), dieses sich aber im Verlaufe der Ausbildung geändert hat, so wurde ihr für die Kategorie „Überzeugtsein von VT“ nicht „hoch“ (wie zu Beginn der Ausbildung), sondern „mittel“ (wie zum Zeitpunkt des Interviews) zugewiesen. Ebenso wurde Interviewpartnerin O, die zu Beginn der Ausbildung eher skeptisch gegenüber VT war, aber sich heute sehr stark als Verhaltenstherapeutin sieht, mit der Ausprägung „starkes Überzeugtsein von VT“ kodiert. Veränderungen im Verlaufe der Ausbildung werden im Kapitel 9.5 „Zusammenspiel von Institutsprägung und Eigenentwicklung“ behandelt.

Handeln eine identitätsstiftende Wirkung haben. Auch bezüglich der Grenzziehung zwischen VT und anderen Therapieansätzen unterscheiden sich die Therapeutinnen von Muster 1. Sie lösen die Grenzen zwischen Verhaltenstherapie und anderen Therapieansätzen stärker auf, sehen verschiedene Therapieansätze als stärker ineinander übergehend an. Dies bedeutet nicht, dass sich Strategien der Grenzziehung bei diesen Therapeutinnen gar nicht finden lassen. Allerdings finden sie sich deutlich seltener und deutlich weniger stark ausgeprägt als bei den *Verhaltenstherapeutinnen*. Eine weitere Gemeinsamkeit besteht darin, dass alle Therapeutinnen, die dem Muster zugeordnet wurden, intensive (Vor-) Erfahrungen mit anderen Therapierichtungen aufweisen. Dieses Muster lässt sich zusammenfassend bezeichnen als *Sich von Verhaltenstherapie abgrenzen aber von anderen Richtungen nicht*. Aus Gründen der Lesbarkeit wird dieses Muster verkürzt bezeichnet als *Selbstdefinition als Psychotherapeutin*, auch wenn nicht alle Therapeutinnen dieses Musters genau den Begriff „Psychotherapeutin“ selbst wählen. Zu diesem Muster werden die Interviewpartnerinnen LM (Institut III), BDH (Institut I) und ST (Institut IV) gezählt.

### ***Muster 3) Selbstdefinition als Relative Verhaltenstherapeutin***

Zuletzt gibt es weitere Gruppe von Therapeutinnen, die auf allen drei Dimensionen ungefähr eine mittlere Ausprägung aufweisen: Sie sind von VT weniger überzeugt als die „Verhaltenstherapeutinnen“ (Muster 1), aber mehr als die *Psychotherapeutinnen* (Muster 2). Sie grenzen sich von anderen Richtungen mehr ab als die *Psychotherapeutinnen* (Muster 2), aber weniger als die *Verhaltenstherapeutinnen* (Muster 1). Sie ziehen weniger scharfe Grenzen als die *Verhaltenstherapeutinnen* (Muster 1), aber ungefähr ähnlich wie die *Psychotherapeutinnen* (Muster 2). Diesem Muster wurden die Interviews ACEG (Institut I) IJ (Institut II) und R (IV) zugeordnet. Dieses Muster wird anders als die Muster 1 und 2, die ja gewissermaßen die Endpunkte des Kontinuums darstellen, nicht im Detail beschrieben. Es werden hier nur einige Besonderheiten exemplarisch herausgegriffen.

### **Überzeugtsein von VT und Abgrenzung von anderen Richtungen als unabhängige Dimensionen**

Interessant ist noch, dass sich keine Verhaltenstherapeutin in Ausbildung findet, die sich sowohl von Verhaltenstherapie als auch von anderen Richtungen stark abgrenzt. Dieses scheint darauf hinzuweisen, dass alle Therapeutinnen eine Orientierung an einem theoretischen Ansatz für ihre therapeutische Arbeit brauchen, sei dieser Ansatz nun verhaltenstherapeutisch oder anders geprägt. Außerdem ist hervorzuheben, dass A der einzige Therapeut des Samples ist, für dessen therapeutische Identität sowohl Verhaltenstherapie als

auch andere Therapierichtungen eine herausragende Rolle spielen – A ist auch der einzige Therapeut, der neben der aktuellen VT-Ausbildung bereits Ausbildungen in systemischer und Gestalttherapie abgeschlossen hat. Durch ihn wird aber in besonderer Weise deutlich, was auch für die anderen Interviews gilt: Überzeugtsein von VT und Abgrenzung von anderen Richtungen stellen voneinander unabhängige Dimensionen dar.

Zusammenfassend bedeutet dies, dass die Verhaltenstherapeutinnen in Ausbildung die therapeutische Selbst(er)findung unterschiedlich ausgestalten, je nachdem, welche Erfahrungen sie in die Ausbildung einbringen und welche Erfahrungen sie während der Ausbildung machen. Diese unterschiedlichen Wege der therapeutischen Selbst(er)findung sollen im Folgenden für die drei Muster näher beschrieben werden.

Die Darstellung erfolgt in Anlehnung an die Beschreibungskategorien des paradigmatischen Modells der Grounded Theory von Strauss & Corbin (1996). Dieses wird jedoch eher als Anregung denn als strenge Vorschrift aufgefasst. Daher weichen die Begrifflichkeiten teilweise davon ab. Jeder Abschnitt beginnt mit einer Kurzcharakterisierung des betreffenden Musters. Anschließend wird jeweils darauf eingegangen, welche Erfahrungen und Voraussetzungen die Ausbildungsteilnehmerinnen vor Beginn der VT-Ausbildung mitbringen, die zu dieser Ausprägung der therapeutischen Selbst(er)findung beitragen (**VORAUSLAUFENDE BEDINGUNGEN** im Sinne des Kodierparadigmas). Dann wird die für dieses Muster typische Art der Entscheidung für eine VT-Ausbildung und die Wahl des Ausbildungsinstituts beschrieben (**ENTSCHEIDUNG FÜR VT & INSTITUTSWAHL**). Anschließend wird aufgezeigt, welche Erfahrungen die Ausbildungsteilnehmerinnen während der Ausbildung machen, die den Prozess des konstruierenden Jonglierens prägen und die zu der für dieses Muster typischen Ausprägung der therapeutischen Selbst(er)findung beitragen. Hier geht es also darum, welche „Bälle“ den Therapeutinnen zugeworfen werden, die sie in ihren Jonglierakt einbauen müssen (**INTERVENIERENDE BEDINGUNGEN**). Als nächstes wird erläutert, welche Auswirkungen die für dieses Muster typische Art des konstruierenden Jonglierens auf das psychotherapeutische Selbstverständnis der Ausbildungsteilnehmerinnen und ihre praktische Arbeit hat (**KONSEQUENZEN**<sup>15</sup>). Im Anschluss an die Auswirkungen wird beschrieben, welche Handlungen und Strategien die

---

<sup>15</sup> Hier sind nicht Konsequenzen im Sinne eines experimentell geprüften Ursache-Wirkungs-Gefüges gemeint, sondern das, was dem Bericht der Therapeutinnen zu entnehmen ist.

Therapeutinnen beim konstruierenden Jonglieren nutzen und wie sie diese Variante der therapeutischen Selbst(er)findung konkret ausführen (**STRATEGIEN**). Dabei werden Strategien der Abgrenzung und Strategien der Grenzziehung unterschieden. Da aber intervenierende Bedingungen („Bälle“), Konsequenzen und Strategien nicht unabhängig voneinander aufzufassen sind, wird nun noch einmal explizit deren **INEINANDERGREIFEN** pointiert herausgearbeitet und beschrieben. Als weiteres Prozessmerkmal wird zum Abschluss das **ZUSAMMENSPIEL VON INSTITUTSPRÄGUNG UND EIGENENTWICKLUNG** näher beleuchtet.

## **9.4. Drei Varianten der therapeutische Selbst(er)findung**

### **9.4.1. Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin (Muster 1)**

Das Muster *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* ist dadurch gekennzeichnet, dass diese Therapeutinnen (FKNOPQ) sich erstens klar als Verhaltenstherapeutin sehen und zweitens andere Therapieansätze für ihr therapeutisches Selbstverständnis und Handeln eine eher untergeordnete Rolle spielen. Die Ausbildungsteilnehmerinnen dieses Musters definieren und fühlen sich als Verhaltenstherapeutinnen, bezeichnen sich auch selbstverständlich so, ohne dass sie dabei Bedenken hätten, sich unwohl oder missverstanden fühlen würden. Im Interview mit diesen Therapeutinnen wird deutlich: Hier spricht eine Verhaltenstherapeutin. Dieses Selbstverständnis als Verhaltenstherapeutin allein reicht aber nicht aus, um das Muster zu charakterisieren. Weiterhin typisch ist hier, dass sie sich – mal mehr und mal weniger deutlich – in ihrem therapeutischen Sein und Handeln von anderen Richtungen abgrenzen und dass diese für ihre therapeutische Identität nicht von besonderer Bedeutung sind. Dieses bedeutet jedoch nicht, dass sie andere Therapieansätze nicht als gleichwertig ansehen oder gar abwerten würden. Im Gegenteil: Sie nehmen diese – mit wenigen Ausnahmen – respektierend als Alternative zu Verhaltenstherapie zur Kenntnis. Ab und zu finden sich jedoch auch Überlegenheitskonstruktionen bei diesen Therapeutinnen, d.h. Aussagen, die deutlich machen, dass aus ihrer Sicht Verhaltenstherapie anderen Therapieansätzen überlegen ist. Diese Aussagen dominieren aber nicht. Eine dritte Gemeinsamkeit dieser Therapeutinnen ist, dass zwischen Verhaltenstherapie und anderen Therapierichtungen deutlich unterschieden wird, Grenzen klar benannt und aufgezeigt werden. Die Therapeutinnen machen deutlich, dass es aus ihrer Sicht Unterschiede zwischen den Grundannahmen und Vorgehensweisen Verhaltenstherapie und anderen Therapieansätzen gibt und entsprechend trennen sie auch zwischen diesen. Was die Vorerfahrungen mit anderen Therapieansätzen angeht, so gibt es bei den Therapeutinnen, die dem Muster *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin*

zugeordnet wurden, ein breites Spektrum an Vorerfahrungen mit anderen Therapierichtungen: Diese können reichen von ganz wenig (kommt eher häufiger vor) bis sehr viel.

Zusammenfassend besteht also die entscheidende Gemeinsamkeit der Therapeutinnen nicht im Ausmaß ihrer Vorerfahrungen mit anderen Richtungen oder der Betonung der Überlegenheit von VT. Vielmehr ist es a) die hohe Bedeutsamkeit von Verhaltenstherapie für die therapeutische Identität, b) die untergeordnete Rolle von anderen Therapieansätzen für das therapeutische Handeln und c) eine vergleichsweise scharfe Grenzziehung zwischen Verhaltenstherapie und anderen Ansätzen.

### ***VT- und naturwissenschaftlich orientierte Erfahrungen vor der VT-Ausbildung***

Welche Erfahrungen und Voraussetzungen bringen die Ausbildungsteilnehmerinnen vor Beginn der Ausbildung mit, die zu dieser Ausprägung des konstruierenden Jonglierens mit dem Ziel der therapeutischen Selbst(er)findung beitragen? Im Folgenden werden die Faktoren skizziert, die sich – in Anlehnung an die „*vorauslaufenden Bedingungen*“ der grounded theory – im Vorfeld bei Therapeutinnen finden lassen, die dem Muster *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* zugeordnet wurden.

**EHER NATURWISSENSCHAFTLICHE AUSRICHTUNG DES PSYCHOLOGIESTUDIUMS:** Die Ausrichtung des Psychologiestudiums ist bei diesen Ausbildungsteilnehmerinnen eher naturwissenschaftlich geprägt. Zwischenzeitlich studieren auch einige von ihnen zwar in einem sozialwissenschaftlich ausgerichteten Psychologiestudiengang, allerdings betrifft dies jeweils nur einen Teil ihres Studiums und wird von den Interviewpartnerinnen – mit Ausnahme von O – nicht als prägend hervorgehoben. Auch F, die ihr ganzes Studium an einem sozialwissenschaftlich ausgerichteten Studiengang absolviert, lässt nicht erkennen, dass dies in besonderem Maße prägend für sie war. Auch bei der Institutswahl ist die inhaltliche Verbundenheit von Institut und ihrer Universität fast eher ein Hinderungsgrund, bevor sie sich dann letztlich doch dafür entscheidet.

**VT DOMINIERT IM STUDIUM:** Was die schulenspezifische Ausrichtung des Psychologiestudiums angeht, so berichten die Ausbildungsteilnehmerinnen dieses Musters davon, dass sie an ihrer Universität intensiven positiven Kontakt mit VT hatten (P, Q, F), während andere Richtungen eher eine untergeordnete Rolle im Studium spielten. Zwei

Ausbildungsteilnehmerinnen berichten jedoch insgesamt eher wenig von prägenden Einflüssen während des Studiums (K, N). Interessant ist hier Therapeutin O, die zunächst aufgrund der Allgegenwärtigkeit von VT an ihrer Uni eine Oppositionshaltung zu VT entwickelt, dann nach dem Vordiplom die Universität wechselt und sich dort intensiv mit Tiefenpsychologie sowie außerdem ansatzweise mit Gesprächspsychotherapie und Familientherapie beschäftigt. Nur aufgrund erneuter positiver Erfahrungen mit VT in einem praktischen Projekt entscheidet sie sich letztlich für eine VT- Ausbildung. Dabei ist ihr Entschluss – anders als bei den anderen Vertreterinnen des Musters *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* – nicht so stark ausgeprägt. Sie entscheidet sich extra für „[ein nicht] ... so ganz gradliniges VT-Institut“ (O: 40). Auch F sammelt im Studium intensivere Erfahrungen mit GT und Psychoanalyse, jedoch sei schon mit Abschluss des Grundstudiums klar gewesen, dass sie in Richtung Verhaltenstherapie gehen werde.

**EIGENTHERAPIE VOR DER AUSBILDUNG – EINE GUTE VT ODER EINE MÄBIGE TP:** Eine eigene Therapie vor Ausbildungsbeginn wird hier nur von zwei Therapeutinnen von sich aus thematisiert. Q erlebt ihre verhaltenstherapeutische Therapie als bereichernd und positiv, wobei die Therapeutin auch „Einschläge“ aus dem katathymen Bilderleben einfließen lässt (Q:141). N macht durchschnittliche Erfahrungen bei einer Tiefenpsychologin und in einem esoterischen Selbsterfahrungsseminar.

**VT-FREUNDLICHE BERUFSERFAHRUNGEN VOR DER AUSBILDUNG:** Die Therapeutinnen dieses Musters bringen mehrheitlich VT-freundliche Berufserfahrungen vor Beginn der VT-Ausbildung mit, vor allem im Bereich der Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie (K, N, P, F) oder in der Mutter-Kind-Reha (Q). Nur O beginnt die Ausbildung direkt nach Studienabschluss. Interessant und vielleicht prototypisch für dieses Muster ist N, die viele Jahre als Verhaltenstrainerin gearbeitet hat: „und natürlich klar ... wenn du aus dem Verhaltenstraining direkt kommst... war das [VT] relativ schnell klar“ (N, 70-73).

**ZUSAMMENGEFASST: Was bringen diese Ausbildungsteilnehmerinnen mit, bevor sie die Ausbildung beginnen?**

**VIEL ERFAHRUNG MIT VT - UND MEISTENS POSITIV:** Die Ausbildungsteilnehmerinnen dieses Musters bringen fast durchweg positive und zumeist intensive Vorerfahrungen mit Verhaltenstherapie in die Ausbildung mit. Diese speisen sich hauptsächlich aus Erfahrungen

im Psychologie-Studium, in dem Verhaltenstherapie stark vertreten ist und das tendenziell naturwissenschaftlich ausgerichtet ist, sowie aus Berufserfahrungen, vorrangig im ABO Bereich.

**ERFAHRUNGEN MIT ANDEREN RICHTUNGEN: OBERFLÄCHLICH ODER AMBIVALENT:** Die Ausbildungsteilnehmerinnen dieses Musters bringen vor Beginn der Ausbildung eher wenig Erfahrungen mit anderen Therapierichtungen mit. Kommen diese vor, so sind sie mit wenigen Ausnahmen entweder oberflächlicher Natur (z.B. TP führt an der Universität neben VT zwar ein Schattendasein, wird aber erwähnt; Kollegen im ABO Bereich mit TP Ausbildung machen einen kompetenten Eindruck); oder es handelt sich um vertiefte und differenzierte Erfahrungen, die aber in ihrer Gesamtheit eher als ambivalent oder nicht mit VT vergleichbar beurteilt werden.

### ***Eindeutige Entscheidung für VT-Ausbildung***

Die bisher skizzierten Erfahrungen münden beim Muster *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* in eine sehr eindeutige Entscheidung für VT. Die Entscheidung wird bewusst und deutlich für VT getroffen, bei der Begründung der Ausbildungsentscheidung werden Argumente für VT genannt, es wird deutlich, dass VT weit mehr ist als ein pragmatisches Arrangement oder das geringste Übel. Für diese Interviewteilnehmerinnen ist VT die Ausbildung, die überhaupt bzw. vorrangig in Erwägung gezogen wird: „Es stand nie was anderes zur Debatte“ (Q, 61). O und P sind dabei in ihrer Entscheidung etwas weniger eindeutig als F, K, N und Q. Bei ihnen spielt Tiefenpsychologie im Entscheidungsprozess eine Rolle, dann fällt jedoch die Entscheidung für VT, wobei diese Entscheidung weniger eindeutig ausfällt als bei F, K, N und Q. Erst im Verlaufe der Ausbildung werden diese Therapeutinnen immer stärker in dieses Muster reinsozialisiert (siehe auch Kap. 9.5).

**BEWUSSTE ENTSCHEIDUNG FÜR EIN „WISSENSCHAFTS- UND UNINAHES“ AUSBILDUNGSINSTITUT:** Die Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* befinden sich mit einer Ausnahme alle in einer VT-Ausbildung bei Institut III. Nur F macht ihre Ausbildung bei Institut I. Keine der Therapeutinnen gelangte zufällig und allein aus pragmatischen Gründen zu ihrem Ausbildungsinstitut. Die Entscheidung für das Institut fiel bei allen mehr oder weniger bewusst und aus inhaltlichen Gründen. Die Begründungen variieren dabei jedoch. Mit Ausnahme von O, für die die „Offenheit“ des Instituts ein entscheidendes Auswahlkriterium für die Institutswahl war,

spielt dies für die anderen Ausbildungsteilnehmerinnen keine Rolle. Neben praktischen Überlegungen werden bei ihnen eher die Aspekte „wissenschaftliche Ausrichtung, Unibezug, aktueller Stand und guter Ruf“ thematisiert (z.B. N, P). Die Ausbildungsteilnehmerinnen geben an, sich über die Institute informiert zu haben.

**AUSBILDUNG AN EINEM BESTIMMTEN AUSBILDUNGSINSTITUT – EINTRITT IN EINEN BESTIMMTEN ENTWICKLUNGSKONTEXT:** Durch die Wahl des Ausbildungskontextes suchen sich die Ausbildungsteilnehmerinnen – teils bewusst, teils unbewusst – einen Kontext, in dem bestimmte Erfahrungen wahrscheinlicher und andere Erfahrungen unwahrscheinlicher werden. Die Prägung geht also gewissermaßen weiter. Bestimmte Entwicklungstendenzen werden vertieft, andere werden umgelenkt. Dabei können sich die Erwartungen, die die Ausbildungsteilnehmerinnen an das Institut hatten, entweder bestätigen oder nicht ( „Ich wollte halt kein so ganz geradliniges VT-Institut ... Es hat sich [aber] in der Praxis *nicht* bewahrheitet, die Versprechungen, die gemacht wurden zu Beginn“, O: 40-41). Das bedeutet also, dass die Interviewpartnerinnen nicht nur bestimmte Erfahrungen in die Ausbildung mitbringen, die dann – wie hier – zu einer eindeutigen Entscheidung für eine VT-Ausbildung führen. Auch während der Ausbildung machen die werdenden Therapeutinnen immer wieder Erfahrungen mit Verhaltenstherapie und anderen Therapierichtungen, die ihren Prozess der therapeutischen Selbst(er)findung prägen und ihm eine bestimmte Richtung geben – hier: sie in ihrem Selbstverständnis als Verhaltenstherapeutinnen stärken und sie zu einer eher stärkeren Grenzziehung anregen.

### ***VT-freundliche Erfahrungen während der Ausbildung***

Welche Erfahrungen machen die Ausbildungsteilnehmerinnen während der Ausbildung, die den Prozess des konstruierenden Jonglierens prägen und die zu der für das Muster *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* typischen Ausprägung der therapeutischen Selbst(er)findung beitragen? Welche „Bälle“ werden den Therapeutinnen zugeworfen, die sie in ihren Jonglierakt einbauen müssen? Im Folgenden werden die Faktoren skizziert, die – in Anlehnung an die „*intervenierenden Bedingungen*“ der grounded theory – die Entwicklung des Musters fördern.

**DIE PHILOSOPHIE DER AUSBILDUNGSINSTITUTE:** Das Ausbildungskonzept von Institut III, an dem fünf von sechs Therapeutinnen des Musters 1 ihre Ausbildung machen, ist gekennzeichnet durch die Philosophie: „Erstmal Verhaltenstherapie richtig lernen und andere

Richtungen respektierend zur Kenntnis nehmen“ (siehe Kapitel 9.1). In diesem Konzept wird deutlich das Selbstverständnis als Verhaltenstherapeutin gefördert und zwischen verschiedenen Therapierichtungen unterschieden. Das gleichwertige Nebeneinander verschiedener Therapieansätze wird betont. Das Ausbildungskonzept von Institut I, an der eine Therapeutin aus Muster 1 ihre Ausbildung macht, lässt sich zusammenfassen als „Integrativ arbeiten von Anfang an und dabei VT als strukturierender Rahmen nutzen“, dieses lädt also nicht zu Muster 1 ein.

Was sind das nun aber genau für Bälle, die den Ausbildungsteilnehmerinnen des Musters *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* im Verlaufe ihrer Ausbildung zugeworfen werden und mit denen sie umgehen müssen?

**KLASSISCH VERHALTENSTHERAPEUTISCHE ORIENTIERUNG DER AUSBILDER:** Die theoretischen Veranstaltungen sowie die Supervision werden von den Therapeutinnen dieses Musters als „recht verhaltenstherapeutisch“ (Q,) und eher klassisch beschrieben, teilweise werden die Dozenten sogar als Koryphäen der Verhaltenstherapie bezeichnet. Es wird betont: „Solche Nebengeschichten, die fließen nur dann mit ein, wenn der Dozent dafür auch eine Vorliebe hat“ (N, 499). Durch diese Erfahrungen und die damit verbundene verstärkte Auseinandersetzung mit verhaltenstherapeutischen Konzepten wird die Tendenz der Interviewpartnerinnen unterstützt, sich als Verhaltenstherapeutinnen zu sehen und klar zwischen verschiedenen Therapierichtungen zu unterscheiden. Zusätzlich stellen bei O negative Erfahrungen, die sie mit tiefenpsychologischen Dozenten macht, einen symbolischen Ball dar, der ihre Entwicklungstendenz – „weg von TP hin zu VT“ sowie „achte auf die Unterschiede zwischen VT und TP“ unterstützt. Dieser Aspekt ist insofern interessant, als er erklärt, warum jemand wie O, die eher mit ambivalenten Vorerfahrungen mit VT sowie zahlreichen Erfahrungen mit anderen Therapierichtungen dennoch letztendlich in diesem Muster ankommen kann (siehe auch Kapitel 9.5). F ist die einzige, die ihre Ausbilder als integrativ bezeichnet. Dass sie aber gleichzeitig betont, dass sie ja nicht alles annehmen müsse, was sie angeboten bekommt, erklärt vielleicht, weshalb sie letztlich doch zu diesem Muster dazu gehört.

**NEGATIVE ERFAHRUNGEN ODER „IMMUNITÄT“ IN TIEFENPSYCHOLOGISCH ORIENTIERTEN KLINIKEN:** Erfahrungen in der Klinik werden zwar nur von drei Interviewpartnerinnen dieses Musters thematisiert, aber dafür sind diese sehr prägend: O und P machen beide negative

Erfahrungen mit tiefenpsychologischen bzw. psychoanalytischen Kollegen während ihrer Tätigkeit in der Klinik. Interessanterweise sind dies genau jene zwei Ausbildungsteilnehmerinnen, die sich schon im Studium stärker für Tiefenpsychologie interessiert hatten und sich damit auseinandergesetzt haben, ggf. auch deshalb eine tiefenpsychologische Klinik für ihr Praktikum gewählt haben. Neben anderen Faktoren erklären diese negativen Erfahrungen in der Klinik mit TP Kollegen, warum O und P dennoch zum Zeitpunkt des Interviews dem Muster *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* zuzuordnen sind und sich nun ebenso wie ihre Kolleginnen K, N und Q stark als Verhaltenstherapeutinnen sehen und deutliche Grenzen ziehen, obwohl ihre Entscheidung für VT ursprünglich viel weniger eindeutig ausgefallen ist. Interessant ist auch wieder F. Sie macht ihr Praktikum in der Akutpsychiatrie, und obwohl die Chefin Psychoanalytikerin ist, konzentriert sie sich in ihrer Arbeit vor allem auf verhaltenstherapeutische Psychoedukation, da die Akutpsychiatrie aus ihrer Sicht nichts anderes erlaubt. Dies ist wieder ein interessantes Beispiel für die Immunisierung von F (siehe Kapitel 9.5).

**POSITIVE VT EINZELSELBSTERFAHRUNG:** Hinzu kommt bei O die positive Erfahrung mit ihrer verhaltenstherapeutischen Einzelselbsterfahrung, die sie explizit als prägend erwähnt: „Meine eigene Lehrtherapie, die war auch wichtig für mich ... die hat auch dazu beigetragen, schon, mich [mit VT] ... zu identifizieren.“ (O, 187-188). Die anderen Therapeutinnen dieser Gruppe thematisieren ihre Einzelselbsterfahrung während der Ausbildung allerdings nicht.

**UNPRODUKTIVER (TEILS ABER AUCH PRODUKTIVER) AUSTAUSCH MIT AUSBILDUNGSKOLLEGINNEN ANDERER RICHTUNGEN:** Ein weiterer Faktor, der die Ausbildungsteilnehmerinnen auf ihrem Weg beeinflusst, ist der Austausch mit Kollegen anderer Therapieansätze (der Austausch mit VT Kolleginnen wird interessanterweise von niemandem explizit thematisiert). Alle Therapeutinnen dieses Musters berichten über solche Erfahrungen, wobei diese zwei unterschiedliche Wirkungen haben können: Sie können einerseits eine Abgrenzung und noch stärkere Hinwendung zu VT bedingen. Dieses ist beispielsweise bei K der Fall, die in der Auseinandersetzung mit ihren tiefenpsychologischen Kollegen erst richtig merkt, dass „gelebte“ Verhaltenstherapie nicht so ist, wie die Vorurteile es ihr bescheinigen („[Erst ] dachte ich ..., ja vielleicht haben die ja auch recht. Vielleicht ist es einfach zu wenig, vielleicht ist es zu sehr gecoach, vielleicht ist es zu sehr Verhalten. Aber das ist es ja in der Praxis nicht“, 191-193). Bei O geht es sogar so weit, dass sie sich aufgrund

von ambivalenten und negativen Erfahrungen mit Tiefenpsychologen in den Seminaren immer mehr von TP abgrenzt. Sie berichtet:

Und da wurde für mich immer deutlicher, dass ich mich mit der Methode schwer identifizieren kann, einfach weil ich sie auch, ähm, teilweise wissenschaftlich nicht nachvollziehbar finde [I: hm.] und ja und das Menschenbild mir auch einfach überhaupt nicht zusagt [I: ja.]. Oder das ist immer weiter auseinander gegangen während der Ausbildung. [I: Mhm] Nicht zusammen gegangen für mich, sondern eher immer weiter auseinander gegangen. Was ich auch erlebe, ich kenne nun, sag ich mal, leider viele meiner Studienfreundinnen sind in die andere Richtung gegangen (O, 201-207)

Der Austausch mit Kolleginnen anderer Richtungen kann aber teilweise auch die entgegengesetzte Wirkung haben: Es kann der Wunsch nach noch mehr Austausch entstehen, ein Interesse für andere Richtungen in Gang gesetzt oder verstärkt werden; außerdem kann wie bei F, P und Q der Einbezug von Konzepten und Techniken anderer Ansätze in der eigenen therapeutischen Arbeit gefördert werden (Q: „Also Gestalt halt so ein bisschen, auch von meiner Freundin halt, die da mir immer wieder so auch Sachen, Tipps gibt, oder auch mit mir mal so Sachen, ich sag mal, durchspielt“, 552-554). Ob der Austausch mit Kolleginnen anderer Therapieansätze das Interesse an diesem Ansatz anregt oder eine noch stärkere Abwendung bewirkt, hängt jeweils davon ab, wie produktiv der Austausch mit den Kollegen verläuft.

**VT-FREUNDLICHE BERUFSERFAHRUNGEN JENSEITS DER AUSBILDUNG:** Berufserfahrungen jenseits der Ausbildung, die aber während der Ausbildungszeit ausgeübt werden (4 von 6 Therapeutinnen) können in dieser Gruppe das Gefühl stärken, Verhaltenstherapeutin zu sein, wie beispielsweise bei Q die Entwicklung und Anwendung eines verhaltenstherapeutischen Gruppenmanuals im Rahmen ihrer Doktorarbeit. Dieser Aspekt spielt jedoch im Prozeß der therapeutischen Selbst(er)findung eher eine untergeordnete Rolle.

**POSITIVE ERFAHRUNGEN MIT VT BEI DER EIGENEN THERAPEUTISCHEN ARBEIT:** Die Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* berichten fast alle von sehr guten Erfahrungen mit Verhaltenstherapie bei ihrer eigenen therapeutischen Arbeit: Sie beschreiben ihre Erfolge mit VT als sehr generell und nicht sehr situationspezifisch, sie heben positive Erfahrungen mit VT besonders hervor und benennen von sich aus wenig Schwierigkeiten mit VT. Eine Ausnahme bildet hier P, die Erfolge mit VT zunächst eher auf Angststörungen beschränkt und eher wieder relativiert. Sie führt allerdings die berichteten Schwierigkeiten mit VT auf eigene Fehler zurück und hält somit trotz Schwierigkeiten und

möglicher Kritikpunkte an VT fest. Gestärkt durch positive Vorerfahrungen mit VT bleibt diese Therapeutin trotz Schwierigkeiten bei VT, was dann in der Folge bei ihr zu erneuten positiven Erfahrungen mit VT führt und ihr Selbstverständnis als Verhaltenstherapeutin stärkt.

### **Der Prozess der therapeutischen Selbst(er)findung beim Muster *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin***

Wie gehen diese Therapeutinnen mit den eben beschriebenen Erfahrungen um, die sie im Laufe ihrer Ausbildung machen? Was machen sie mit den Bällen, die ihnen zugeworfen werden? Welche Bälle nehmen sie an, welche nicht? Und wie machen sie das? Welche Strategien setzen sie – explizit oder implizit – selbst ein, in dem Versuch aus diesen Erfahrungen zu einem möglichst stimmigen therapeutischen Selbstverständnis zu gelangen? Wie sieht die Abgrenzung, Grenzziehung und Überlegenheitskonstruktion bei diesen Interviewpartnerinnen aus? Und welche Auswirkungen hat dies auf ihr Selbstverständnis und Handeln als Therapeutin? Wie lässt sich der Prozess beschreiben, durch den die Therapeutinnen immer mehr dazu kommen, *sich als Verhaltenstherapeutin respektierend von anderen Richtungen abzugrenzen*? Wie lässt sich für diese Therapeutinnen der Prozess der therapeutischen Selbstfindung und Selbsterfindung durch konstruierendes Jonglieren beschreiben?

Als Ausgangspunkt wurden ja bereits die Erfahrungen vor der Ausbildung beschrieben: Die naturwissenschaftliche Ausrichtung des Psychologiestudiums, die Dominanz von VT im Studium, positive Erfahrungen mit VT in einer Eigentherapie (oder mäßige mit TP) sowie VT-freundliche Berufserfahrungen vor der Ausbildung lassen die Therapeutinnen schon mit einer bestimmten Haltung, einem ersten vorläufigen therapeutischen Selbstverständnis und einer speziellen Handlungsbereitschaft die Ausbildung beginnen: Sie bringen größtenteils eine Offenheit und positive Haltung für Verhaltenstherapie in die Ausbildung mit. Entsprechend fällt die Entscheidung für VT sehr eindeutig aus.

Während der Ausbildung machen sie nun verschiedene Erfahrungen, die bereits näher beschrieben worden sind. Diese sind mit daran beteiligt, dass die Therapeutinnen in Ausbildung sich zunehmend als Verhaltenstherapeutinnen sehen und bezeichnen und weniger als Vertreterinnen einer anderen Richtung, dass sie vorrangig verhaltenstherapeutische Sprache verwenden und Begriffe aus anderen Richtungen nur auf Nachfrage benutzen, in

ihrer therapeutischen Arbeit überwiegend VT Konzepte und Techniken verwenden und einen festen Glauben an die Wirksamkeit von VT entwickeln, während sie aber gleichzeitig genauso anderen Therapieansätzen Wirksamkeit zusprechen. Diese Aspekte, die im Kodierparadigma der grounded theory als „Konsequenzen“ erarbeitet worden sind, sollen im Folgenden näher beschrieben werden.

### ***Psychotherapeutisches Selbstverständnis und Handeln: Identität als Verhaltenstherapeutin***

**„WIR VERHALTENSTHERAPEUTINNEN“:** Die Therapeutinnen dieser Gruppe sprechen häufig von sich als „wir Verhaltenstherapeuten“ und nur vereinzelt von „den“ Verhaltenstherapeuten. Hier drückt sich unmittelbar ein Gefühl der Zugehörigkeit zur Gruppe der Verhaltenstherapeutinnen aus. Der Vorteil solcher Aussagen besteht darin, dass sie weniger kognitiv gesteuerte Aussagen zur Zugehörigkeit zu VT ermöglicht, als wenn direkt danach gefragt wird. Insgesamt ist darauf hinzuweisen, dass sich zwar wenige Textstellen finden, in denen direkt eine solche Aussage getroffen wird, dass aber insgesamt sehr deutlich wird: Diese Therapeutinnen sehen sich als Verhaltenstherapeutinnen. Aus keiner Textstelle geht hervor, dass diese Therapeutinnen sich selbst als Vertreterin einer anderen Richtung (z.B. als Tiefenpsychologin oder ähnliches) sehen und erleben.

**HAUPTSÄCHLICH VT SPRACHE SPRECHEN UND ANDERE SPRACHE NUR AUF NACHFRAGE:** In den Interviews verwenden diese Ausbildungsteilnehmerinnen selten Begriffe aus anderen Therapierichtungen und nehmen im Vergleich zu den anderen Interviewpartnerinnen eher weniger Bezug auf Konzepte aus anderen Therapierichtungen. Wenn das doch der Fall ist, so geschieht dies eher auf Nachfrage, also in Interviewabschnitten, in denen auch explizit nach anderen Therapierichtungen gefragt wurde. Ansonsten wird in diesem Muster vorrangig verhaltenstherapeutisches Vokabular benutzt und verhaltenstherapeutische Konzepte und Vorstellungen zur Erklärung bestimmter Sachverhalte herangezogen – beispielsweise wenn es um die Beschreibung von Patienten, von Therapiezielen, von Wirkmechanismen oder von bestimmten therapeutischen Vorgehensweisen geht.

**ÜBERWIEGEND VT KONZEPTE UND TECHNIKEN IN DER THERAPEUTISCHEN ARBEIT:** Die Therapeutinnen dieses Musters geben an, in ihrer eigenen therapeutischen Arbeit Konzepten aus anderen Therapieansätzen gelegentlich (F, K, O, Q) oder selten (N, P) zu folgen und deren

Techniken ab und zu anzuwenden. Überwiegend wird jedoch in der praktischen Arbeit mit VT Konzepten und Techniken gearbeitet.

**FESTER GLAUBE AN WIRKSAMKEIT VON VT:** Bei den Ausbildungsteilnehmerinnen dieses Musters wird deutlich spürbar, dass sie an die Wirksamkeit von VT glauben. Diese Überzeugung von der Wirksamkeit von VT wird immer wieder entweder direkt oder indirekt thematisiert. Nur selten werden Zweifel gegenüber der Wirksamkeit von VT angesprochen. Der Glaube an die Wirksamkeit ist nicht nur auf einzelne Bereiche (wie z.B. die Therapie von Patienten mit Angststörungen) beschränkt, sondern bezieht sich auf verschiedenste Störungsbilder, Altersgruppen und Situationen. Es werden nur wenige Beispiele für die Nicht-Wirksamkeit von VT berichtet, dies erfolgt wenn überhaupt eher auf Nachfrage.

**GLAUBE AN GLEICHE WIRKSAMKEIT VERSCHIEDENER ANSÄTZE:** Weiterhin gibt es nur eine geringe Tendenz, die besondere Wirksamkeit von VT im Vergleich zu anderen Therapierichtungen im Sinne von: "VT ist die beste und immer die Methode der Wahl" hervorzuheben. Die Aussagen der Interviewpartnerinnen weisen eher darauf hin, dass diese von der gleichen Wirksamkeit verschiedener Therapieansätze ausgehen.

Dieses Selbstverständnis als Verhaltenstherapeutin, welche andere Richtungen respektierend zur Kenntnis nimmt, wird jedoch nicht nur durch äußere Erfahrungen (Bälle) vor und während der Ausbildung geprägt. Wie bereits erläutert, sind die Therapeutinnen ja nicht nur passive Empfängerinnen von Einflüssen, sondern sie sind auch aktiv an ihrer therapeutischen Selbstfindung beteiligt, sie konstruieren VT und andere Richtungen auf eine bestimmte Art und Weise und suchen bestimmte Erfahrungskontexte auf. Sie setzen verschiedene Strategien der *Annäherung und Abgrenzung* ein, indem sie beispielsweise Stärken von VT in den Vordergrund stellen und Kritikpunkte relativieren, und wenden Strategien der *Grenzziehung* an, indem sie beispielsweise Unterschiede zwischen VT und anderen Richtungen betonen. Diese sollen im Folgenden näher skizziert werden.

### ***Strategien der Annäherung an VT und Abgrenzung von anderen Richtungen***

**STÄRKEN VON VT BETONEN:** Die Ausbildungsteilnehmerinnen erwähnen viele und deutliche Stärken von VT. Sie relativieren diese meistens nicht und schränken sie nicht ein. Häufig werden diese Stärken spontan genannt und nicht nur auf Nachfrage. Sie werden als situationsübergreifend beschrieben, manchmal jedoch auch auf einzelne Situationen beschränkt formuliert. Interviewpartnerin N drückt ihre Begeisterung folgendermaßen aus:

Betrifft das Thema Depressionsbehandlung. Wo Strategie Nummer eins ist, positive Aktivitäten aufbauen, wo es eine Liste dazu gibt, wo man auswählen kann und das einfach nur umsetzt, mehr nicht. Ohne an irgendwelchen Gedanken, Lebensmustern etc. zu arbeiten, einfach nur strikt, ja, verhaltensorientiert. Ne, ich glaube die Tiefenpsychologen machen so was gar nicht. Die achten zwar auch drauf, aber nicht so. Und, ja, das fand ich sehr beeindruckend, dass das wirklich funktioniert. Also dass du am Anfang gar nichts machen brauchst, sondern nur gucken, was macht demjenigen noch Spaß im Leben und das erstmal so die ersten Stunden, auch in der Klinik schon, hatte ich auch schon Patienten. Da hab ich das auch schon gemerkt. Also das fand ich irgendwie, dass man teilweise mit relativ *einfachen Sachen* eine Menge ja erreichen kann. Das fand ich schon, ja, beeindruckend (N: 159-169).

**NUR PARTIELLE KRITIK AN VT ÄÜßERN UND TROTZ KRITIK AN VT FESTHALTEN:** Die Therapeutinnen erwähnen Kritik an Verhaltenstherapie – wenn überhaupt – nur partiell. Dies bedeutet, dass die Kritik nur auf Nachfrage und meist nicht spontan genannt wird. Sie betrifft eher Randbereiche der Verhaltenstherapie und wird meist beschreibend, aber nicht wertend formuliert. Kritik wird, nachdem sie geäußert wurde, meist gleich wieder relativiert und nur in seltenen Fällen so stehen gelassen. Kritikpunkte werden situativ, d.h. nicht generell formuliert und sind meist eher praxisnah als abstrakt theoretisch. Trotz möglicher Kritikpunkte an VT lässt sich die Ausbildungsteilnehmerin bei diesem Muster nicht leicht von VT abbringen, auch wenn sie Schwierigkeiten mit Verhaltenstherapie haben sollte. Sie findet Möglichkeiten und Wege, um an Verhaltenstherapie trotz der Kritikpunkte festzuhalten.

**STÄRKEN VON ANDEREN RICHTUNGEN NUR AUF NACHFRAGE NENNEN:** Stärken von anderen Therapieansätzen nennt die Ausbildungsteilnehmerin meist eher auf Nachfrage und nur selten spontan. Die Stärken werden häufig gleich wieder relativiert und eher abstrakt und auf einzelne Situationen beschränkt formuliert. Eine Ausnahme bildet hier P, die Stärken der Tiefenpsychologie häufig spontan und wie nebenbei erwähnt. Dabei wird sogar eine Bewunderung für TP deutlich, die sich so bei den anderen Therapeutinnen dieser Gruppe nicht findet: „Also Freud [hat] ja auch phantastisch geschrieben .... Da kann man ja einfach auch literarisch genießen ... Also hundert Jahre alte Texte, die einfach wie Sahne auf der Zunge zergehen“ (Q, 279-282). Auch F nennt viel deutlicher und spontaner Stärken anderer Richtungen als die anderen Therapeutinnen dieses Musters.

**PARTIELLE KRITIK AN ANDEREN RICHTUNGEN ÄÜßERN (AUSNAHME PSYCHOANALYSE):** Interessant ist hier, dass die Vertreterinnen des Musters *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* – genauso wie sie Stärken anderer Richtungen nicht in den Vordergrund stellen – auch Kritik an anderen Richtungen nur partiell üben. D.h. Kritik wird

nur auf Nachfrage und nicht spontan genannt. Sie wird eher praxisnah formuliert, betrifft Randbereiche, ist beschreibend und enthält keine Abwertungen. Die Kritik wird häufig relativiert und fast ausschließlich situativ formuliert. Dieses könnte möglicherweise ein Hinweis darauf sein, dass die Philosophie des Ausbildungsinstitutes – respektierende Kenntnisnahme anderer Therapierichtungen – von diesen Ausbildungsteilnehmerinnen verinnerlicht wurde. Interessant ist jedoch, dass die Kritik bezüglich Psychoanalyse deutlich schärfer ausfällt. Sie ist wertender und wird allgemeiner formuliert. Gegenüber TP findet sich solche generelle Kritik nicht. Eine Ausnahme bildet O, die trotz ihres großen anfänglichen Interesses an TP sehr schlechte Erfahrungen in der Klinik, mit Dozenten und mit Ausbildungskollegen gemacht hat: Sie formuliert grundsätzliche Kritik auch an TP, die auch abwertend und generalisierend formuliert ist. Die Therapeutinnen unterscheiden also insgesamt stark zwischen TP und PA. Andere Ansätze werden weit weniger thematisiert.

Neben den Strategien der Annäherung und Abgrenzung, durch die sich die Therapeutinnen gegenüber VT und anderen Richtungen positionieren, benutzen die Therapeutinnen einige weitere Strategien, mit denen sie eine Grenze zwischen VT und anderen Richtungen ziehen. Dieser Aspekt bezieht sich nun nicht mehr direkt auf die eigene Position gegenüber VT, sondern auf die Beziehung zwischen VT und anderen Richtungen. Diese werden im Folgenden skizziert.

### ***Strategien der Grenzziehung***

Neben dem Umgang mit Stärken und Schwächen verschiedener Therapieansätze wurde bei der Auswertung der Interviews immer wieder deutlich, welche interessanten Strategien die Therapeutinnen des Musters 1 – explizit oder implizit – verfolgen bzw. einsetzen, durch die die Grenzen zwischen Verhaltenstherapie und anderen Therapieansätzen gezogen und bewahrt werden (Strategien der Grenzziehung). Im Vergleich zu den Therapeutinnen der anderen Muster benutzen sie relativ wenig Strategien, durch die die Grenzen zwischen VT und anderen Richtungen abgeschwächt und aufgelöst werden (Strategien der Grenzauflösung). Der Begriff der „Strategie“ wird hier gewählt, um zu verdeutlichen, dass die Grenzziehung und Grenzauflösung nicht zufällig und ohne Grund erfolgt, sondern dass damit eine bestimmte Funktion und Bedeutung für die psychotherapeutische Identität der Therapeutinnen verbunden ist. Damit ist jedoch nicht gemeint, dass diese Strategien immer bewusst, explizit und in einem planerischen Sinne eingesetzt werden.

Die gemeinsame Grundidee der Strategien der Grenzziehung lässt sich folgendermaßen charakterisieren: Es wird davon ausgegangen, dass es verschiedene Therapieansätze gibt, die nebeneinander und getrennt voneinander existieren, die also mehr oder weniger getrennte Einheiten darstellen. Das bedeutet nicht, dass es nicht auch Ähnlichkeiten oder Überschneidungen zwischen VT und anderen Therapieansätzen gibt, aber grundsätzlich werden sie als getrennt konzipiert und definiert und als unterschiedlich in ihrem Welt- und Menschenbild, den theoretischen Grundannahmen und dem therapeutischen Vorgehen angesehen. Im folgenden werden die Strategien der Grenzziehung, die die Therapeutinnen des Musters 1 in besonderer Weise charakterisieren, genauer beschrieben:

**BETONUNG VON UNTERSCHIEDEN:** Die Ausbildungsteilnehmerinnen heben häufig Unterschiede und Inkompatibilitäten zwischen VT und anderen Therapieansätzen hervor. Gemeinsamkeiten werden entweder nur selten benannt (N, O) oder sie halten sich mit den genannten Unterschieden die Waage (F, K, P, Q). Bei dieser Strategie der Grenzziehung machen die Therapeutinnen – mal ganz explizit und mal ganz nebenbei – deutlich, dass es zwischen Verhaltenstherapie und anderen Therapieansätzen Unterschiede gibt. Diese Unterschiede können sich z.B. darauf beziehen, dass Verhaltenstherapeutinnen etwas tun, was Tiefenpsychologen nicht tun: „...Ohne an irgendwelchen Gedanken, Lebensmustern zu arbeiten, einfach nur strikt, ja, verhaltensorientiert. Nee, ich glaube die Tiefenpsychologen machen so was gar nicht“ (N: 162-163). Umgekehrt werden aber auch Vorgehensweisen genannt, die sich nur bei Vertretern anderer Ansätze finden lassen, aber nicht bei Verhaltenstherapeutinnen.

**NENNUNG VON INKOMPATIBILITÄTEN:** Bei dieser Art der Grenzziehung zeigen die Therapeutinnen auf, dass aus ihrer Sicht verschiedene Therapieansätze – entweder als Ganzes oder in Teilaspekten – nicht miteinander kompatibel sind. Hier werden nicht nur Unterschiede benannt, sondern explizit auch Widersprüche herausgestellt. Es wird deutlich gemacht, dass die Ansätze (bzw. Teile davon) nicht zusammen passen oder nicht gleichzeitig sein können: „Und da, fürchte ich mal, hakt es dann. Da passt das dann nicht zusammen“ (N: 536-537). „Es ist aber, das birgt widersprüchliche Ansätze. Zum Beispiel die Forderung der Transparenz der Beziehungsgestaltung [in der VT] und die Forderung der Intransparenz und der Deutungsmacht des Analytikers. Also da gibt's was, was sich widerspricht.“ (H: 405-407). Hier wird expliziert, dass es nicht nur Unterschiede in der Haltung zwischen VT und Psychoanalyse gibt, sondern dass diese darüber hinaus – zumindest hinsichtlich des Aspekts

der Transparenz - gegensätzlich sind. C macht dies für den Aspekt der Beziehungsgestaltung deutlich: „Ich [bau] ne ganz andere Beziehung auf als wenn ich auf die andere Art und Weise mit ihm anfangen zu arbeiten“ (C: 163-164) und bezieht sich dabei darauf entweder „eher kognitiv und mit Expositionen zu arbeiten“ vs. „mit Verstehen, auf Gefühle fokussieren, erlebnisaktivierend arbeiten“.

**KOMPETENZEN UND ZUSTÄNDIGKEITEN ANDERER ANSÄTZE KENNEN UND BENENNEN:** Bei dieser Strategie schreiben die Therapeutinnen anderen Psychotherapieansätzen besondere *Kompetenzen* zu, die VT nicht im selben Maße besitzt. Sie drücken die Idee aus, dass verschiedene Therapieansätze nebeneinander bestehen, die jeweils ganz unterschiedliche Kompetenzen haben: „Wie die TP ‘ler eben mit solchen Übertragungsgeschichten dann wirklich auch umgehen... Die haben ja da noch, noch andere Strategien drauf als wir“ (N: 214-217). Oftmals wird hier auch die besondere Kompetenz von Gesprächspsychotherapie in Bezug auf die Beziehungsgestaltung hervorgehoben. Weiterhin lässt sich die Tendenz der Therapeutinnen beobachten, die *Zuständigkeit* anderer Therapieansätze für bestimmte Situationen hervorzuheben. Sie machen deutlich, dass es Situationen bzw. Patienten gibt, in denen aus ihrer Sicht nicht VT, sondern ein anderer therapeutischer Ansatz zuständig und besser geeignet ist. Hier wird also die Auffassung vertreten, dass es nebeneinander verschiedene Ansätze gibt, von denen jeder seine besonderen Zuständigkeiten, aber auch Grenzen hat. Diese Strategie geht meist nicht mit einer eigenen Abgrenzung gegenüber VT einher, sondern eher mit einem sicheren Gefühl, die eigenen Zuständigkeiten als Verhaltenstherapeutin genau zu kennen und hinter diesen zu stehen, aber im Notfall auch abgeben zu können. K verdeutlicht dies folgendermaßen:

„Es wird auch ganz klar abgegrenzt, dass man sagt, Biographiearbeit ist nicht unser Part. Also wenn ich merke, dass jemand ganz schlimme oder ganz wichtige Themen hat in der Kindheit, wo ich dann denke, ja da bräuchte man schon so 10, 15 Stunden, dann denk ich, ist das nicht mein Part. Oder länger 20 Stunden. Wenn er da ran möchte, dann empfehle ich ihm einen Kollegen. Aus einer anderen Richtung“ (N:325-330).

Wie das Zitat verdeutlicht, geht die Strategie „Zuständigkeiten kennen und benennen“ mit der Empfehlung an Kollegen anderer Richtungen einher.

**QUELLENKENNTNIS HABEN:** Eine weitere Strategie der Grenzziehung besteht darin, dass sich die Therapeutinnen mit der Quelle therapeutischer Konzepte, Techniken und Werte beschäftigen, diese kennen und nennen können. Diese Ausbildungsteilnehmerinnen sind sich

vergleichsweise sicher in dieser Einschätzung und haben ein deutlich wahrnehmbares Bewusstsein dafür, aus welchem therapeutischen Ansatz z.B. eine bestimmte Technik oder ein bestimmtes Konzept kommt. Eine Auseinandersetzung mit den Quellen therapeutischer Konzepte und Methoden kennzeichnet in besonderer Weise die Therapeutinnen des Musters 1, während Therapeutinnen der anderen Muster hier in ihren Aussagen eher schwammig bleiben und oft gar nicht ganz genau wissen, woher ein bestimmtes Konzept oder eine Vorgehensweise stammt. Aber auch in Muster 3 läßt sich interessanterweise eine Therapeutin verorten, die im Verlaufe des Interviews sich immer wieder mit diesem Thema auseinandersetzt (Therapeutin B): „das sind eher so, ich glaube das kommt aus der Hypnotherapie, so Methoden wie die Affektbrücke oder erlebnisorientierte Methoden...“ (B: 449-450), „...zur Stabilisierung bei komplex Traumatisierten, bei hochneurotischen Patientinnen und Patienten. Ich meine, schon allein der Terminus ist ja gar nicht aus der VT“ (B: 331-332). Hier zeigt sich, dass nicht jede, die ein hohes Maß an Quellenkenntnis hat, zu Muster 1 gehört. Umgekehrt weist aber jede Therapeutin aus Muster 1 eine hohe Ausprägung bezüglich der Quellenkenntnis auf. Damit wird deutlich, dass letztlich jedes Muster durch ein *Bündel von Eigenschaften* charakterisiert werden kann. Nur wenn dieses Gesamtbündel vorliegt, ist Muster 1 erfüllt. Es können vereinzelt aber auch dieselben Strategien bei Therapeutinnen anderer Muster angetroffen werden (Beispiel B). Bei ihnen sind dann aber die anderen Merkmale nicht erfüllt.

**KLASSISCHE VT ALS „STANDARD-VT“ DEFINIEREN:** Eine indirekte Strategie der Grenzziehung erschließt sich zuletzt, wenn man beobachtet, wie die Therapeutinnen des Musters 1 den Begriff „klassische“ VT verstehen und verwenden. Dieser wird hier anders als bei den anderen Mustern nicht negativ gebraucht im Sinne von „veraltet“ und „überholt“ (siehe Kapitel 9.4.2). Die Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* verwenden den Begriff „klassische VT“ nicht als Synonym für „veraltete VT“, sondern eher neutral im Sinne eines „Standard-VT-Vorgehens“. Dazu ein Beispiel: „...die reine Theorie-Ausbildung vom Wochenende her die klassische, klassische Geschichten“ (N: 484-485) oder „klassische Verhaltenstherapie ist halt, Beispiel, Paniktherapie nach Markgraf und Schneider, halt Exposition und Kognitives und so, also das ist, klassische Verhaltenstherapie ist für mich schon kognitive Verhaltenstherapie, so“ (Q: 117-120). Interessanterweise wird der Begriff von den Interviewpartnerinnen oft dann eingesetzt, wenn sie kennzeichnen möchten, dass etwas vom verhaltenstherapeutischen Verständnis oder Vorgehen abweicht: „Das ist jetzt nicht klassisch verhaltenstherapeutisch“

(K: 118-119) oder „Hätte ich da klassisch VT weiter gemacht...“ (N: 587). Anders als bei der Grenzauflösung wird hier jedoch keine negative, abgrenzende Haltung gegenüber klassischer VT eingenommen. Die Therapeutinnen dieses Musters vertreten im Vergleich zu den anderen VT-Therapeutinnen ganz selbstverständlich ein „traditionelles Konzept“ von VT, das dem entspricht, was in Kapitel 4.1 als „Zweite Welle“ der Verhaltenstherapie vorgestellt wurde. Aus ihrer Sicht können zwar Techniken und Konzepte anderer Richtungen im Rahmen von verhaltenstherapeutischen Therapien hin und wieder angewendet werden, diese werden aber meist nicht als Teil von VT angesehen. Anders als bei anderen Mustern nehmen diese Ausbildungsteilnehmerinnen kaum Übersetzungen von Konzepten und Techniken aus anderen Ansätzen in VT Sprache vor (siehe hierzu Muster 2 und 3). Auch findet sich hier nicht so häufig ein „Abspecken“ anderer Richtungen (im Sinne von „Systemische Therapie heißt, dass man den Kontext berücksichtigt“ oder „Gesprächstherapie heißt empathisch sein“). Dieses kommt zwar hin und wieder vor, aber vor allem dann, wenn die Interviewpartnerinnen direkt gefragt werden, inwieweit andere Konzepte und Methoden in ihre eigene praktische Arbeit einfließen.

Nachdem nun die typischen Strategien der Grenzziehung der Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* skizziert worden sind, wird im nächsten Abschnitt die Wechselwirkung dieser Strategien mit Erfahrungen während der Ausbildung sowie dem therapeutischen Selbstverständnis beschrieben.

### ***Ineinandergreifen von Erfahrungen, Strategien & therapeutischem Selbstverständnis***

Bisher wurden Erfahrungen, Strategien und die Auswirkungen auf das therapeutische Selbstverständnis getrennt voneinander vorgestellt. Dieses diente der analytischen Klarheit. Gleichzeitig wird in den Daten jedoch auch deutlich, dass ein kontinuierliches Ineinandergreifen stattfindet zwischen dem, was die Therapeutinnen vor und während ihrer Ausbildung an Erfahrungen sammeln, ihrem psychotherapeutischen Selbstverständnis und Handeln sowie den innerpsychischen Strategien der Abgrenzung und Grenzziehung. Diese Wechselbeziehung kann (in prototypischer Form!) folgendermaßen veranschaulicht werden.

Indem beispielsweise die Therapeutinnen eher klassisch verhaltenstheoretische Dozenten erleben (Erfahrung während der Ausbildung), wird ihre Selbstbild als Verhaltenstherapeutin gestärkt (therapeutisches Selbstverständnis). In der Folge betonen sie gegenüber sich und

anderen eher die Stärken von VT, verwenden im Gespräch zunehmend VT-orientiertes Vokabular und beziehen sich in ihrer praktischen Arbeit immer stärker auf verhaltenstherapeutische Konzepte und Techniken (Strategien). Führt dies zu Erfolgserlebnissen, stärkt dies den Glauben an Verhaltenstherapie (Selbstverständnis). Kommt nun noch eine positive VT Einzelselbsterfahrung (die sie beispielsweise aktiv aufsuchen, um das verhaltenstherapeutische Vorgehen in der Patientenrolle kennenzulernen) oder eine VT freundliche Berufserfahrung hinzu (Erfahrungen während der Ausbildung), so kann dies zu einem immer stärkeren Gefühl der Verbundenheit mit VT und einer immer positiveren Auffassung gegenüber einem klassischen oder traditionellen Konzept von VT beitragen (therapeutisches Selbstverständnis). Wird den Therapeutinnen aber gleichzeitig vermittelt, dass andere Therapieansätze gleichwertig sind, und erleben sie dies auch in gemeinsamen Seminaren oder anderen Kontexten (Erfahrungen während der Ausbildung), so erklärt dies, warum Kritik an anderen Richtungen zwar geübt wird, aber nicht grundsätzlich ausfällt, und warum die Stärken anderer Richtungen genannt werden (Strategien). Da aber gleichzeitig meist eine sehr intensive Auseinandersetzung mit anderen Richtungen ausbleibt bzw. eher ambivalente bzw. negative Erfahrungen z.B. in einer tiefenpsychologisch orientierten Klinik hinzukommen (Erfahrungen während der Ausbildung), fällt die Betonung von Stärken anderer Richtungen etwas verhaltener und weniger enthusiastisch aus als bezüglich VT (Strategie). Ggf. bemerken die Therapeutinnen im Austausch mit Kollegen anderer Richtungen (Erfahrungen während der Ausbildung) die Unterschiede in theoretischen Annahmen und im Vorgehen, so dass sie in der Folge stärker auf Unterschiede achten und diese deutlicher in den Vordergrund stellen (Strategie). Dieses deckt sich mit der von ihnen wahrgenommenen Haltung ihres Ausbildungsinstituts.

Auch wenn dieser etwas überspitzt dargestellte Ablauf bei keiner Therapeutin in dieser Form genau so vorkommt, so hilft er doch, das Intereinandergreifen etwas plastischer zu veranschaulichen.

### ***Zusammenfassende Zwischenbilanz***

Was wissen wir also bisher über Therapeutinnen in Ausbildung, die dem Muster *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* angehören?

Im Vorfeld der VT Ausbildung (*vorauslaufende Bedingungen*) studieren die Vertreterinnen dieses Musters prototypischerweise in einem naturwissenschaftlich orientierten Psychologie-Studiengang, in dem Verhaltenstherapie dominiert. Wenn eine eigene Therapie vor Ausbildungsbeginn gemacht wird, ist dies eine gute Verhaltenstherapie oder eine

durchschnittliche tiefenpsychologisch orientierte Therapie. Es liegen bereits Berufserfahrungen in einem verhaltenstherapie-freundlichen Berufskontext vor, z.B. im ABO Bereich. Daher bringen diese Therapeutinnen bereits eine Vertrautheit und Offenheit für verhaltenstherapeutische Konzepte mit. Mit anderen Therapierichtungen werden vor Ausbildungsbeginn eher oberflächliche Erfahrungen gemacht; findet eine etwas vertieftere Auseinandersetzung statt, so wird diese insgesamt als ambivalent und nicht durchgehend positiv erlebt.

Die *Entscheidung für die Verhaltenstherapie-Ausbildung* erfolgt dann relativ eindeutig. Sie erfolgt aus Überzeugung und nicht vorrangig aus pragmatischen Gründen. Auch die Wahl des Ausbildungsinstitutes ist nicht dem Zufall überlassen, sondern erfolgt (mehr oder weniger) bewusst und meist aus inhaltlichen Gründen. Die Interviewpartnerinnen informieren sich über die Institute und wählen ein Ausbildungsinstitut, dem sie Wissenschaftlichkeit, einen guten Ruf, aber vereinzelt auch ein integratives Ausbildungskonzept zuschreiben.

Während der Ausbildung (*intervenierende Bedingungen*) erleben sie eher klassisch orientierte Dozenten und Supervisoren, machen prototypischerweise eine verhaltenstherapeutische Einzelselbsterfahrung, die ihnen gut gefällt. In ihren eigenen ambulanten Therapien machen sie gute Erfahrungen mit verhaltenstherapeutischen Konzepten und Techniken. Ggf. machen sie neben der Ausbildung weiterhin VT-freundliche Berufserfahrungen oder negative Erfahrungen in einer tiefenpsychologisch orientierten Klinik. Der Austausch mit Kolleginnen anderer Therapieansätze kann entweder das Interesse an weiterem Austausch und Auseinandersetzung anregen oder eine noch stärkere Hinwendung zu VT bewirken, je nachdem wie produktiv der Austausch verläuft.

Diese Erfahrungen haben zur Folge (*Konsequenzen*), dass die Therapeutinnen sich selbst zur Gruppe der Verhaltenstherapeutinnen dazuzählen, von „wir Verhaltenstherapeuten“ sprechen und sich selbst nicht als Vertreterin einer anderen Therapierichtung (bzw. eines integrativen Modells) sehen. Im Interview verwenden sie hauptsächlich VT-Sprache. Begriffe aus anderen Therapieansätzen werden auf Nachfrage genannt. In der therapeutischen Arbeit überwiegen verhaltenstherapeutische Konzepte und Techniken. Dieses ist begleitet von einem festen Glauben an die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie. Gleichzeitig vertreten diese Verhaltenstherapeutinnen aber auch die Auffassung, dass verschiedene Therapieansätze wirksam sind, glauben also auch an die Wirksamkeit anderer Ansätze.

Die *Strategien*, mit denen die Therapeutinnen dieses Musters zu ihrem Selbstverständnis als Verhaltenstherapeutinnen aktiv selbst beitragen, lassen sich folgendermaßen beschreiben: Zur Annäherung an VT und Abgrenzung von anderen Richtungen betonen sie die Stärken von VT, üben nur partiell Kritik an VT und halten trotz Kritik an ihr fest. Stärken von anderen Therapieansätzen nennen sie, aber eher auf Nachfrage denn von allein. Kritik an anderen Richtungen üben sie aber auch nur partiell aus. Sie betonen die Unterschiede von Verhaltenstherapie und anderen Ansätzen und benennen Inkompatibilitäten zwischen verschiedenen „Schulen“. Sie definieren „klassische VT“ als positiv und nicht als etwas Veraltetes. Sie nennen Kompetenzen und Zuständigkeiten anderer Therapieansätze und beschäftigen sich mit den Quellen therapeutischer Konzepte und Techniken. Ein weiterer aktiver Beitrag zur Festigung ihres therapeutischen Selbstverständnisses besteht im aktiven Aufsuchen entsprechenden Kontexte und Erfahrungen. Die therapeutische Selbst(er)findung durch konstruierendes Jonglieren wird für die Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* in Abbildung 11 zusammenfassend dargestellt.

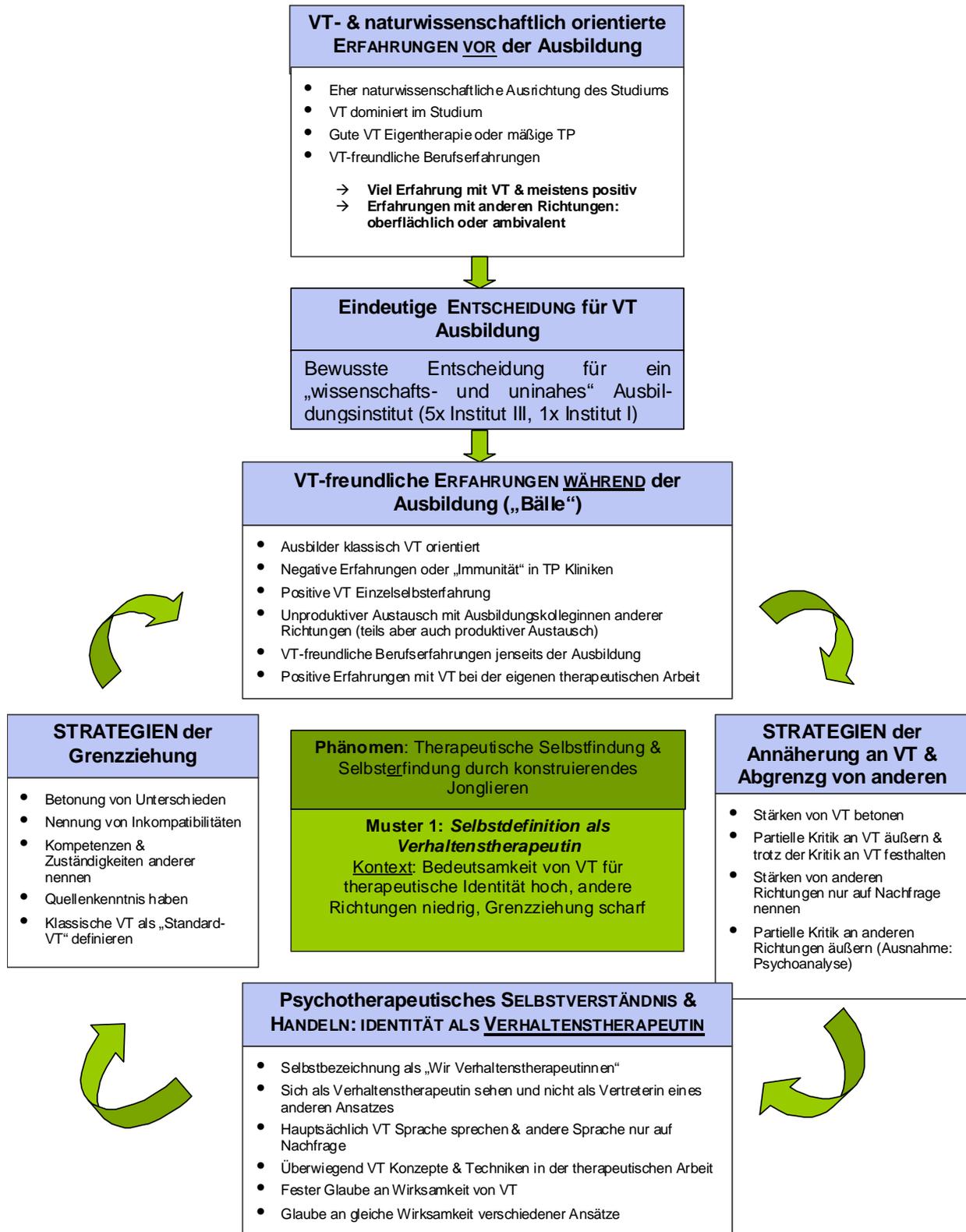


Abbildung 11: Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin (Muster 1)

#### **9.4.2. Selbstdefinition als Psychotherapeutin (Muster 2)**

Das Muster *Selbstdefinition als Psychotherapeutin* ist dadurch gekennzeichnet, dass diese Therapeutinnen in Ausbildung (Interviewpartnerinnen BDHLMST) erstens vergleichsweise wenig von Verhaltenstherapie überzeugt sind und zweitens andere Therapieansätze für ihr therapeutisches Selbstverständnis und Handeln eine identitätsstiftende Rolle spielen. Die Ausbildungsteilnehmerinnen dieses Musters definieren und fühlen sich im Vergleich zu den Interviewpartnerinnen, die anderen Mustern zugeordnet wurden, viel weniger als Verhaltenstherapeutinnen, bezeichnen sich nicht ganz so selbstverständlich als solche, ohne dass sie dabei Bedenken oder das Bedürfnis hätten, die Situation etwas genauer zu erklären. Zusätzlich kennzeichnet sie, dass andere Richtungen für ihre therapeutische Identität eine besondere Bedeutung haben. Diese werden nicht nur respektierend zur Kenntnis genommen wie beim Muster *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin*, sondern es findet eine intensive Auseinandersetzung statt. Es wird deutlich, dass nicht Verhaltenstherapie, sondern etwas anderes diese Therapeutinnen in besonderer Weise charakterisiert. Interessant ist jedoch, dass dieses „andere“ sich bei den Therapeutinnen jeweils etwas unterschiedlich ausgestaltet. Bei einigen gewinnt man den Eindruck, dass hier eher eine „Tiefenpsychologin“ spricht. Andere argumentieren, denken und handeln wie eine „Psychologische Psychotherapeutin“. Dann wieder finden sich Aussagen einer „eklektischen Therapeutin“ oder ein Springen zwischen einer „Verhaltenstherapeutin“ und einer „Tiefenpsychologin“. Auch bezüglich der Grenzziehung zwischen VT und anderen Therapieansätzen unterscheiden sich die Therapeutinnen von Muster 1. Sie lösen die Grenzen zwischen Verhaltenstherapie und anderen Therapieansätzen stärker auf, sehen verschiedene Therapieansätze als stärker ineinander übergehend an. Dies bedeutet nicht, dass sich Strategien der Grenzziehung bei diesen Therapeutinnen gar nicht finden lassen. Allerdings finden sie sich deutlich seltener und deutlich weniger stark ausgeprägt als bei den *Verhaltenstherapeutinnen*. Die letzte Gemeinsamkeit ist, dass alle Therapeutinnen, die dem Muster *Selbstdefinition als Psychotherapeutin* zugeordnet wurden, intensive (Vor-)Erfahrungen mit anderen Therapierichtungen aufweisen.

Zusammenfassend lassen sich die Gemeinsamkeiten der Therapeutinnen folgendermaßen charakterisieren: a) hohe Bedeutsamkeit anderer Ansätze für ihre therapeutische Identität, b) untergeordnete Rolle von Verhaltenstherapie für das therapeutische Handeln / Sein, c) eine im Vergleich zu Muster 1 stärkere Auflösung von Grenzen zwischen VT und anderen Richtungen, d) eine vergleichsweise intensive Auseinandersetzung mit anderen Ansätzen.

### ***Erfahrungen vor der VT-Ausbildung: VT-fern und eher sozialwissenschaftlich orientiert***

Welche Erfahrungen und Voraussetzungen bringen die Ausbildungsteilnehmerinnen vor Beginn der Ausbildung mit, die zu dieser Ausprägung des konstruierenden Jonglierens mit dem Ziel der therapeutischen Selbst(er)findung) beitragen? Im Folgenden werden die Faktoren skizziert, die sich – in Anlehnung an die „*vorauslaufenden Bedingungen*“ der grounded theory – im Vorfeld bei Therapeutinnen finden lassen, die dem Muster *Selbstdefinition als Psychotherapeutin* zugeordnet wurden.

**EHER SOZIALWISSENSCHAFTLICHE AUSRICHTUNG DES PSYCHOLOGIESTUDIUMS:** Die Ausrichtung des Psychologiestudiums ist bei diesen Ausbildungsteilnehmerinnen weniger einheitlich als im Muster 1: H, L und S studieren ausschließlich oder größtenteils in einem ausgesprochen sozialwissenschaftlich ausgerichteten Psychologiestudiengang, und es wird deutlich, dass dieses für ihre Haltung als Therapeutin sehr bedeutsam gewesen ist: „Ja ich glaube, dass es wichtig ist, was für ein philosophisches oder weltbildliches Konzept man selber hat. ... [Das hat einen] Einfluss darauf, wie ich Psychotherapie als Fach sehe und wie ich mich selber auch als Therapeut mit Kli-, also an Klienten Arbeitender verstehe. Und da fand ich für mich so aus dem Studium schon so diese Auseinandersetzung mit kritischer und postmoderner Theorie sehr, sehr wichtig“ (H: 691-699). Bei D und T spielt die Ausrichtung des Psychologiestudiums keine besondere Rolle. Nur B und M studieren explizit in einem naturwissenschaftlich ausgerichteten Psychologiestudiengang, B distanziert sich davon aber deutlich, M jedoch nicht.

**PSYCHOTHERAPIERELEVANTE ERFAHRUNGEN IM STUDIUM: VT AM RANDE ODER KRITISIERT:** Was die schulenspezifische Ausrichtung des Psychologiestudiums angeht, so berichten die Ausbildungsteilnehmerinnen dieses Musters davon, dass sie sich an ihrer Universität – sowie auch im Praktikum – sehr mit anderen Therapierichtungen beschäftigt und auseinandergesetzt haben. Beispielsweise ist der Studiengang bei D systemisch oder bei T tiefenpsychologisch ausgerichtet und bildet daher auch den Schwerpunkt des Studiums. Überwiegend führen diese Erfahrungen dazu, dass die späteren Therapeutinnen von diesen Therapieansätzen geprägt und überzeugt sind, wenn auch vereinzelt kritische oder ambivalente Anmerkungen geäußert werden. Demgegenüber spielt VT bei sechs von sieben Therapeutinnen im Studium eher eine untergeordnete Rolle. Die Therapeutinnen berichten, dass VT ein Schattendasein führte und nicht vertieft wahrgenommen (z.B. L, T) oder kritisch

gesehen wurde und nicht überzeugen konnte (B, D, H, S). Sehr vereinzelt werden positive Erfahrungen berichtet. Eine Ausnahme stellt höchstens M dar, der sehr positiv über einen verhaltenstherapeutisch orientierten Professor berichtet und sich vom gesprächstherapeutischen Ansatz als zu eng, zu einfach und zu nebulös abgrenzt. Daneben berichtet er von einem Hypnotherapeuten, den er als befremdlich aber doch überzeugend erlebte. M ist auch derjenige, der sich aufgrund seines wissenschaftlichen Hintergrundes am klarsten für VT entscheidet und erst durch sein tiefenpsychologisch orientiertes Klinikjahr in das Muster 2 hineinwächst. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im Studium die intensive und zumeist positive Auseinandersetzung mit anderen Richtungen überwiegt, während mit VT insgesamt wenig oder kritische Erfahrungen berichtet werden.

**EIGENTHERAPIE VOR DER AUSBILDUNG – GUTE ERFAHRUNGEN MIT TP ODER SYSTEMISCHER THERAPIE:** Eine eigene Therapie vor Ausbildungsbeginn wird von vier Therapeutinnen von sich aus thematisiert: Diese Therapie war durchweg nicht verhaltenstherapeutisch orientiert, sondern tiefenpsychologisch / körpertherapeutisch oder systemisch. Alle werten diese Erfahrung als angenehm und bereichernd.

**BERUFSERFAHRUNG IM PSYCHOSOZIALEN BEREICH VOR DER AUSBILDUNG:** Die Berufserfahrungen der Therapeutinnen bewegen sich mehrheitlich im psychosozialen Bereich, wenn auch die Gemeinsamkeiten nicht ganz so deutlich sind wie beim Muster *Sich als VTlerin respektierend von anderen Richtungen abgrenzen*. Die Klientinnen bringen bis auf D (10 Jahre in der Filmproduktion tätig) Berufserfahrungen im klinisch psychologischen Bereich mit. Sie arbeiteten beispielsweise als Einzelfallhelferin (L, S), in einer Tagesstätte für psychisch Kranke und einer Hautklinik (B), als Krankenpfleger und als Mitarbeiter in der Schwulenberatung und im Krisendienst (H). T arbeitet im forensisch psychiatrischen Bereich. Der einzige Interviewpartner, der deutlich verhaltenstherapeutisch orientierte berufliche Vorerfahrungen mitbringt und somit eher den Therapeutinnen des Musters 1 gleicht, ist M: Er arbeitete als Wissenschaftlicher Mitarbeiter an einem behavioristisch orientierten Institut für Klinische Psychologie. Zusammenfassend besteht die Hauptgemeinsamkeit der beruflichen Vorerfahrungen dieser Therapeutinnen darin, dass sie anders als in Muster 1, wesentlich weniger deutlich verhaltenstherapeutisch geprägt ausfallen.

### **ZUSAMMENGEFASST: Was bringen diese Ausbildungsteilnehmerinnen mit, bevor sie die Ausbildung beginnen?**

**WENIG ERFAHRUNG MIT VT – MEIST AMBIVALENT ODER NEGATIV:** Die Ausbildungsteilnehmerinnen dieses Musters bringen fast durchweg wenige Erfahrungen mit VT in die Ausbildung mit. Werden Erfahrungen mit VT gemacht, so werden diese entweder als kritisch oder zumindest ambivalent beurteilt. Positive und ansprechende Ausnahmen werden nur vereinzelt berichtet.

**VIEL ERFAHRUNG MIT ANDEREN RICHTUNGEN - UND MEISTENS POSITIV:** Die Ausbildungsteilnehmerinnen dieses Musters bringen fast durchweg positive und zumeist intensive Vorerfahrungen mit anderen Therapieansätzen in die Ausbildung mit. Diese speisen sich hauptsächlich aus Erfahrungen im Psychologie-Studium, in der andere Richtungen im Gegensatz zu VT stark vertreten sind und das tendenziell sozialwissenschaftlich ausgerichtet ist. Hinzu kommen bereichernde Eigentherapieerfahrungen mit TP oder systemischer Therapie sowie eher psychosozial ausgerichtete Berufserfahrungen vor Ausbildungsbeginn.

### ***Notgedrungene oder pragmatische Entscheidung für VT-Ausbildung***

Die bisher skizzierten Erfahrungen münden beim Muster *Selbstdefinition als Psychotherapeutin* in eine wenig eindeutige Entscheidung für VT. Zwei Therapeutinnen wollten eigentlich eine tiefenpsychologische Ausbildung machen (H, S), finden dort aber keinen Ausbildungsplatz: „Ich hatte mich aber eigentlich schwerpunktmäßig [für] Tiefenpsychologie hier beworben, und dann war aber voll“ (S: 132-133). Interessant ist dies im Kontrast zu Interviewpartner E aus Muster 3, der ebenfalls keinen Platz in einer TP-Ausbildung bekommen hatte, letztlich dann aber zum heutigen Zeitpunkt doch Muster 3 und nicht 2 zuzuordnen ist. Die anderen Therapeutinnen aus Muster 2 entscheiden sich für VT zwar etwas weniger gezwungenermaßen, aber auch sie setzen sich ernsthaft mit der Möglichkeit einer Ausbildung in einer anderen Therapierichtung auseinander, bevor sie dann aber – teils aus inhaltlichen, teils aus pragmatischen Gesichtspunkten – doch die VT-Ausbildung wählen: „Meine Idee von Psychotherapie [ist] schon eher eine tiefenpsychologische..., [aber ich] hab geguckt, was wird dann eigentlich mehr gesucht, wie ist denn der Markt?“ (T: 60-64) oder: „Ich hab lange überlegt und war mir da überhaupt nicht sicher...[aber dann hab ich gemerkt, ich] bin schon jemand, der gerne auch was macht und Anleitungen gibt und ein bisschen eingreift... Und der zweite Grund, ... weil [VT] auch eben

noch relativ ... offen ist.... wo man noch andere Sachen gut mit unterbringen kann“ (L: 48-51). Nur M gibt an, dass eine andere Ausbildung für ihn damals nicht in Frage gekommen sei, auf Empfehlung seiner Kollegen an einem behavioristisch orientierten Institut habe er sich für die VT Ausbildung entschieden: „... was analytisches [machen, die Frage] ... ist eigentlich erst später gekommen, mit der Erfahrung... in der Klinik“ (M: 94-95).

**HETEROGENE GRÜNDE FÜR DIE WAHL DES AUSBILDUNGSINSTITUTS:** Die Therapeutinnen, die dem Muster *Selbstdefinition als Psychotherapeutin* zugeordnet wurden, absolvieren ihre Ausbildung an drei verschiedenen Ausbildungsinstituten: B, D und H sind bei Institut I, L und M bei Institut III sowie S und T an Institut IV. Dieses ist ein interessanter Aspekt: Der Weg zur Selbstdefinition als Psychotherapeutin scheint hier demnach nicht vordergründig institutsgebunden zu sein. Die Entscheidung für das Ausbildungsinstitut fällt bei diesem Muster deutlich heterogener aus als beim Muster *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin*. Zwei Interviewpartnerinnen geben an, sich bewusst für ihr Institut entschieden zu haben, da es ihnen wichtig war an einem Institut zu sein, das einen „integrativen Ansatz“ vertritt (H, T): „Also mir war’s wichtig zu Institut I zu gehen, weil die eben ... nen sehr integrativen Ansatz haben (H: 84-88). Daneben gibt es aber auch Interviewpartner D, der von der inhaltlichen Ausrichtung des Instituts gar nichts wusste und nur zufällig dorthin gelangte. Bei den anderen Interviewten werden verschiedene Gründe genannt (Empfehlung durch Kollegen, zeitliche und finanzielle Aspekte, Kooperation mit der Universität).

### ***Integrationsfreundliche Erfahrungen während der VT-Ausbildung***

Welche Erfahrungen machen die Ausbildungsteilnehmerinnen während der Ausbildung, die den Prozess des konstruierenden Jonglierens prägen und die zu der für das Muster *Selbstdefinition als Psychotherapeutin* typischen Ausprägung der therapeutischen Selbst(er)findung beitragen? Welche „Bälle“ werden den Therapeutinnen zugeworfen, die sie in ihren Jonglierakt einbauen müssen? Im Folgenden werden die Faktoren skizziert, die – in Anlehnung an die „*intervenierenden Bedingungen*“ der grounded theory – die Entwicklung des Musters *Selbstdefinition als Psychotherapeutin* fördern.

**DIE PHILOSOPHIE DER AUSBILDUNGSINSTITUTE:** Das Ausbildungskonzept von Institut I, an dem drei von sieben Therapeutinnen des Musters 2 ihre Ausbildung machen, ist gekennzeichnet durch die Philosophie: „Integrativ arbeiten von Anfang an und dabei VT als strukturierenden Rahmen nutzen“ (siehe Kapitel 9.1); und Institut IV, an dem zwei

Therapeutinnen aus Muster 2 ihre Ausbildung absolvieren, vermittelt: „Verfahrensunabhängige Kernkompetenzen entwickeln und VT & TP verzahnen“. Durch diese Konzepte wird deutlich ein Selbstverständnis als Psychotherapeutin gefördert, bei dem integratives bzw. verfahrensunabhängiges Arbeiten im Vordergrund steht. Demgegenüber lädt das Ausbildungskonzept von Institut III („Verhaltenstherapie richtig lernen und dabei andere Ansätze respektierend zur Kenntnis nehmen“) nicht zum Muster *Selbstdefinition als Psychotherapeutin* ein. Dennoch können L und M interessanterweise diesem Muster am besten zugeordnet werden.

Was sind das nun aber genau für Bälle, die den Ausbildungsteilnehmerinnen des Musters *Selbstdefinition als Psychotherapeutin*“ im Verlaufe ihrer Ausbildung zugeworfen werden und mit denen sie umgehen müssen?

**AUSBILDER VERTRETEN BREITES SPEKTRUM AN ANSÄTZEN (INKLUSIVE VT):** Anders als bei Muster 1 werden die Dozenten von den Therapeutinnen dieses Musters nicht als „klassisch verhaltenstherapeutisch“ beschrieben. Vielmehr wird hervorgehoben, dass unter den Dozenten sowie Supervisoren die Vertreter der verschiedensten Richtungen zu finden seien (jeweils neben deren Ausbildung in Verhaltenstherapie). Dadurch hätten die Therapeutinnen die Möglichkeiten gehabt, verschiedenste Richtungen, Ansätze und Methoden kennenzulernen. Selbstverständlich ist hierbei auch Verhaltenstherapie vertreten. Ganz anders als bei den Therapeutinnen des Musters 1 stellt dies jedoch in den Erzählungen nicht den hauptsächlichen Fokus dar. Stellten dort andere Ansätze und Techniken eher Randphänomene dar, werden sie hier explizit hervorgehoben, oft als Bereicherung und Vorbilder. Ebenso selbstverständlich werden aber auch Verhaltenstherapeutinnen als Vorbilder genannt.

**ERFAHRUNGEN IN DER KLINIK WERDEN „INTEGRATIV“ INTERPRETIERT:** In der Klinik machen die *Psychotherapeutinnen* Erfahrungen mit verschiedenen Ansätzen (sowohl VT als auch andere Ansätze). Diese spielen jedoch im Vergleich zu Muster 1 eine etwas untergeordnete Rolle. Die Erfahrungen werden meistens als Stärkung und Fortführung des ohnehin eher „integrativen“ Ausbildungskonzeptes an Institut I (BDH) und IV (ST) verarbeitet. Bei den Interviewpartnerinnen M (und auch bei L), die an Institut III eine eher verfahrensorientierte Ausbildung absolvieren, kommt der Klinikerfahrung jedoch eine stärker prägende Wirkung zu. Dieses kann auch – neben anderen Faktoren – erklären, warum L und M dennoch am besten als Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Psychotherapeutin*

eingeorndet werden können, obwohl das Ausbildungskonzept ihres Institutes dieses nicht nahe legt.

**POSITIVE EINZELSELBSTERFAHRUNG IN ANDERER RICHTUNG:** Eine eigene Therapie während der Ausbildung wird von drei Therapeutinnen thematisiert, zwei davon sind tiefenpsychologisch orientiert, eine „bei einem Verhaltenstherapeut, der auch Analytiker ist“ (H: 132-133). Alle drei Erfahrungen werden als positiv beschrieben.

**MEIST PRODUKTIVER AUSTAUSCH MIT AUSBILDUNGSKOLLEGINNEN ANDERER RICHTUNGEN:** Der Austausch mit Ausbildungskolleginnen führt bei den vier Therapeutinnen, die dies thematisieren, zu einer weiteren Annäherung an andere Therapierichtungen. H beschreibt positive Erfahrungen mit Freunden, die gestalttherapeutisch ausgebildet sind, und L gibt an, tiefenpsychologische Kollegen und Freunde um Rat oder Anregungen zu bitten. B beschreibt bewundernd, wie ihre Kollegin mit einer Gesprächstherapieausbildung besser Beziehungen gestalten kann. Gleichzeitig erlebt sie Kolleginnen, die das „SORKC Modell sowie kognitive Schemata und Pläne vor und zurück“ (B: 397-398) praktizieren, als eingengt und langweilig. Nur bei S führen die gemeinsamen Seminare mit den tiefenpsychologischen Kollegen zu einer Abgrenzung von TP und der Förderung der eigenen verhaltenstherapeutischen Identifikation, wobei sie gleichzeitig angibt, im Austausch mit VT Kollegen aus anderen Instituten starke Zweifel zu spüren, ob sie „richtige VT“ mache. Drei Therapeutinnen thematisieren den Austausch mit Ausbildungskolleginnen nicht (D, M, T).

**BERUFSERFahrungen JENSEITS DER AUSBILDUNG:** Berufserfahrungen jenseits der Ausbildung spielen im Prozeß der therapeutischen Selbst(er)findung für diese Gruppe eine eher untergeordnete Rolle. Sie lassen keine Einheitlichkeit erkennen und sind für das therapeutische Selbstverständnis als Psychotherapeutin nicht ausschlaggebend. Einzige Ausnahme bildet hier Therapeutin L, die mehrere ambulante DBT Skillsgruppen anbietet. Dadurch wird die besondere Bedeutsamkeit einer buddhistischen Grundhaltung für ihr therapeutisches Selbstverständnis gestärkt.

**EHER SCHWIERIGKEITEN MIT VT BEI DER EIGENEN THERAPEUTISCHEN ARBEIT:** Die Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Psychotherapeutin* heben gute Erfahrungen mit Verhaltenstherapie bei ihrer eigenen therapeutischen Arbeit wenig und nicht explizit hervor. Wenn sie davon berichten, so beschreiben sie ihre Erfolge mit VT eher als

situationsspezifisch und nicht generell und relativieren diese meist sofort wieder. Es fällt auf, dass Erfolge überwiegend bezüglich des Bereichs Angststörungen beschrieben werden und sich nicht so sehr auf anderen Störungsbilder oder Problembereiche von Klienten beziehen: „Das hilft sehr gut, wenn man tatsächlich nur die Angstbehandlungen nimmt“ (B: 107-108). Zudem thematisieren sie deutlich häufiger als Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* von sich aus Probleme und Schwierigkeiten mit VT, ohne danach gefragt worden zu sein.

### ***Psychotherapeutisches Selbstverständnis und Handeln: Identität als Psychotherapeutin***

Welche Auswirkungen haben nun diese Erfahrungen auf das therapeutische Selbstverständnis und Handeln der Therapeutinnen dieses Musters? Die Aspekte, die im Kodierparadigma der grounded theory als „Konsequenzen“ erarbeitet worden sind, sollen im Folgenden näher beschrieben werden:

**SICH NICHT ALS VERHALTENSTHERAPEUTIN SEHEN UND DEFINIEREN:** Die Ausbildungsteilnehmerinnen dieses Musters definieren und fühlen sich im Vergleich zu den Interviewpartnerinnen aus Muster 1 auffallend wenig als Verhaltenstherapeutinnen. Sie bezeichnen sich selbst nicht als solche, ohne dass sie dabei Bedenken oder das Bedürfnis hätten, die Situation etwas genauer zu erklären. Interviewpartnerin S gibt beispielsweise an, froh zu sein, dass sie sich nicht mit VT identifizieren und sich festlegen muss. Auch B sagt: „Deswegen würde ich’s natürlich tunlichst vermeiden, mich als Verhaltenstherapeutin offiziell zu bezeichnen“ (B: 575-576). Insgesamt finden sich hier mehr Textstellen, in denen von „den Verhaltenstherapeuten“ gesprochen wird, so als handele es sich dabei um eine Gruppe von Therapeutinnen, zu denen man selbst nicht gehört.

**SICH ALS PSYCHOTHERAPEUTIN SEHEN:** Verhaltenstherapeutinnen sind sie nicht, das macht diese Gruppe von Therapeutinnen deutlich. Aber was sind sie stattdessen? Die Interviews zeigen: Für ihr psychotherapeutisches Selbstverständnis ist etwas anderes ausschlaggebend. Interessant ist jedoch, dass dieses „andere“ sich bei den Therapeutinnen jeweils etwas unterschiedlich ausgestaltet. Interviewpartnerin B stellt sich z.B. gern als „Psychotherapeutin“ vor: „Wenn ich das zum Beispiel erzähle bei Leuten, die sich nicht so auskennen, ... wenn man dann sagt „Ich bin Psychotherapeutin.“ oder „Ich arbeite als Psychotherapeutin.“ oder so, dann ist es okay“ (B: 569-572). Bei einigen gewinnt man den Eindruck, dass hier eher eine

„Tiefenpsychologin“ spricht. Dann wieder finden sich Aussagen einer „eklektischen Therapeutin“ oder ein Springen zwischen einer „Verhaltenstherapeutin“ und einer „Tiefenpsychologin“. Als zusammenfassender Begriff wurde daher „Selbstdefinition als Psychotherapeutin“ gewählt.

**HÄUFIG ANDERE SPRACHEN SPRECHEN UND VT SPRACHE EHER ALS EINE UNTER VIELEN:** In den Interviews verwenden diese Ausbildungsteilnehmerinnen häufig Begriffe aus anderen Therapierichtungen und nehmen im Vergleich zu den anderen Interviews mehr Bezug auf Konzepte aus anderen Therapierichtungen. Dieses geschieht häufig auch ohne Nachfrage, also in Interviewabschnitten, in denen nicht explizit nach anderen Therapierichtungen gefragt wurde, sondern beispielsweise wenn es um die Beschreibung von Patienten, von Therapiezielen, von Wirkmechanismen oder von bestimmten therapeutischen Vorgehensweisen geht. Ansonsten wird in diesem Muster natürlich auch verhaltenstherapeutisches Vokabular benutzt und verhaltenstherapeutische Konzepte und Vorstellungen zur Erklärung bestimmter Sachverhalte herangezogen – aber dieses steht nicht so klar im Vordergrund wie in Muster 1 oder auch noch Muster 3.

**ANDERE RICHTUNGEN IN DER THERAPEUTISCHEN ARBEIT HÄUFIG UND TEILS MEHR ALS VT** Die Therapeutinnen dieses Musters geben an, in ihrer eigenen therapeutischen Arbeit verhaltenstherapeutischen Konzepten zwar regelmäßig (L, S, M, T) oder gelegentlich (B, D, H) zu folgen und deren Techniken ab und zu anzuwenden. Mindestens genauso viel wird jedoch in der praktischen Arbeit mit Konzepten und Techniken aus anderen Ansätzen gearbeitet. Ein Interviewpartner geht sogar soweit zu sagen: „...dass ich wirklich auch phasenweise kaum Verhaltenstherapie im eigentlichen Sinne mit den Patienten mache“ (D: 312-313).

**INGESCHRÄNKTER GLAUBE AN WIRKSAMKEIT VON VT:** Bei den Ausbildungsteilnehmerinnen dieses Musters wird zwar ebenso wie in Muster 1 spürbar, dass sie an die Wirksamkeit von VT glauben. Diese Überzeugung wird aber deutlich seltener und weniger umfassend thematisiert. Es bestehen immer wieder Zweifel gegenüber der Wirksamkeit von VT. Der Glaube an die Wirksamkeit ist tendenziell eher auf einzelne Bereiche (wie z.B. die Therapie von Patienten mit Angststörungen) beschränkt. Es werden immer wieder Situationen berichtet, in der VT nicht wirksam war.

**GLAUBE AN GLEICHE WIRKSAMKEIT VERSCHIEDENER ANSÄTZE:** Weiterhin zeigt sich nur eine geringe Tendenz, die besondere Wirksamkeit von VT im Vergleich zu anderen Therapierichtungen im Sinne von: "VT ist die beste und immer die Methode der Wahl" hervorzuheben. Die Aussagen der Interviewpartnerinnen weisen eher darauf hin, dass diese von der gleichen Wirksamkeit verschiedener Therapieansätze ausgehen. Hier zeigt sich – anders als bei den meisten anderen Kategorien – eine Übereinstimmung mit dem Muster *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin*.

### ***Strategien der Annäherung an andere Richtungen und der Abgrenzung von VT***

Welche Strategien nutzen die Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Psychotherapeutin* beim konstruierenden Jonglieren? Wie führen sie diese Variante der therapeutischen Selbst(er)findung konkret aus? Im Folgenden werden zunächst die Strategien der Annäherung und Abgrenzung, dann die der Grenzauflösung skizziert.

**STÄRKEN VON ANDEREN RICHTUNGEN BETONEN:** Stärken von anderen Therapieansätzen nennen die Ausbildungsteilnehmerinnen viel und deutlich. Sie relativieren diese meistens nicht und schränken sie nicht ein. Häufig werden diese Stärken spontan genannt und nicht nur auf Nachfrage. Sie werden als situationsübergreifend beschrieben, manchmal jedoch auch auf einzelne Situationen beschränkt formuliert. Beispielsweise sagt T: „Ach so, was ich auch, - was ich in der letzten Zeit oft beeindruckend fand, ... in der methodischen Vielfalt, ... die zur Verfügung steht, aber auch in der Herangehensweise, der Denkweise, war die Bewegungstherapie“ (T: 494-497).

**NUR PARTIELLE KRITIK AN ANDEREN RICHTUNGEN ÄÜßERN (AUSNAHME PSYCHOANALYSE):** Die Vertreterinnen des Musters *Selbstdefinition als Psychotherapeutin* – üben – genauso wie die Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Verhaltenstherapie* – Kritik an anderen Richtungen nur partiell. D.h. Kritik wird nur auf Nachfrage und nicht spontan genannt. Sie wird eher praxisnah formuliert, betrifft Randbereiche, ist beschreibend und enthält keine Abwertungen. Die Kritik wird häufig relativiert und fast ausschließlich situativ formuliert. Dieses ist eine der wenigen Strategien, die bei den Therapeutinnen an beiden Endpolen des Kontinuums (Muster 1 und 2) sich sehr ähneln. Dies bedeutet nicht, dass die Therapeutinnen keine Kritik äußern würden, nur wird diese nicht spontan, allgemein und abwertend formuliert. Eine Ausnahme bildet jedoch bei fast allen Therapeutinnen die

Psychoanalyse (nicht Tiefenpsychologie!). Die Kritik bezüglich Psychoanalyse fällt deutlich schärfer aus. Sie ist wertender und wird allgemeiner formuliert. Gegenüber TP findet sich solche generelle Kritik nicht.

**STÄRKEN VON VT NUR AUF NACHFRAGE NENNEN:** Die Ausbildungsteilnehmerinnen erwähnen Stärken von VT tendenziell nur auf Nachfrage, sie werden selten spontan berichtet und eher kurz erwähnt denn ausführlich und engagiert geschildert. Sie relativieren diese meistens schnell wieder und schränken sie ein. Die Stärken werden eher abstrakt und auf einzelne Situationen beschränkt formuliert. Ein eindrucksvolles Beispiel dafür findet sich bei Interviewpartner H:

Weil ich glaub, man kann mit Strukturierung und sozusagen so diesen, diesen .. diesen zielorientierten VT-Interventionen jemanden sehr gut wieder zum Funktionieren bringen. Aber was eben auch vor zwei Wochen auf dem Kongress raus kam, war: O.k., wir sind die Besten in der Behandlung von Depressionen, ja. Also super Ergebnisse. Nur 50 bis 70 Prozent Rückfallquote. So n Pech aber auch. Also so, es ist so und so dieses .. dieses, dieser Stereotyp von. Na ja, Verhaltenstherapie ist Symptomverschiebung. Das stimmt da auch n Stück weit. (H: 315-321).

**GRUNDSÄTZLICHE KRITIK AN VT ÄÜßERN UND ABLASSEN VON VT:** Die Therapeutinnen üben Kritik an Verhaltenstherapie meist sehr grundsätzlich. Dies bedeutet, dass sie Kernbereiche der Verhaltenstherapie betrifft und meist wertend und nicht nur beschreibend formuliert wird. Kritik wird, nachdem sie geäußert wurde, nicht wieder relativiert und oft einfach so stehen gelassen. Beispielsweise sagt M: „[Was ich] schlimm finde an der VT, also wenn man mit Flip-Charts bewaffnet sich dem Patienten nähern muß, sozusagen, und damit so seinen Schutzschild hat. Das sind also auch Sachen, die ich natürlich auf der Seite ablehne oder wo es mir auffällt, da gibt's auch Auswüchse“ (M: 180-120) oder B: „Was ich auch schwierig finde, ist, dass Emotionen nicht so ne große Rolle spielen. Also Gefühle, es gibt zwar schon Emotionen, aber die spielen ne untergeordnete Rolle. Und dieses ganze Manualisierte find ich schon auch schwierig“ (B: 77-81). Kritikpunkte werden generell, d.h. nicht situationsbezogen formuliert und sind meist nicht praxisnah formuliert. Die Kritik wird zudem oft ohne Nachfrage und spontan genannt. (Eine Ausnahme bilden hier interessanterweise die Interviewpartnerinnen S und T. Diese üben anders als ihre Kollegen wenig Kritik an VT und erinnern in diesem Punkt eher an die Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin*.) Treten Probleme mit VT im Rahmen der praktischen therapeutischen Arbeit auf, so wenden sich diese Therapeutinnen sehr schnell von verhaltenstherapeutischen Konzepten und Techniken ab und orientieren sich anders. Bei

auftretenden Schwierigkeiten mit Verhaltenstherapie ist es ihnen kein Anliegen, Möglichkeiten und Wege zu finden, um an Verhaltenstherapie trotz der Kritikpunkte festzuhalten, im Gegenteil, in diesen Situationen ist es ihnen betont wichtig, von Verhaltenstherapie abzuweichen. (Interessanterweise verhalten sich S und T hier wieder so wie alle Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Psychotherapeutin* – bei Kritik halten sie nicht an VT fest.)

Neben den Strategien der Annäherung und Abgrenzung, durch die sich die Therapeutinnen gegenüber VT und anderen Richtungen positionieren, benutzen die Therapeutinnen einige weitere Strategien, die sich auf Grenzen zwischen VT und anderen Richtungen beziehen. Dieser Aspekt bezieht sich nun nicht mehr direkt auf die eigene Position gegenüber VT, sondern auf die Beziehung zwischen VT und anderen Richtungen. Anders als bei den Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* überwiegen hier Strategien der Grenzauflösung. Diese werden im Folgenden skizziert.

### ***Strategien der Grenzauflösung***

Die Gemeinsamkeit der Strategien der Grenzauflösung ist, dass – anders als bei den Strategien der Grenzziehung – nicht von Therapieansätzen als getrennten Einheiten ausgegangen wird. Die Ausbildungsteilnehmerinnen vertreten hier eher ein fließendes Konzept vom Verhältnis verschiedener Therapieansätze zueinander. Verschiedene Therapierichtungen gehen nach diesem Verständnis ineinander über. Die Strategien der Grenzauflösung lassen sich danach unterscheiden, ob die Therapeutinnen dabei am Konzept von Therapieschulen überhaupt noch festhalten und entsprechend dann eine sehr weite Definition von Verhaltenstherapie vertreten (BREITE DEFINITION VON VERHALTENSTHERAPIE) oder ob sie die Idee von verschiedenen nebeneinander existierenden Therapieansätzen grundsätzlich in Frage stellen und ganz aufgeben (AUFGABE VON PSYCHOTHERAPIEANSÄTZEN). Diese beiden Strategiegruppen wechseln sich in den Interviews ab. Einmal überwiegt bei einer Therapeutin die breite Definition von Verhaltenstherapie, ein anderes mal stellt sie das Konzept von Therapieschulen grundsätzlich in Frage.

#### **BREITE DEFINITION VON VERHALTENSTHERAPIE**

Bei dieser Gruppe von Strategien der Grenzaufhebung vertreten die Therapeutinnen in Ausbildung eine „breite“ Definition von Verhaltenstherapie. Techniken und Konzepte anderer

Ansätze werden als Teil von VT angesehen. Es entsteht eine Art Überordnungsverhältnis von Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie wird als Überbegriff, als übergeordneter Ansatz oder als Rahmenmodell gesehen, das neben „klassischen“ verhaltenstherapeutischen Konzepten und Techniken auch solche aus anderen Therapieansätzen umfasst.

**KLASSISCHE VT ALS „VERALTET“ DEFINIEREN:** Mit dieser Strategie wird die Tendenz der Therapeutinnen bezeichnet, erstens eine Reihe von verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen als „klassisch“ zu bezeichnen, diese zweitens als veraltet oder zu strikt zu charakterisieren und sich selbst drittens davon zu distanzieren oder abzugrenzen. Die in diesem Zusammenhang am häufigsten als „klassisch“ benannten Konzepte sind: Konditionierung, systematische Desensibilisierung, Konfrontationsmethoden. Dabei ist die Strategie der Abgrenzung von klassischer Verhaltenstherapie also mit einer Polarisierung verknüpft (siehe Kapitel 10.3.2), bei der die klassische Verhaltenstherapie leicht überzeichnet oder negativ dargestellt wird, um sich dann davon abzugrenzen. Dieses lässt sich an den Zitaten von B und H gut veranschaulichen: „Da haben wir so was über die ... systematische Desensibilisierung gelernt. Oder gleich ganz schnelle Konfrontationsmethoden bei Traumatisierung. Das finde ich eher schwierig. Da ist ja die moderne Verhaltenstherapie da auch nicht mehr so in dem Fokus, die haben ja auch was dazugelernt“ (B: 74-77) und H: „Also ich hätte nicht an Institut II gehen wollen, also weil die eben ja sehr klassisch-verhaltenstherapeutisch, also oder streng-verhaltenstherapeutisch- [sind]“ (H: 84-86). Die Abgrenzung wird erleichtert durch die Begriffe „schnelle“ Konfrontation bei Traumatisierung (impliziert ein zu schnelles Vorgehen) sowie „streng“ verhaltenstherapeutisch (impliziert zu streng). Interessant ist auch, dass „klassisch“ hier mit einer bestimmten Bedeutung – nämlich einer negativen – verbunden ist, die sich stark von der bei Muster 1 unterscheidet (siehe Kapitel 9.4.1). Außerdem wird deutlich, dass die Strategie oft – aber nicht immer – einhergeht mit der Strategie der HINWENDUNG ZU MODERNER VERHALTENSTHERAPIE.

#### **HINWENDUNG ZU MODERNER VERHALTENSTHERAPIE**

Diese Strategie beschreibt eine Art der Grenzauflösung, bei der die Therapeutinnen sich der sogenannten „modernen“ Verhaltenstherapie zuwenden. Darunter verstehen sie weitestgehend eine Form von Verhaltenstherapie, die in Kapitel 4.1 als „Dritte Welle“ der Verhaltenstherapie beschrieben worden ist (und die den Anspruch vertritt, sich mit Fragen und Themen zu befassen, die aus anderen Therapierichtungen stammen). Die Therapeutinnen in Ausbildung verwenden für diese Form von Verhaltenstherapie verschiedene Begriffe, wie

z.B. „erweiterte VT“, „breite VT“, „integrative VT“ oder am häufigsten „moderne“ VT. Sie beziehen sich dabei auch auf die verschiedensten Autoren und nennen als wichtiges Merkmal der modernen VT besonders häufig deren vergleichsweise starke Fokussierung auf Emotionen und Schemata. Interessant ist, dass ein Bezug zu „moderner VT“ sich auch bei den Therapeutinnen des Musters 1 findet, dort aber viel stärkere Verankerung im verhaltenstherapeutischen Denkmodell erkennbar ist.

**UMBENENNEN IN VT BEGRIFFE UND DENKMODELLE:** Eine weitere Strategie, die der „Integrierbarkeit“ in Verhaltenstherapie dient und die eine Grenzaufhebung fördern kann, ist das Umbenennen von Konzepten, Strategien und Vorgehensweisen aus anderen Therapieansätzen in verhaltenstherapeutische Begrifflichkeiten. B beschreibt dies folgendermaßen:

...Imaginative Methoden. Luise Reddemann oder andere Methoden [...]. Das kann man natürlich integrieren und nennt das dann Imaginieren, das hat ja auch einer, ein Verhaltenstherapeut auch so beschrieben, dass man das so in das Modell integrieren kann, aber das kommt ja nicht aus der Verhaltenstherapie. Das ist glaub ich Hypnotherapie oder ich weiß gar nicht genau. Oder, Luise Reddemann ist ja eigentlich auch Psychoanalytikerin. (B: 142-147).

Die Therapeutin weist darauf hin, dass dieses nicht ursprünglich aus der Verhaltenstherapie stammt. An diesem Zitat wird deutlich, dass die Ideen aus anderen Therapieansätzen nicht einfach nur in verhaltenstherapeutische *Begriffe* umbenannt werden. Häufig wird zusätzlich eine Transformation in das verhaltenstherapeutische Gedankengebäude vorgenommen: Da in der Verhaltenstherapie ein besonderer Fokus auf Methoden und Interventionen liegt, werden Ideen und Konzepte aus anderen Richtungen oftmals als Techniken, Strategien oder Interventionen aufgefasst.

**ABSPECKEN ANDERER RICHTUNGEN:** Bei dieser Form der Entgrenzung werden nicht-verhaltenstherapeutische Therapieansätze zunächst etwas vereinfacht definiert, so dass sie dann als Teil von Verhaltenstherapie aufgefasst werden können. Dabei wird bei der Definition des Therapieansatzes dieser auf einen einzelnen Teilaspekt reduziert, die Theorie wird nicht in ihrer Komplexität berücksichtigt, sondern vereinfacht dargestellt. Der systemische Therapieansatz wird beispielsweise definiert über die „Berücksichtigung der Einbindung des Menschen in sein System“ oder den „Einbezug von wichtigen Bezugspersonen in die Therapie“. Gesprächspsychotherapie wird definiert über die „drei Therapeutenvariablen Empathie, Wertschätzung und Echtheit“, die im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen

Settings als Interventionstechniken verwendet werden können: „Also ich find die GT-Variablen völlig wichtig, um sie in der VT zu realisieren. Aber ich glaube nicht, dass man deswegen gleich ne GT Ausbildung machen muss. Das halte ich einfach für übertrieben.“ (A: 528-531). Dieses Abspecken ist zu unterscheiden von Aussagen, in denen die Therapeutinnen explizit zum Ausdruck bringen, dass sie einen bestimmten Unteraspekt aus einem anderen Ansatz sehr interessant finden und versuchen, diesen ausgewählten Aspekt in ihre Arbeit als Verhaltenstherapeutin zu übernehmen:

Ja, also ich meine, wenn mir n Klient n Traum erzählt oder so was, ne .. geh ich auch drauf ein, ja. Und wir können also auch ich sag mal versuchen, den zu deuten oder was, dass es, es für den Klienten was bringt, ne. O.k., ich mein, ich kann jetzt nicht so toll deu-, deuten wie da n gewiefter Tiefenpsychologe, ja, aber ich finde, das ist n, n schönes Element, was mal zurückgreifen kann. (E: 452-457).

Beim Abspecken geht es dagegen um die Tendenz, den *ganzen* Therapieansatz über eine vereinfachte Auffassung zu definieren und als Teil von Verhaltenstherapie darzustellen. Interessant ist, dass sich das Abspecken auf alle Therapieansätze mit Ausnahme der Psychoanalyse bezieht. In keinem der Interviews versucht eine Therapeutin Psychoanalyse als Teil von Verhaltenstherapie darzustellen, wohingegen diese Strategie bei Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Systemischer Therapie, Körpertherapie usw. häufiger angewendet wird. Auch bezüglich Tiefenpsychologie findet sich diese Strategie manchmal, jedoch nicht hinsichtlich Psychoanalyse. Zudem findet sich bei allen Interviewpartnerinnen aller Muster die Tendenz, TP stärker von PA zu unterscheiden, wenn die Nähe von TP zu VT ausgedrückt werden soll, wohingegen TP und PA eher synonym verwendet werden, wenn beides von VT unterschieden werden soll. Neben den Strategien zur breiten Definition von Verhaltenstherapie finden sich eine Reihe weiterer Strategien der Grenzauflösung, die unter dem Begriff „Abwendung von Psychotherapieansätzen“ zusammengefasst wurden:

#### ABWENDUNG VON PSYCHOTHERAPIEANSÄTZEN

Bei dieser Gruppe von Strategien der Grenzaufhebung wird am Konzept von Verhaltenstherapie und anderen Therapieansätzen nicht mehr oder nicht konsequent festgehalten. Die Idee von verschiedenen nebeneinander existierenden Therapieansätzen wird eher grundsätzlich in Frage gestellt oder sogar aufgegeben. Verhaltenstherapie oder andere Therapieschulen stellen in diesem Verständnis keine sinnvolle Unterteilungskategorie dar.

**BETONUNG VON GEMEINSAMKEITEN:** Die Ausbildungsteilnehmerinnen heben häufig Gemeinsamkeiten und Ähnlichkeiten zwischen VT und anderen Therapieansätzen hervor. Unterschiede werden entweder nur selten benannt (D, S, T) oder sie halten sich mit den genannten Unterschieden die Waage (B, H, L, M). Bei dieser Strategie der Grenzziehung machen die Therapeutinnen – mal ganz explizit und mal ganz nebenbei – deutlich, dass es zwischen Verhaltenstherapie und anderen Therapieansätzen viel Ähnliches gibt: „das ist im Einzelfall wahrscheinlich schwer auseinander zu halten“ (D: 358-359).

**VERWEIS AUF KONZEPTGLEICHHEIT UND GLEICHES VORGEHEN BEI UNTERSCHIEDLICHEM VOKABULAR:** Hier machen die Therapeutinnen deutlich, dass verschiedene Therapieschulen zwar unterschiedliches Vokabular verwenden, dass aber aus ihrer Sicht letztendlich die Konzepte bzw. dahinter gleich oder zumindest sehr ähnlich sind. Die Therapeutinnen machen zudem klar, dass Therapeutinnen verschiedener Therapieansätze gleich oder ähnlich in ihren Therapien vorgehen: „Also wir haben Supervision gehabt mit ... Tiefenpsychologen ..., und wir machen das gleiche, wir nennen es nur anders. Also größtenteils. Gut, der macht jetzt keine Expositionen, ...aber [sonst] (I: 161-163). Oder: „Also wenn ich ne Stuhlarbeit oder ne „innere Team“-Arbeit mache... ein Tiefenpsychologe macht das unter Umständen natürlich auch“ (A: 356-358).

**ABWENDUNG VON THERAPIESCHULEN:** Eine weitere Strategie der Grenzauflösung ist die Abwendung von Therapieschulen. Hierbei betonen die Therapeutinnen die Notwendigkeit, das Konzept von verschiedenen Therapieschulen zu überwinden: „Ich find ja im Grunde diese ganze *Aufteilung* Unsinn. ... Also das mal irgendwann zu überwinden“ (A: 354-358). Oder: „...dass es eben irgendwann gar nicht mehr nen Tiefenpsychologen oder nen Verhaltenstherapeuten gibt, sondern nur noch nen Psychotherapeuten“ (D: 375-376).

**HINWENDUNG ZU EINER ALLGEMEINEN PSYCHOTHERAPIE:** Statt einer Orientierung an Therapieansätzen wenden sie die Therapeutinnen hier dann eher der Idee einer „allgemeinen“ Psychotherapie“ zu. Hier spiegelt sich das Konzept der „theoretischen Integration“ (siehe Kapitel 5.3) in den Aussagen der Ausbildungsteilnehmerinnen wider: „Und vielleicht gelingt es, das irgendwie auch ein bisschen zu systematisieren und vielleicht auch auf die Basis einfach eines Theoriegebildes, wie´s eben Grawe versucht, zu stellen“ (D: 372-374). Grawe wird hier insgesamt als sehr häufiges Beispiel genannt.

**NEHMEN WAS WIRKT:** Eine weitere Strategie lässt sich charakterisieren als „nehmen was wirkt“. Anders als bei der Hinwendung zu einer Allgemeinen Psychotherapie spielt in diesen Aussagen der theoretische Hintergrund keine entscheidende Rolle, vielmehr konzentrierten sich die Therapeutinnen darauf, was dem Patienten hilft, was eine Wirkung erzielt: „Letztendlich geht’s ja darum, was *wirkt*“ (A: 355).

**WENIG QUELLENKENNTNIS HABEN:** Neben den eben dargestellten Strategien „Breite Definition von Verhaltenstherapie“ sowie „Abwendung von Psychotherapieansätzen“ besteht ein weiteres Merkmal der *Psychotherapeutinnen* darin, dass sie sich im Vergleich zu den Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* weitaus weniger mit den Quellen therapeutischer Konzepte, Techniken und Werte beschäftigen. Ihre Einschätzungen sind hier oft unsicher und ihre Aussagen bleiben häufig schwammig. Oftmals wissen sie gar nicht ganz genau, woher ein bestimmtes Konzept oder eine Vorgehensweise stammt. Bei einigen (aber nicht allen) Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Psychotherapeutin* geht dies auch einher mit der Haltung, bei sich selbst wenig Aus- und Fortbildungsbedarf jenseits der jetzigen Ausbildung zu sehen. Sie vertreten die Auffassung, durch die jetzige Ausbildung andere Ansätze bzw. eine Allgemeine Psychotherapie schon in ausreichendem Maße gelernt zu haben und halten daher eine Ausbildung in einem anderen Therapieansatz für nicht notwendig.

### ***Zusammenfassende Zwischenbilanz***

Was wissen wir also bisher über Therapeutinnen in Ausbildung, die dem Muster *Selbstdefinition als Psychotherapeutin* angehören?

Im Vorfeld der VT Ausbildung (*vorauslaufende Bedingungen*) studieren die Vertreterinnen dieses Musters prototypischerweise in einem eher sozialwissenschaftlich orientierten Psychologie-Studiengang, in dem Verhaltenstherapie ein Schattendasein führt oder eher kritisch gesehen wird. Wenn eine eigene Therapie vor Ausbildungsbeginn gemacht wird, ist dies eine gute systemisch oder tiefenpsychologisch orientierte Therapie. Es liegen Berufserfahrungen in einem eher psychosozial orientierten Berufskontext vor, z.B. als Einzelfallhelferin. Daher bringen diese Therapeutinnen bereits eine Vertrautheit und Offenheit für andere therapeutische Konzepte als Verhaltenstherapie mit. Mit VT selbst werden vor Ausbildungsbeginn eher oberflächliche Erfahrungen gemacht; findet eine etwas vertiefte Auseinandersetzung statt, so wird diese insgesamt als ambivalent und nicht durchgehend positiv erlebt.

Die *Entscheidung für die Verhaltenstherapie-Ausbildung* erfolgt dann relativ pragmatisch, für einige sogar eher notgedrungen, da sie keinen Platz in einer TP-Ausbildung bekommen haben. Sie erfolgt meist nicht vorrangig aus Überzeugung, sondern aus pragmatischen Gründen. Die Wahl des Ausbildungsinstitutes erfolgt aus den unterschiedlichsten Gründen, nur bei einigen spielt eine bewusste Entscheidung für ein integratives Institut eine Rolle. Die Ausbildungsteilnehmerinnen, die diesem Muster zugeordnet werden, machen ihre Ausbildung an drei verschiedenen Ausbildungsinstituten: Institut I, III, IV. Es gibt also anders als beim Muster 1 keine klare Dominanz eines Ausbildungsinstituts.

Während der Ausbildung (*intervenierende Bedingungen*) erleben sie Ausbilder, die ein breites Spektrum an Ansätzen (inklusive Verhaltenstherapie) vertreten. Vor diesem Hintergrund interpretieren sie die Erfahrungen, die sie in ihrer Klinik machen, auch eher „integrativ“. Hinzu kommt prototypischerweise noch eine positive Einzelselbsterfahrung mit einem anderen Therapieansatz als Verhaltenstherapie. Der Austausch mit Kollegen anderer Richtungen wird meist als produktiv und befruchtend erlebt. In der eigenen therapeutischen Arbeit berichten die Therapeutinnen eher von Schwierigkeiten mit Verhaltenstherapie.

Die *Strategien*, mit denen die Therapeutinnen dieses Musters zu ihrem Selbstverständnis als Psychotherapeutinnen aktiv selbst beitragen, lassen sich folgendermaßen beschreiben: Sie betonen die Stärken anderer Richtungen und üben nur partiell Kritik an diesen. Stärken von VT nennen sie, aber eher auf Nachfrage und nicht von allein. Ihre Kritik an VT fällt sehr grundsätzlich aus und sie lassen dann in ihrer therapeutischen Arbeit auch relativ schnell von VT ab. Dieses Dilemma, sich in einer Ausbildung mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie zu befinden, sich aber der Verhaltenstherapie nicht so verbunden zu fühlen, lösen die Therapeutinnen auf verschiedene Art und Weise: Entweder wählen sie eine relativ breite Definition von Verhaltenstherapie, in der klassische Verhaltenstherapie zwar als veraltet bezeichnet wird, aber moderne oder integrative Verhaltenstherapie diese Probleme nicht mehr aufweist. Sie übersetzen Konzepte und Vorgehensweisen aus anderen Therapieansätzen in verhaltenstherapeutische Begriffe und Konzepte und „specken“ andere Therapieansätze „ab“. Oder sie geben die Idee von Therapieansätzen gänzlich auf, betonen die Unterschiede zwischen verschiedenen Therapieschulen und verweisen auf ein gleiches Vorgehen bzw. ähnliche Konzepte, die nur unterschiedlich benannt werden. Sie wenden sich einer Allgemeinen Psychotherapie zu oder vertreten die Auffassung, es sei am besten, all das zu nehmen, was wirkt.

Diese Strategien haben zur Folge (*Konsequenzen*), dass die Therapeutinnen sich selbst nicht vorrangig als Verhaltenstherapeutinnen sehen, sondern sich als etwas anderes definieren, z.B. als Psychotherapeutinnen oder ähnliches. Hin und wieder finden sich auch Definitionen als „moderne Verhaltenstherapeutin“, insbesondere dann, wenn Strategien einer breiten Definition von Verhaltenstherapie gewählt werden. Im Interview werden häufig Begriffe verwendet, die aus anderen Therapieansätzen stammen, VT-Sprache stellt eine unter vielen dar. In der therapeutischen Arbeit wird häufig auf Konzepte und Techniken aus anderen Therapieansätzen zurückgegriffen, teils sogar mehr als auf verhaltenstherapeutische. Dieses wird begleitet von einem nur eingeschränkten Glauben an die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie. Dabei wird teilweise die sogenannte „klassische“ Verhaltenstherapie als veraltet problematisiert, ihre Probleme aber als durch „moderne“ oder „integrative Verhaltenstherapie“ überwunden angesehen. Der Glaube an die Wirksamkeit verschiedener Therapieansätze ist deutlich spürbar.

Die therapeutische Selbst(er)findung durch konstruierendes Jonglieren wird für die Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Psychotherapeutin* in Abbildung 12 zusammenfassend dargestellt.

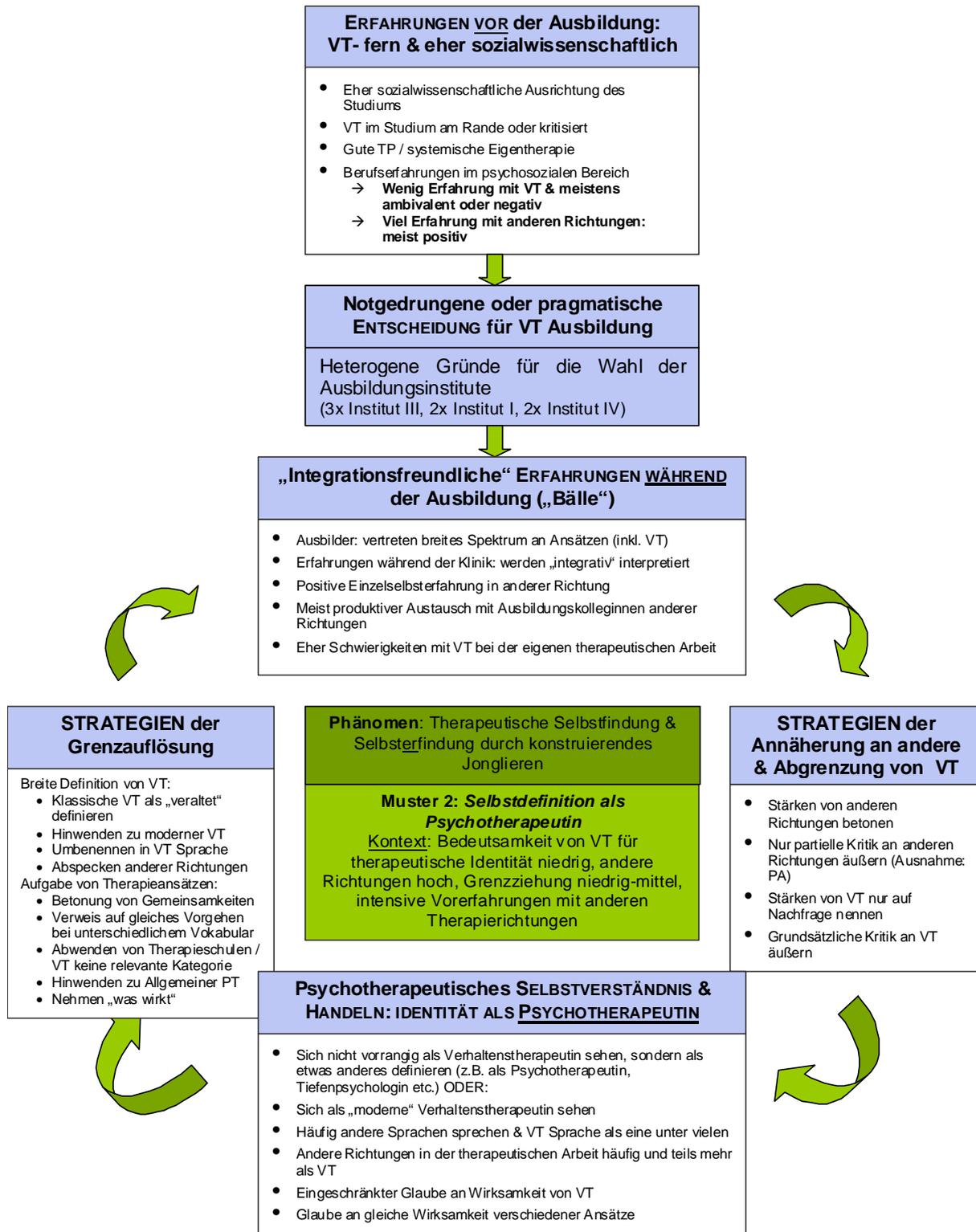


Abbildung 12: Selbstdefinition als Psychotherapeutin (Muster 2)

### **9.4.3. Selbstdefinition als Relative Verhaltenstherapeutin (Muster 3)**

In der Mitte des Kontinuums befindet sich nun noch eine letzte Gruppe von Therapeutinnen (ACEGIJR). Diese wurden zusammenfassend dem Muster *Selbstdefinition als Relative Verhaltenstherapeutin* zugeordnet. Diese Therapeutinnen weisen in allen drei Hauptdimensionen eine mittlere Ausprägung auf. Das Muster *Selbstdefinition als Relative Verhaltenstherapeutin* ist dadurch gekennzeichnet, dass diese Therapeutinnen in Ausbildung sich erstens mittelmäßig stark von Verhaltenstherapie abgrenzen – weniger als die Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Psychotherapeutin (Muster 2)*, aber deutlicher als die Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin (Muster 1)*. Ebenso spielen andere Therapieansätze für ihr therapeutisches Selbstverständnis und Handeln eine eher durchschnittliche Bedeutung – weniger als bei 2, aber stärker als bei 1. Auch die Grenzziehung zwischen VT und anderen Richtungen fällt hier eher in den Mittelbereich (etwas ähnlicher zu Muster 2 denn zu Muster 1). Die Therapeutinnen absolvieren ihre Ausbildung an Institut I (4x), an Institut II (2x) und an Institut IV (1x).

Wichtig ist zu betonen, dass die Therapeutinnen, die diesem Muster angehören, eine etwas heterogenere Gruppe darstellen als die Therapeutinnen der anderen beiden Muster. Der Einfachheit halber wurden diese aber nun als eine Gruppe zusammengefasst und auf eine ausführliche Beschreibung aller Kategorien, wie sie bei den Mustern *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* und *Selbstdefinition als Psychotherapeutin* vorgenommen wurde, verzichtet, da dieses nicht zu inhaltlich neuen Gesichtspunkte gegenüber den vorherigen Kapiteln führt. Stattdessen werden im Folgenden exemplarisch drei Vertreterinnen dieses Musters vorgestellt, um dem Leser einen Eindruck von diesem Muster zu vermitteln. Diese fallbezogene Darstellung bedeutet jedoch nicht, dass die Kategorien für diese Gruppe nicht ausgearbeitet wurden; lediglich für die Ergebnisdarstellung wird eine fallspezifische Darstellung gewählt, um die Besonderheiten des Musters zu veranschaulichen und gleichzeitig Redundanzen zu den Kapiteln 9.4.1 und 9.4.2 zu vermeiden.

Im Folgenden werden kurz Frau I, Frau J und Herr E als Vertreter von Muster 3 vorgestellt. Alle drei sind zum Zeitpunkt des Interviews mittelmäßig stark von VT überzeugt und grenzen sich mittelmäßig deutlich von anderen Richtungen ab, auch die Grenzziehung zwischen VT und anderen Ansätzen bewegt sich im Mittelfeld. Frau I weist eine etwas größere Nähe zu Muster 1 *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* auf, ist jedoch im Vergleich zu diesen Therapeutinnen weniger überzeugt von VT und weniger abgegrenzt von anderen Richtungen,

auch die Grenzziehung ist weniger ausgeprägt. Herr E. und Frau J weisen im Vergleich zu Frau I eine etwas größere Nähe zu Muster 2 *Selbstdefinition als Psychotherapeutin* auf, VT übernimmt bei ihnen aber eine viel stärker identitätsprägende Funktion als bei den Therapeutinnen des Musters 2. Auch die Grenzziehung ist bei ihnen stärker ausgeprägt.

**Frau I: „Na, ich persönlich fang nicht mit dem Turm an. Ich geh dann die halbe Treppe bei uns im Institut. Erst mal. Und dann hab ich auch schon vorher fünf bis sieben Stunden über Angst geredet.“**

Für Frau I war die Nähe der VT zur Naturwissenschaft ausschlaggebend für die Wahl einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung. Sie merke in ihren Therapien, dass sie sehr viel mit Verhaltenstherapie erreichen könne und diese auch zu ihrer Art passe: „Ich bin so: packen wir's an“ und „ich bin ein Mensch, der dann mit loszieht“. Gleichzeitig ist sie keine „knallharte Verhaltenstherapeutin“. Alles, was sie an VT nicht gut findet, mache sie auch nicht. Ihr ist es weiterhin egal, wer welche Konzepte formuliert hat und sie sieht eine Annäherung zur Tiefenpsychologie: „Wir machen das gleiche, wir nennen es nur anders“. Dieses kommt auch zum Ausdruck bei der Abgrenzung vom „typischen Verhaltenstherapeuten“, der einen Angstpatienten gleich hoch auf den Turm schickt: „Na, ich persönlich fang nicht mit dem Turm an. Ich geh dann die halbe Treppe bei uns im Institut. Erst mal. Und dann hab ich auch schon vorher fünf bis sieben Stunden über Angst geredet.“ Zuletzt ist für Frau I ein interdisziplinäres Arbeiten sehr wichtig: Sie schätzt die Körper-, Tanz- und Bewegungstherapie sowie die Musiktherapie, die sie als „parallele Verfahren“ zur VT bezeichnet und hat auch selbst Gebärdensprache gelernt und mit behinderten Menschen gearbeitet. Und zuletzt: „Wenns hilft, warum soll mans nicht nehmen. Ja, ist es nicht mein Ziel, dem Menschen zu helfen, anstatt mein Therapieverfahren stur durchzuziehen?“.

**Herr E: „So die innere Einstellung war erstmal: ‚Tiefenpsychologie ist gut und klasse‘. Wenn ich heute vergleiche zwischen Beginn der Ausbildung und heute bin ich ... zufriedener, Verhaltenstherapeut zu sein“**

Herr E hatte ursprünglich nicht Verhaltenstherapeut werden wollen, sondern sich für eine tiefenpsychologische Ausbildung beworben, bei der er nicht angenommen wurde. Dann entschied er sich statt einer analytischen Ausbildung (zu lang) für eine VT-Ausbildung. Mittlerweile ist er sehr zufrieden mit dieser Ausbildung und sieht sich als Verhaltenstherapeuten. Gleichzeitig „schlägt sein Herz“ auch immer noch für die Tiefenpsychologie, der er sich neben VT am stärksten verbunden fühlt. Auch die

Gesprächspsychotherapie interessiert ihn sehr. Seine Haltung gegenüber der Psychoanalyse ist jedoch mit Fortschreiten der Ausbildung immer kritischer geworden. Treten bei der praktischen Arbeit Schwierigkeiten mit VT auf, so schreibt er diese nie VT zu, sondern immer sich selbst („Ich hab eigentlich nie was Fehlerhaftes auf die Verhaltenstherapie, sondern eher dann immer auf mich zugeschrieben“). Herr E vertritt ein interessantes Phasenmodell der Behandlung, die er in drei Phasen einteilt: In der ersten Phase gelte es die Beziehung zu gestalten, was er als klassisches GT Vorhaben bezeichnet. Anschließend versuche die Therapeutin in einem tiefenpsychologischen Teil die Persönlichkeit und den internen Ablauf des Klienten zu verstehen, bevor sie dann im dritten und letzten Teil zur Veränderung – zur Verhaltenstherapie – komme.

**Frau J: „VT - heute merke ich ‚ich steh dahinter‘, es ist aber nicht ‚das einzig Seligmachende‘“**

Frau J entwickelte früh Interesse an Psychoanalyse, da sie durch ihren Vater mit Texten von Erich Fromm in Kontakt kam. Während des Psychologie-Studiums entscheidet sie sich jedoch zunehmend gegen diese Richtung und steht vor der Entscheidung zwischen einer Ausbildung in systemischer oder Verhaltenstherapie, die wegen der Kassenzulassung zugunsten von Verhaltenstherapie ausfällt. Während sie am Anfang noch etwas skeptisch war, ist sie nun sehr „glücklich“ und sehr identifiziert mit „VT, wie sie an unserem Institut gelehrt wird“. Dabei ist besonders die Schematherapie nach Young für sie sehr wichtig. Am Anfang hatte es „was Verschämtes“ zu sagen, dass sie Verhaltenstherapeutin ist, heute merkt sie, „ich steh dahinter“, es ist aber aus ihrer Sicht nicht „das einzig Seligmachende“. Grabenkämpfe zwischen den Richtungen, eine „Ausschließlichkeit ...im Sinne von: ich glaub hundertprozentig an die Verhaltenstherapie und deshalb hat die Analyse keine Berechtigung“ lehnt sie ab. Dennoch habe sie auch immer wieder Zweifel an anderen Richtungen, insbesondere der Psychoanalyse, gehabt, was sie auch in VT wieder bestärkt habe. Ihr ist es wichtig, einen Schwerpunkt zu haben, „wo man quasi zu Hause ist und aber gleichzeitig viel über die anderen weiß“. Die Beziehung zwischen Therapeutin und Klient bezeichnet sie als „Riesenfaktor“ und betont die Bedeutung einer humanistischen Grundhaltung.

## 9.5. Zusammenspiel von Instituts-Prägung und Eigenentwicklung

In den vorherigen Kapiteln wurde der Prozess der therapeutischen Selbst(er)findung mittels konstruierenden Jonglierens als Weg beschrieben, den alle interviewten Therapeutinnen in VT Ausbildung beschreiten. Außerdem wurde aufgezeigt, welche unterschiedlichen Formen dieser Prozess annehmen kann, indem drei Muster der therapeutischen Selbst(er)findung beschrieben wurden.

Es stellt sich nun als nächstes die Frage, welche Rolle das *Ausbildungsinstitut* auf dem Weg der therapeutischen Selbst(er)findung spielt, welchen Einfluss es auf das konstruierende Jonglieren ausübt. Das ist auch vor dem Hintergrund interessant, dass sich Ausbildungsinstitute mit der Frage auseinandersetzen müssen, was von dem, was sie „unterrichten“, am Ende bei ihren Ausbildungsteilnehmerinnen ankommt und inwieweit die Art von Therapeutinnen „herauskommen“, die das Ausbildungsinstitut mit Hilfe seines Ausbildungskonzepts oder seiner Ausbildungsphilosophie ausbilden will. Es geht also um die Frage, inwieweit das Ausbildungsinstitut prägt oder nicht prägt, inwieweit die Therapeutinnen am Ende dem entsprechen oder nicht entsprechen, was sich das Ausbildungsinstitut wünscht. Im Folgenden soll näher beschrieben werden, wie eine solche Einflussnahme aussehen kann und in welcher Form sie in den Interviews der vorliegenden Arbeit auftritt.

**Extremposition Prägung vs. Extremposition Eigenentwicklung:** Um den Einfluss des Instituts und seines Ausbildungskonzepts auf den Entwicklungsprozess von Verhaltenstherapeutinnen besser zu verstehen, ist es hilfreich, sich mögliche Extreme vor Augen zu führen. Ein denkbarer Extremfall wäre die 1:1 *Prägung* der Ausbildungstherapeutin durch das Institut. In diesem Falle würden sich die Haltungen und Überzeugungen sowie die Methoden und Vorgehensweisen, die das Institut vertritt und vermittelt, in 100%iger Übereinstimmung und Deckung bei den Therapeutinnen in Ausbildung wieder finden. Die Therapeutin wäre gewissermaßen ein Vorzeigeobjekt dieses Instituts (natürlich würden die Institute dieses nicht so empfinden, da eine Eigenentwicklung ja ausdrücklich erwünscht ist). An dieser Therapeutin könnte man genau ablesen, wie dieses Institut „tickt“, welche Philosophie es vertritt. Im Extremfall könnte man hier an eine tabula rasa denken oder an eine Lorenz'sche Graugans, die auf ein bestimmtes Objekt geprägt wird (hier: das Institut).

Als Gegenspieler zu der Prägung durch das Institut wurde bereits die *Eigenentwicklung* der Therapeutinnen erwähnt. Verhaltenstherapeutinnen in Ausbildung unterliegen eben nicht nur

passiv einer Prägung durch das Institut, sondern sie bringen auch eigene Vorerfahrungen, Voreinstellungen und Vorlieben in die Ausbildung mit und machen neue institutsunabhängige Erfahrungen während der Ausbildung, die sie dann auf ihre eigene Art und Weise verarbeiten. Um hier wieder den gegensätzlichen Extremfall zu beschreiben – das wäre eine Therapeutin, die völlig unberührt von den Einflüssen des Instituts ist und bleibt, gewissermaßen wie mit einem Schutzschild bewaffnet durch die Ausbildung zieht und alle Einflüsse des Instituts an sich abprallen lässt. Diese fiktive Therapeutin ginge vollständig ihren eigenen Weg und ließe überhaupt nicht erkennen, an welchem Institut sie ihre Ausbildung gemacht hat.

**Zusammenspiel von Instituts-Prägung und Eigenentwicklung:** Beide Extremfälle sind natürlich konstruiert, um zu pointieren und lassen sich in dieser Form nicht in den Interviews finden. In den Interviews findet sich durchweg ein „ZUSAMMENSPIEL VON INSTITUTSPRÄGUNG UND EIGENENTWICKLUNG“, wobei dieses Zusammenspiel bei verschiedenen Therapeutinnen unterschiedlich aussieht und unterschiedliche Gewichtungen annimmt. Einige Therapeutinnen werden sehr stark vom Institut geprägt, hier tritt die Institutsprägung gewissermaßen in den Vordergrund, während die Eigenentwicklung eher im Hintergrund bleibt, bei anderen Interviewpartnerinnen ist es genau umgekehrt, gemeinsam ist jedoch, dass beide Aspekte stets eine Rolle spielen. Oder um eine Anleihe in der Entwicklungspsychologie zu machen – die Entwicklung von Menschen erfolgt immer in einem Wechselspiel zwischen Anlage und Umwelt. Im Folgenden sollen diese verschiedenen Gewichtungen exemplarisch vorgestellt und beschrieben werden.

Fest steht, es gibt keine Eins-zu-Eins-Beziehung zwischen Ausbildungskonzept und therapeutischem Selbstverständnis der Ausbildungsteilnehmerinnen. Um dies an einem Beispiel zu verdeutlichen: In den Interviews findet sich eine Tendenz von Ausbildungsteilnehmerinnen des Instituts III, sich in ihrem therapeutischen Handeln und Sein stärker von anderen Therapieansätzen abzugrenzen als VT-Ausbildungskandidatinnen an anderen Instituten. Das bedeutet nun jedoch nicht, dass jeder, der bei Institut III seine Ausbildung macht, sich in seiner therapeutischen Identität von anderen Richtungen abgrenzt; und gleichzeitig hat nicht jede von-anderen-Richtungen-abgegrenzte Therapeutin ihre Ausbildung bei Institut III gemacht.

**Formen des Zusammenspiels von Prägung und Eigenanteil:** Das Zusammenspiel von Instituts-Prägung und Eigenanteil (=eigene Vorerfahrungen und –einstellungen der

Therapeutinnen) kann nun also verschiedene Formen annehmen. Institutsprägung und Eigenanteil können in eine ähnliche Richtung weisen und sich gegenseitig verstärken und unterstützen. Sie greifen dann geradezu nahtlos ineinander, so als wären sie füreinander gemacht. Institutseinflüsse und Eigenanteil können aber auch im Gegenteil wenig übereinstimmen, treffen zunächst einmal gegensätzlich aufeinander. Die Therapeutinnen durchlaufen dann entweder eine Richtungsänderung weg von ihrer ursprünglichen Entwicklung und werden in die Institutskultur und -philosophie reinsozialisiert, oder sie immunisieren sich gegen Einflüsse vom Institut und verfolgen weiter ihren eigenen ursprünglichen Weg, der dann nicht unbedingt mit der Institutspolitik übereinstimmen muss. Diese verschiedenen Möglichkeiten sollen nun kurz anhand von prototypischen Interviews illustriert werden:

***Übereinstimmung und Ineinandergreifen von Institutskonzept und Eigenentwicklung:*** Das therapeutische Selbstverständnis von Interviewpartnerin N stimmt mit dem Ausbildungskonzept von Institut III gut überein und wird durch dieses begünstigt: N ist in ihrem therapeutischen Selbstverständnis (also in dem, wie sie therapeutisch handelt und ist) von anderen Richtungen eher abgegrenzt und nimmt diese respektierend zur Kenntnis. Von VT ist sie stark überzeugt, diese spielt für eine psychotherapeutische Identität eine zentrale Rolle. Außerdem betont N Unterschiede zwischen verschiedenen Richtungen. Institut III vermittelt „Verhaltenstherapie richtig lernen und dabei andere Ansätze respektierend zur Kenntnis nehmen“. Hier zeigt sich klar ein Ineinandergreifen des Konzepts von Institut III und der Haltung von N. Die Entwicklung kann hier als eher kontinuierlich beschrieben werden. Interviewpartnerin N gibt an, dass sich ihre Identität als Verhaltenstherapeutin als ziemlich gerade Linie entwickelt hat. Sie ist schon zu Beginn der Ausbildung überzeugt von VT, da sie vorher viele Jahre als Verhaltenstrainerin gearbeitet hat. Aufgrund ihres Studiums habe sie sich bewusst für Institut III entschieden. Während der Ausbildung wird sie in ihrer bestehenden Überzeugung durch Institut III gestärkt.

***Reinsozialisiert werden bei Nicht-Übereinstimmung von Prägung und Eigenanteil:*** Interviewpartnerin G gibt an, zu Beginn ihrer Ausbildung ein absoluter Psychoanalyse-Gegner gewesen zu sein, außerdem habe sie die Auffassung vertreten: „VT ist das Beste!“ (G: 26). Sie weist also zu Beginn der Ausbildung maximale Werte einer Überlegenheitskonstruktion auf, ist maximal von anderen Richtungen abgegrenzt, sehr dicht an VT und unterscheidet deutlich zwischen verschiedenen Richtungen. Im Rahmen der Ausbildung bei

Institut I macht sie Erfahrungen, die mit ihren Voreinstellungen und –erfahrungen nicht übereinstimmen: Die Auseinandersetzung mit Aspekten anderer Therapierichtungen im Rahmen der Seminare und einer Arbeitsgruppe (Kolleginnen mit abgeschlossener systemischer und Gestalttherapieausbildung) führt zu einer Veränderung der Haltung gegenüber VT von „hardcore VT“ (G: 198) zu „etwas kritischer gegenüber VT“ (G: 200). Auch übernimmt sie zunehmend die Haltung bezüglich der Grenzen zwischen verschiedenen Therapieansätzen, diese werden im Verlaufe der Ausbildung immer fließender, was dem Ausbildungskonzept von Institut I entspricht. Die Sozialisation kann inhaltlich natürlich auch die entgegengesetzte Richtung annehmen, wie beispielsweise bei O, die zu Beginn der Ausbildung sehr von VT abgegrenzt ist, sich anderen Therapierichtungen nahe fühlt und sich extra ein integratives Ausbildungsinstitut sucht, dann aber im Verlaufe der Ausbildung an Institut III immer überzeugter von VT wird und sich immer stärker von anderen Richtungen abgrenzt.

***Immunisierung gegenüber nicht-übereinstimmenden Institutsinflüssen:*** Zuletzt fällt auf, dass es einige Interviewpartnerinnen gibt, die in ihrer therapeutischen Identität nicht so recht zu ihrem Ausbildungsinstitut zu passen scheinen und die sich im Interview deutlich von den Ausbildungskolleginnen desselben Instituts unterscheiden. Bei diesen Therapeutinnen gibt es weniger Übereinstimmung mit der Institutsphilosophie und es findet auch wenig „Reinsozialisiertwerden“ statt. Dieser Entwicklungsprozess lässt sich eher als eine Art Immunisierung beschreiben, bei der die Interviewpartnerinnen natürlich nicht gänzlich unbeeinflusst durch ihr Institut bleiben, aber gleichzeitig auch stark ihre eigenen Erfahrungen und Haltungen verfolgen. Interviewpartnerin F formuliert dies folgendermaßen: „F: „Nur weils mir angeboten wird, muss ichs ja nicht kaufen“ (F: 488). Dies bedeutet, dass die Ausbildungsteilnehmerinnen selbst aktiv entscheiden, welche Erfahrungen sie aufnehmen und assimilieren und welche nicht. Die beiden folgenden Zitate zeigen noch einmal, wie sich auch Ausbildungsteilnehmerinnen, die ansonsten eher mit dem Ausbildungskonzept ihres Instituts übereinstimmen, aktiv von bestimmten Angeboten abgrenzen: „Ich krieg hier Anregungen und ich muss dann gucken, was ich damit mache! (K: 356); „Wir können uns dann aussuchen, was wir davon halten“ (B: 380-381).

Auch wenn das Zusammenspiel von Institutsprägung und Eigenentwicklung verschiedene Formen annehmen kann, so bedeutet dies zusammenfassend, dass die Ausbildungskonzepte nie 1:1 an die Therapeutinnen weitergegeben werden. Selbst bei der Variante

„Übereinstimmung & Ineinandergreifen von Institutskonzept und Eigenentwicklung“ ist dies nicht der Fall. Dennoch scheint es für jedes Institut eine Tendenz zu geben, zu welcher Entwicklungsrichtung es am ehesten einlädt. Dieses soll im Folgenden dargestellt werden.

### Welches Institut führt am ehesten zu welchem Muster?

Obwohl – wie eben beschrieben – die Entwicklung der therapeutischen Identität nie durch das Ausbildungsinstitut allein geprägt wird, lassen sich bestimmte Entwicklungstendenzen festmachen, zu denen die Ausbildung an einem bestimmten Institut „einlädt“. Im Folgenden soll nun noch kurz skizziert werden, welche Tendenzen sich bei den Ausbildungsinstituten verzeichnen lassen, die in diese Untersuchung einbezogen wurden. Diese sind jedoch nur als vorläufige Tendenzen aufzufassen, da aufgrund der geringen Fallzahl keine repräsentativen Aussagen getroffen werden können (dies gilt insbesondere für die Institute II und IV, bei denen nur zwei bzw. drei Interviewpartnerinnen gewonnen werden konnten). In Tabelle 14 wird die Zuordnung von Ausbildungsinstituten und Mustern der therapeutischen Identität dargestellt, die in den vorliegenden Daten gefunden wurde.

**Tabelle 14: Zuordnung Muster und Ausbildungsinstitute**

Ausbildungs- institut	Welchem Muster wurden die Ausbildungsteilnehmerinnen zugeordnet?
Institut I	Muster 1 → 1x („Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin“) Muster 2 → 3x („Selbstdefinition als Psychotherapeutin“) Muster 3 → 4x („Selbstdefinition als relative Verhaltenstherapeutin“)
Institut II	Muster 3 → 2x („Selbstdefinition als relative Verhaltenstherapeutin“)
Institut III	Muster 1 → 5x („Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin“) Muster 2 → 2x („Selbstdefinition als Psychotherapeutin“)
Institut IV	Muster 2 → 2x („Selbstdefinition als Psychotherapeutin“) Muster 3 → 1x („Selbstdefinition als relative Verhaltenstherapeutin“)

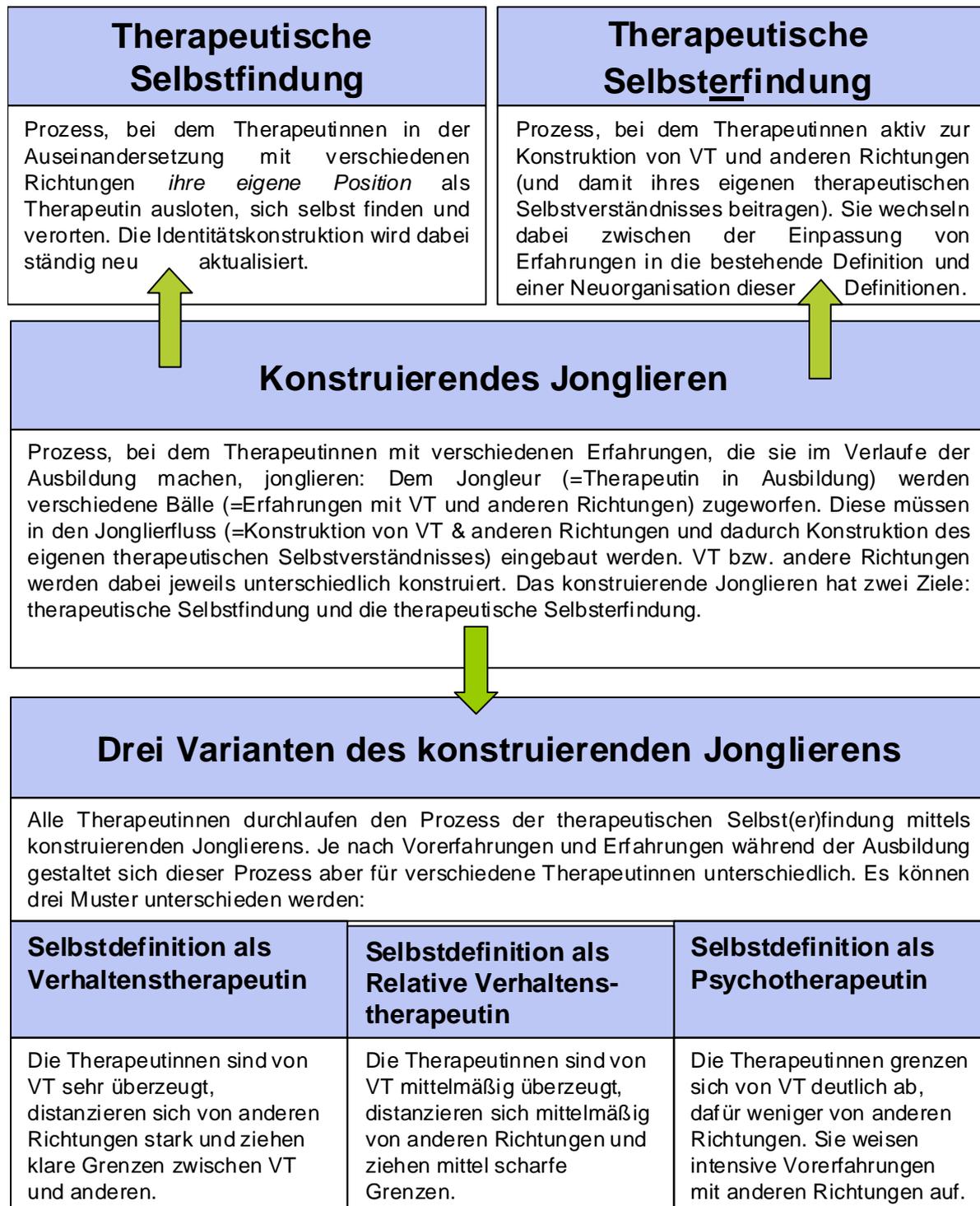
Die Übersicht macht deutlich: Institut III scheint am ehesten zur Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin einzuladen, ermöglicht aber interessanterweise auch eine Selbstdefinition als Psychtherapeutin. Institut I scheint alle drei Muster der therapeutischen Identität zu unterstützen, wobei deutlich auffällt, dass nur eine Therapeutin eine Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin vornimmt. Bei Institut II und IV sind die Aussagen mit besonderer Vorsicht zu treffen: Hier lässt sich vermuten, dass Institut IV entsprechend

dem Ausbildungskonzept eher zu einer Selbstdefinition als Relative Verhaltenstherapeutin und Psychotherapeutin einlädt und Institut II zu einer Definition als Relative Verhaltenstherapeutin, wobei hier leider aufgrund des fehlenden Experteninterviews keine klaren Aussagen getroffen werden können. Nachdem nun das Zusammenspiel von Institutsprägung und Eigenentwicklung näher beleuchtet wurde, soll die auf der Grundlage der Problemzentrierten Interviews entwickelte Theorie im Folgenden noch einmal zusammenfassend dargestellt werden.

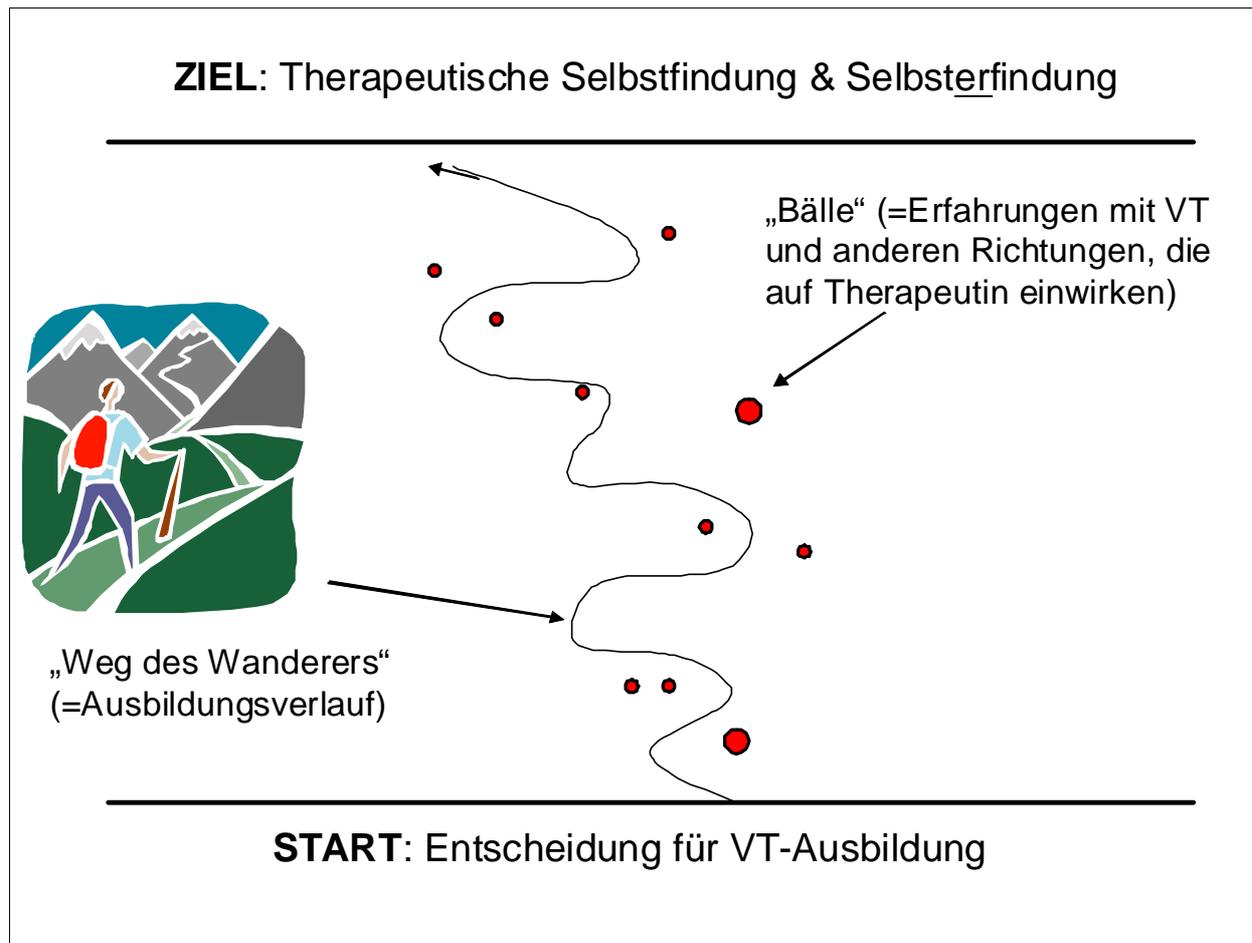
## **9.6. Zusammenfassende Darstellung der Theorie**

Die Interviewpartnerinnen durchlaufen während ihrer Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin, in der sie sich sowohl mit Verhaltenstherapie als auch mit anderen Therapieansätzen auseinandersetzen müssen, einen Prozess, der als **THERAPEUTISCHE SELBST(ER)FINDUNG DURCH KONSTRUIERENDES JONGLIEREN** bezeichnet werden kann (siehe Abbildung 13). Hierbei können die Therapeutinnen mit einem Wanderer verglichen werden (siehe Abbildung 14). Das *konstruierende Jonglieren* bezeichnet dabei einen Prozess, bei dem Therapeutinnen mit verschiedenen Erfahrungen, die sie im Verlaufe der Ausbildung machen, jonglieren: Dem Jongleur (= Therapeutin in Ausbildung) werden verschiedene Bälle (= Erfahrungen mit VT und anderen Richtungen) zugeworfen. Diese müssen in den Jonglierfluss (= Konstruktion von VT & anderen Richtungen und dadurch Konstruktion des eigenen therapeutischen Selbstverständnisses) eingebaut werden. VT bzw. andere Richtungen werden dabei jeweils unterschiedlich konstruiert. Das konstruierende Jonglieren hat zwei Ziele: die therapeutische Selbstfindung und die therapeutische Selbsterfindung.

Die *therapeutische Selbstfindung* bezeichnet den Prozess, bei dem Therapeutinnen in der Auseinandersetzung mit verschiedenen Richtungen ihre eigene Position als Therapeutin ausloten, sich selbst finden und verorten. Die *therapeutische Selbsterfindung* beschreibt den Prozess, bei dem Therapeutinnen aktiv zur Konstruktion von VT und anderen Richtungen (und damit ihres eigenen therapeutischen Selbstverständnisses beitragen). Sie wechseln dabei zwischen der Einpassung von Erfahrungen in die bestehende Definition und einer Neuorganisation dieser Definitionen. Sie erfinden ihr Selbstverständnis bezüglich verschiedener Therapieansätze selbst mit. Dies geschieht durch verschiedene innerpsychische Strategien sowie das aktive Aufsuchen neuer Erfahrungen. Dadurch wird die Identitätskonstruktion ständig neu aktualisiert.



**Abbildung 13: Auseinandersetzung mit VT und anderen Richtungen als Prozess der therapeutischen Selbst(er)findung durch konstruierendes Jonglieren**



**Abbildung 14: Therapeutinnen in Ausbildung als Wanderer und Jongleure**

Je nach Erfahrungen vor und während der Ausbildung gestaltet sich der Prozess der therapeutischen Selbst(er)findung mittels konstruierendem Jonglierens für verschiedene Therapeutinnen unterschiedlich. Es können drei Muster unterschieden werden: Eine *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* (Muster 1), eine *Selbstdefinition als Psychotherapeutin* (Muster 2) sowie eine *Selbstdefinition als Relative Verhaltenstherapeutin* (Muster 3). Diese unterscheiden sich dahingehend, a) wie sehr die Therapeutin von Verhaltenstherapie überzeugt ist auf einem Kontinuum von geringes bis starkes Überzeugtsein (*Überzeugtsein von Verhaltenstherapie*), b) wie sehr sich die Therapeutin von anderen Therapieansätzen abgrenzt auf einem Kontinuum von geringer bis starker Abgrenzung (*Abgrenzung von anderen Therapieansätzen*), c) wie deutlich die Therapeutin Grenzen zwischen Verhaltenstherapie und anderen Richtungen zieht auf einem Kontinuum von scharfer Grenzziehung bis Grenzauflösung (*Grenzziehung zwischen VT und anderen Richtungen*). Bei diesen Mustern ist allerdings zu berücksichtigen: Sie stellen keine Typen dar, sondern markieren lediglich besonders prägnante Punkte auf einem Kontinuum (z.B. Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin ist zu lokalisieren als starke Überzeugung von VT,

starke Abgrenzung von anderen Richtungen und klare Grenzziehung). Dies bedeutet aber nicht, dass z.B. die Therapeutinnen, die sich als Verhaltenstherapeutinnen definieren, nicht auch mal weniger von VT überzeugt wären oder sich in einigen Situationen mal weniger von anderen Richtungen abgrenzen. Zudem bedeutet es nicht, dass die drei Muster drei deutlich voneinander unabhängige Einheiten darstellen. Sie weisen lediglich unterschiedliche Ausprägungen der Hauptdimensionen auf.

Schaut man sich den Prozess der therapeutischen Selbst(er)findung durch konstruierendes Jonglieren nun etwas detaillierter an, so lässt sich festhalten: Die Gemeinsamkeit der Ausbildungsteilnehmerinnen aller drei Muster besteht darin, dass sie bestimmte Erfahrungen und Voraussetzungen bereits vor Beginn der VT-Ausbildung gesammelt haben und mitbringen, die zu dieser Ausprägung der therapeutischen Selbst(er)findung beitragen (***Ausrichtung des Studiums, Eigentherapie, Berufserfahrungen***). Je „VT-freundlicher“ und naturwissenschaftlicher ausgerichtet diese Erfahrungen sind, desto eindeutiger fällt die Entscheidung für eine VT Ausbildung aus. Aber natürlich prägen nicht nur die Erfahrungen vor Ausbildungsbeginn den Prozess des konstruierenden Jonglierens, sondern wichtig ist gerade auch, welche Erfahrungen die Ausbildungsteilnehmerinnen während der Ausbildung machen, die zu der für ihr jeweiligen Muster typischen Ausprägung der therapeutischen Selbst(er)findung beitragen. Hier geht es also darum, welche „Bälle“ den Therapeutinnen zugeworfen werden, die sie in ihren „Jonglierakt“ einbauen (***Ausbilder, Erfahrungen in der Klinik, Selbsterfahrung, Austausch mit Ausbildungskolleginnen, Erfahrungen bei der eigenen therapeutischen Behandlung, psychotherapierelevante Berufserfahrung jenseits der Ausbildung***). Je VT-freundlicher diese Erfahrungen sind, desto eher führt dies zu einer Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin, je VT-ferner die Erfahrungen sind, desto eher trägt dies zu einer Selbstdefinition als Psychotherapeutin bei. Wichtig ist hierbei jedoch zu bedenken, dass damit nur die Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Selbstdefinition steigt, jedoch diese nicht zwangsläufig auch bei allen Therapeutinnen vorzufinden ist. Denn die Ausbildungsteilnehmerinnen bringen immer auch einen Eigenanteil in die Entwicklung mit ein, der dazu führt, dass sie nicht einfach ein 1:1 Abbild ihrer Erfahrungen sind. Eine große Bedeutung scheint dabei den individuellen Konstruktions- und Verarbeitungsleistungen der Therapeutinnen zuzukommen. Jedes Muster ist durch einige typische Konstruktions-Strategien gekennzeichnet, die die Therapeutinnen beim konstruierenden Jonglieren nutzen und durch die diese Variante der therapeutischen Selbst(er)findung konkret ausgeführt wird (***Strategien der Abgrenzung und Annäherung an VT/andere Richtungen sowie Strategien***

*der Grenzziehung und -auflösung*). Jede Art des konstruierenden Jonglierens hat dabei wiederum Auswirkungen auf das psychotherapeutische Selbstverständnis der Ausbildungsteilnehmerinnen und ihre praktische Arbeit (*Selbstbezeichnung als Verhaltenstherapeutin, Verwendung von „VT-Sprache“, Einbezug anderer Richtungen in die praktische Arbeit, Glaube an die Wirksamkeit von VT und anderen Richtungen*). In den Interviews wird dabei deutlich, dass die Erfahrungen, das therapeutische Selbstverständnis und die Art der Konstruktion von VT und anderen Richtungen nicht als unabhängig voneinander aufzufassen sind, sondern in ständiger Wechselwirkung miteinander stehen und ineinandergreifen. Dies lässt sich exemplarisch an Interviewpartnerin O verdeutlichen (sie wurde dem Muster „Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin“ zugeordnet): Indem Frau O beispielsweise eher klassisch verhaltenstheoretische Dozenten erlebt (Erfahrung während der Ausbildung), wird ihr Selbstbild als Verhaltenstherapeutin gestärkt (therapeutisches Selbstverständnis). In der Folge betont sie gegenüber sich und anderen eher die Stärken von VT, verwendet im Gespräch zunehmend VT-orientiertes Vokabular und bezieht sich in ihrer praktischen Arbeit immer stärker auf verhaltenstherapeutische Konzepte und Techniken (Strategien). Führt dies zu Erfolgserlebnissen, stärkt dies den Glauben an Verhaltenstherapie (Selbstverständnis) usw.

Zuletzt ist bezüglich der Bedeutung der Ausbildungsinstitute festzuhalten, dass diese immer im *Zusammenspiel mit der Eigenentwicklung* der Therapeutinnen das therapeutische Selbstverständnis prägen. Dabei können Institutskonzept und Eigenentwicklung entweder *übereinstimmen* und nahtlos ineinandergreifen oder nicht übereinstimmen. Bei einer Nicht-Übereinstimmung kommt es entweder zu einem „*Reinsozialisieren*“ oder einer „*Immunisierung*“ der Therapeutinnen gegenüber dem Ausbildungskonzept. Die Implikationen dieser Ergebnisse in Bezug auf Theorie, Forschung und Praxis werden in Kapitel 10 diskutiert.

## 10. DISKUSSION

Im Folgenden wird zunächst das methodische Vorgehen, das den Ergebnissen dieser Studie zugrunde liegt, unter Bezugnahme auf die Gütekriterien qualitativer Forschung nach Steinke (2004) kritisch beleuchtet. Dabei wird der Geltungsbereich der Ergebnisse benannt und die Angemessenheit des methodischen Vorgehens sowie die empirische Verankerung der Daten diskutiert. Anschließend werden mit Hilfe der Ergebnisse der Untersuchung die beiden Haupt-Forschungsfragen (siehe Kapitel 7) zusammenfassend beantwortet. Zuletzt wird der praktische Nutzen der Kategorien diskutiert: Wie lassen sich die Befunde in bisherige Theoriebildung und Forschungsergebnisse einbetten? Welche Bedeutung haben sie für die Ausbildung von Therapeutinnen? Welche Relevanz haben sie in Bezug auf gesundheitspolitische Rahmenbedingungen von Psychotherapieausbildung in Deutschland?

### 10.1. Diskussion des methodischen Vorgehens

#### *Geltungsbereich der Ergebnisse*

Es soll zunächst aufgezeigt werden, unter welchen Bedingungen die Ergebnisse der Studie zustande gekommen sind (Geltungsbereich der Theorie):

Die Studie wurde mit Therapeutinnen in Ausbildung durchgeführt. Sie lässt daher keine Schlüsse über erfahrene Therapeutinnen mit mehreren Jahren Berufserfahrung zu. Hier kann aber vermutet werden, dass bei ihnen das konstruierende Jonglieren etwas weniger stark ausgeprägt ist und die Therapeutinnen bereits stärker eine eigene Position entwickelt haben. Es wäre interessant dies zu untersuchen. Auch die Frage, inwieweit sie ihrer anfänglichen Position treu bleiben oder diese verändern und welche Rolle dabei die zunehmende Praxiserfahrung einnimmt, ist untersuchenswert. In der vorliegenden Arbeit wurde die Phase der Ausbildung bewusst ausgewählt, da davon ausgegangen werden kann, dass dies für die Entwicklung des therapeutischen Selbstverständnisses eine sensible Phase darstellt. Weiterhin wurden in der vorliegenden Studie – mit Ausnahme von Herrn A. – nur Therapeutinnen in ihrer therapeutischen Erstausbildung untersucht. Durch Herrn A. wurde in besonders deutlicher Weise erkennbar, dass es sich bei der „Überzeugtheit von VT“ und der „Abgrenzung gegenüber anderen Richtungen“ um zwei voneinander unabhängige Dimensionen handelte (Herr A: hohe Überzeugtheit von VT und gleichzeitig geringe Abgrenzung von anderen Richtungen). Es wurde explizit versucht, auch Therapeutinnen mit einer vorherigen anderen Ausbildung zu rekrutieren (siehe Anhang C – Anschreiben Interviewpartnerinnen), es konnte jedoch niemand gewonnen werden. Die entwickelte

Theorie bezieht sich weiterhin ausschließlich auf Therapeutinnen, die eine Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie absolvieren. Eine Aussage beispielsweise zu einem tiefenpsychologischen Schwerpunkt ist daher nicht möglich. Es wurde bewusst die Entscheidung getroffen, sich auf eine Gruppe (hier: Verhaltenstherapie) zu beschränken, um diese exemplarisch intensiv und detailliert untersuchen zu können (die Auswahl von Verhaltenstherapie wurde in Kapitel 4 und 7 begründet), ein Vorgehen, das sich bewährt hat. Auch sind die Ergebnisse unter der Bedingung „Richtlinienverfahren“ zustande gekommen. Gerade vor dem Hintergrund des großen zeitlichen, finanziellen und persönlichen Aufwands für Ausbildungskandidatinnen erschien die Frage nach der Beziehung zur gewählten Therapierichtung und ihrer Bedeutung für das psychotherapeutische Selbstverständnis in einem Richtlinienverfahren von besonderer Relevanz – zumal vermutet werden kann, dass es (aufgrund des großen Aufwands) für viele die einzige Ausbildung bleiben wird und somit hier der hauptsächliche Identifikationsprozess stattfindet. Zukünftig wäre es auch interessant zu untersuchen, wie sich die Auseinandersetzung mit verschiedenen Therapieansätzen bei Therapeutinnen in einem anderen Richtlinienverfahren (PA/TP) gestaltet, aber darüber hinaus auch Therapeutinnen in einem Nicht-Richtlinienverfahren vergleichend zu untersuchen. Dieses würde interessante Rückschlüsse auf den Einfluss von rechtlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen auf Positionierungsprozesse von Therapeutinnen ermöglichen. Ähnliches gilt für eine Untersuchung in einem anderen Land bzw. Versorgungssystem, denn die entwickelte Theorie bezieht sich nur auf die Situation in Deutschland seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes. Hier wäre beispielsweise eine aufbauende Untersuchung in Österreich interessant.

Des Weiteren gelten die vorliegenden Ergebnisse wohl eher für „integrative“ Institute (im Vergleich zu 43% der Ausbildungsinstitute, die bundesweit angeben, gar nicht oder selten schulenübergreifend orientiert zu sein, Strauss et al., 2009). Ein letzter Aspekt betrifft die Gewinnung von Interviewpartnerinnen über Aufrufe und freiwillige Teilnahme. Hier kann vermutet werden, dass eine Art Selbstselektion in dem Sinne stattgefunden hat, dass sich insbesondere Ausbildungsteilnehmerinnen gemeldet haben, die sich besonders mit diesem Thema auseinandersetzen und sich dafür interessieren. Dennoch zeigte sich bereits innerhalb der Gruppe der Freiwilligen ein erstaunlich breites Spektrum an Positionierungen.

### ***Indikation des Forschungsprozesses***

Nachdem die Angemessenheit des qualitativen Vorgehens bereits in Kapitel 8.1. diskutiert worden ist, wird im Folgenden die Indikation der Methodenwahl und der Samplingstrategie

betrachtet. Bezüglich der Methodenwahl ist zunächst die Begrenzung durch verbale Daten zu thematisieren. Verbale Daten haben den Nachteil, dass diese nur eine Aussage über die subjektive Sicht der Befragten ermöglichen. Es bleibt also unklar, was in den Therapien tatsächlich passiert. Außerdem könnte man vermuten, dass die Interviewpartnerinnen sich möglichst in einem bestimmten Licht präsentieren möchten (Lee & Roth, 2004). Eine teilnehmende Beobachtung wäre hier sicherlich im Sinne einer Triangulation von Daten (Flick, 2004) interessant gewesen (Probleme und Beschränkungen von teilnehmender Beobachtung wurden in Kapitel 8.3.2 bereits diskutiert; auch die meisten Studien zur theoretischen Orientierung nehmen keine Beobachtung vor, siehe Kapitel 6.1.1). Da das Ziel aber in der Untersuchung und Analyse der Konstruktionen der Interviewpartnerinnen bestand, erwies sich die Methode des Interviews als angemessener Zugang. Insbesondere auch das Problemzentrierte Interview stellte sich als sehr gegenstandsangemessen heraus. Es ermöglichte deutliche Irritationen des Vorwissens und gestattete zudem einen guten Kompromiss zwischen Offenheit (Problemsicht der Therapeutinnen erfassen) und Theoriegeleitetheit (Interviews auf das Untersuchungsthema lenken). Zunächst hatte die Befürchtung bestanden, der Leitfaden würde sich als zu umfangreich erweisen und den Gegenstand zu stark vorstrukturieren. Diese Sorge erwies sich jedoch als völlig unberechtigt. Es wurde zwar immer wieder deutlich, dass eine gewisse Fokussierung auf das Thema notwendig war, da die Positionierung zu Therapieschulen nicht das hauptsächliche Anliegen der Therapeutinnen darstellte (beispielsweise berichteten einige Interviewpartnerinnen spontan am Ende des Interviews auch noch über die besonderen Belastungen während der Ausbildung). Durch die Fragen des Leitfadens gelang es aber, den Interviewten genug Raum für ihre eigene Perspektive und Strukturierung des Gegenstands zu lassen. Dabei waren besonders die Fragen im Leitfaden sehr hilfreich, die nicht unmittelbar und direkt nach dem Thema „Beziehung zu VT und anderen Richtungen“ fragen. Diese Fragen waren auch deshalb notwendig, da durch sie neben sozial erwünschten, abstrakt-theoretischen und hoch reflektierten Antworten auch umgangssprachliche, spontane und eher konkrete Erzählungen generiert wurden. Dieses war gerade vor dem Hintergrund der untersuchten Personengruppe zentral, da es sich bei den Therapeutinnen nicht um Laien handelt, sondern um eine Personengruppe, die a) auf Fachbegriffe zurückgreift und b) sehr gewohnt ist, sich auf ihr Gegenüber und dessen Erwartungen einzustellen. Zudem war bei der Formulierung der Leitfaden-Fragen auch die eigene längere Anwesenheit im Feld hilfreich, die Steinke (2004) als wichtige Voraussetzung für die Angemessenheit der Methodenwahl nennt.

Bezüglich der Durchführung der Interviews ist der Einbezug verschiedener Studentinnen als Interviewerinnen zu problematisieren. Das Führen der Interviews erfordert von der Interviewerin beträchtliche Fähigkeiten und verläuft unter Einsatz von ungeschulten Interviewerinnen oft nicht befriedigend (Strauss & Corbin, 1996). Aus diesem Grunde wurde besonderer Wert auf die Schulung der Interviewerinnen gelegt (siehe Kapitel 8.3.2). Dennoch blieb das Problem bestehen, dass die Interviewerinnen die vorherigen Interviews nicht alle kannten und auch mit den Auswertungs-Zwischenergebnissen nur teilweise vertraut waren, so dass ein gezieltes Nachfragen im Sinne der sich langsam entwickelnden Theorie hier ausblieb. Dieses konnte ich nur bei den zwei letzten Interviews, die ich selber durchführte, realisieren. Bei erneuter Durchführung der Studie würde ich dies ändern. Dem Problem, dass ich selbst keinen persönlichen Eindruck von den meisten Interviewpartnerinnen bekommen hatte, konnte durch ein Abhören aller Interviews (einige sogar mehrfach) zufriedenstellend begegnet werden. Ein Vorteil der Durchführung der Interviews durch Studentinnen sei abschließend noch genannt: Es wurde wiederholt deutlich, dass die Interviewpartnerinnen den Studentinnen gegenüber Fragen teilweise detaillierter beantworteten und weniger als selbstverständlich voraussetzten als sie dies bei mir (als selbst in Ausbildung befindlicher Therapeutin) taten. Aus demselben Grunde wurde auch das Experteninterview an meinem eigenen Ausbildungsinstitut gezielt durch eine Studentin und nicht wie bei den anderen beiden Instituten durch mich geführt (siehe Kapitel 8.3.3).

Bezüglich der Sampling-Strategie muss darauf hingewiesen werden, dass ein theoretisches Sampling nicht in vollem Umfang realisiert werden konnte. Die Möglichkeiten bezüglich der Auswahl und Erhebung neuer Daten waren begrenzt (Gründe hierfür siehe Kapitel 8.2.2, vor allem Schwierigkeiten bei der Gewinnung von genügend Studienteilnehmerinnen). Bezüglich des Zurückgehens zu bereits erhobenen Daten in der Auswertung (siehe Kapitel 8.2.2.) wurde dagegen das theoretische Sampling sehr systematisch und gründlich durchgeführt. Bestünde die erneute, uneingeschränkte Möglichkeit zu sampeln, sollten weitere Fälle einbezogen werden, die die folgenden Kriterien erfüllen: 1.) vorherige Ausbildung in einem anderen Therapieansatz als VT, 2.) Ausbildung an einem sehr „klassischen“ VT-Institut, 3.) gezieltes Sampling nach den in der Auswertung gewonnenen Hauptkategorien „Überzeugtsein von VT / Abgrenzung von anderen Richtungen / Grenzziehung zwischen VT und anderen Richtungen“. Ein möglicher Beobachtungsort, um Therapeutinnen mit einer bestimmten Ausprägung bezüglich dieser Kategorien zu identifizieren, könnte beispielsweise ein institutseigenes Seminar sein, in dem es um das Thema „andere Therapierichtungen“ geht.

Diese Situation stellt in gewisser Weise ein informelles Gruppengespräch dar, in der (nach Absprache mit der Ausbildungsleitung) eine Beobachtung und Einschätzung von Therapeutinnen und deren Haltung zum Thema vorgenommen werden könnte. Anschließend könnten Therapeutinnen gezielt wegen einer möglichen Interviewteilnahme angesprochen werden. Der Vorteil einer solchen Situation wäre, dass die Therapeutinnen im Seminar über das Thema reden und ihre „Positionierung“ offen legen, ohne dies bewusst und gezielt zu reflektieren. Ein Problem dieses Vorgehens besteht hier jedoch wieder im Zugang und der Kooperationsbereitschaft der Ausbildungsinstitute.

In Hinblick auf die Auswertung und Datenanalyse sollen zunächst die wichtigsten Widersprüche und Diskrepanzen offengelegt werden (Strauss & Corbin, 1996), um die Grenzen der Kohärenz der generierten Theorie aufzuzeigen (Steinke, 2004): Die Therapeutinnen des Musters 1 ließen sich als homogene Gruppe deutlich von den anderen Therapeutinnen unterscheiden, ebenso waren die Therapeutinnen, die dann Muster 2 zugeordnet wurden, in ihrer Unterschiedlichkeit zu Muster 1 leicht erkennbar. Demgegenüber erwies sich die Gruppe 3 als etwas heterogener und nicht ganz so leicht zu bündeln. (Wobei gerade diese fehlende Klarheit der Zuordnung durch die Mittelposition zu erklären ist und ein Hauptkennzeichen von Muster 3 darstellt).

Des weiteren birgt die Darstellung in Form von Mustern (wie sie zwar von Strauss und Corbin, 1996, vorgeschlagen wird) die Gefahr, dass die Gruppen als stärker voneinander getrennt erscheinen als sie es tatsächlich sind und fast den Charakter von Typen annehmen. Der Gedanke, dass die Therapeutinnen dabei unterschiedliche Positionen auf einem Kontinuum annehmen, kann dabei verloren gehen. Als weitere „Unstimmigkeit“ in den Ergebnissen könnte man die Bezeichnung der zentralen Kategorien „Überzeugtsein von VT“, „Abgrenzung von VT und anderen Richtungen“, „Grenzziehung zwischen VT und anderen Richtungen“ diskutieren. Die Kategorie „Überzeugtsein von VT“ wurde ursprünglich als „Abgrenzung von VT“ bezeichnet, um den aktiven und handelnden Aspekt (die Therapeutinnen tun etwas, nämlich sich abgrenzen) stärker zum Ausdruck zu bringen, der bei der jetzigen Bezeichnung verloren geht. Dieses hatte jedoch den Nachteil, dass Therapeutinnen, die stark mit Verhaltenstherapie identifiziert sind, dann als „Abgrenzung von VT: niedrig“ eingestuft wurden, was intuitiv verwirrend klingt. Ebenso bestand eine Schwierigkeit darin, den Unterschied zwischen Abgrenzung und Grenzziehung deutlich zu machen. Weiterhin ist die etwas ungeklärte Position der Kategorie „Überlegenheitskonstruktion vs. Gleichwertigkeitskonstruktion“ als Unstimmigkeit zu

nennen. Hier ließ sich trotz langwieriger und detaillierter Analyse keine eindeutige Systematik erkennen, so dass diese Kategorie nicht zur Gruppierung der Therapeutinnen herangezogen werden konnte. Dieses ist bedauerlich, da es sich bei dieser Kategorie um einen interessanten und in den Daten deutlich erkennbaren Gesichtspunkt handelt. Zuletzt wäre es wünschenswert gewesen, in der Phase des selektiven Kodierens die Theorie noch umfangreicher an Einzelfällen zu prüfen und einige Kategorien noch systematischer auszuarbeiten. Dieses war jedoch aufgrund zeitlicher Beschränkungen nicht möglich.

Neben diesen Widersprüchen und Diskrepanzen in den Daten sind einige grundsätzliche Schwächen der grounded theory zu thematisieren: Die Begrifflichkeiten des Kodierparadigmas (siehe Kapitel 8.4.4, „ursächliche Bedingungen“, „Konsequenzen“ etc.) legen einen Kausalitätsgedanken nahe, der an einen experimentell geprüften Ursache-Wirkungs-Zusammenhang erinnert, auch wenn dies von den Autoren so nicht intendiert ist. D.h. wenn in Abbildung 11 die VT-orientierte Ausrichtung des Studiums als vorauslaufende Bedingung („Erfahrungen vor der Ausbildung“) genannt wird, so bedeutet dieses nicht, wie die Darstellungsform des Kodierparadigmas nahelegen könnte, dass ein VT-orientiertes Studium die Ursache für eine *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* ist, sondern nur, dass die Therapeutinnen dies miteinander in Verbindung bringen. Weiterhin ist an der Darstellung in Abbildung 11 und 12 zu beachten, dass diese keinen Anspruch auf Repräsentativität für die interessierende Population erheben kann. Bezüglich des Anspruchs der grounded theory, eine gegenstandsverankerte Theorie zu entwickeln, ist zu hinterfragen, ob die in Kapitel 9.6 darstellte Theorie tatsächlich eine Theorie im wissenschaftstheoretischen Sinne darstellt oder nicht etwas bescheidener als erste Konstruktion von Zusammenhängen und Theoriefragmenten bezeichnet werden sollte. Weitere mögliche Schwachstellen der grounded theory (Erzählpassagen und reflektierende Passagen werden in der Auswertung gleichgesetzt, früher Fallvergleich statt individuelles Fallverstehen) dürften sich zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit nicht als Hindernis erwiesen haben. Zudem konnten die Vorzüge der grounded theory (hohe Datenverankerung, Kategorienbildung statt einfache Zusammenfassungen bzw. Abstraktionen wie z.B. bei der Inhaltsanalyse, dichte und reichhaltige Beschreibung, Auswertung quer zu den durch den Leitfaden vorgegebenen Themenblöcken etc.) in der vorliegenden Arbeit gut genutzt werden. Allerdings – und dieses ist als Einschränkung der Arbeit zu nennen – wurde die grounded theory stärker als Auswertungsmethode denn als Forschungsstil genutzt (siehe bereits Überlegungen zur Sampling-Strategie in Kapitel 8.2).

### ***Empirische Verankerung***

In der qualitativen Forschung sollte sowohl die Bildung als auch die Überprüfung von Hypothesen in den Daten begründet sein (empirische Verankerung, Steinke, 2004). Dieses wurde in der vorliegenden Arbeit nicht nur über die Verwendung einer kodifizierten Methode (Grounded Theory) gewährleistet, sondern zudem durch a) die Aufstellung von Prognosen und der Überprüfung ihres Eintretens am Text (siehe Auswertungsbeispiel 6 – Vorgehen beim axialen Kodieren) und b) die analytische Induktion (Prüfung der möglichst weit entwickelten Theorie anhand eines Falles). Eine kommunikative Validierung (Rückbindung der im Forschungsprozess entwickelten Theorie an die Untersuchten) wurde in dieser Arbeit nicht vorgenommen. Denn anders als die anderen Kategorien wurden die abduktiv gewonnenen Hauptkategorien der Arbeit (1. Überzeugtsein von VT, 2. Abgrenzung von anderen Richtungen, 3. Grenzziehung zwischen VT und anderen Richtungen) als jenseits der Zustimmungsfähigkeit der Interviewten eingeschätzt, da diese jeweils nur ihre eigene Position, jedoch nicht die der anderen Interviewpartnerinnen kannten. Hier hätten die Interviewten eine Meta-Ebene zu ihrem eigenen Verhalten einnehmen müssen, die sie aufgrund der Unkenntnis der anderen Interviews nicht einnehmen konnten.

Weitere wichtige Gütekriterien qualitativer Forschung (Steinke, 2004) werden in anderen Kapiteln dieser Arbeit diskutiert und daher hier nicht noch einmal gesondert besprochen – Reflektierte Subjektivität: siehe Kapitel 8.5; Relevanz und pragmatischer Nutzen der Ergebnisse: siehe Kapitel 10.3 und 10.4.; intersubjektive Nachvollziehbarkeit: siehe Auswertungsbeispiele im Anhang sowie Kapitel 8 (Dokumentation des Forschungsprozesses, Anwendung kodifizierter Verfahren und Interpretation in Gruppen). Besonderer Wert wurde dabei auf eine ausführliche und transparente Darstellung des Auswertungsprozesses anhand einer Vielzahl von Auswertungsbeispielen im Anhang gelegt. Nachdem nun das methodische Vorgehen kritisch beleuchtet wurde, werden im Folgenden die beiden Haupt-Forschungsfragen (siehe Kapitel 7) auf der Grundlage der empirischen Ergebnisse zusammenfassend beantwortet.

## **10.2. Beantwortung der Forschungsfragen**

### **I. Was geht in Therapeutinnen vor, wenn sie während der VT-Ausbildung ihre Position im Hinblick auf verschiedene Therapieschulen entwickeln?**

Eigentlich könnte man meinen, es sei ganz einfach: Angehende Therapeutinnen entscheiden sich für eine VT-Ausbildung und werden zu Verhaltenstherapeutinnen. Und hier und da

integrieren sie vielleicht noch etwas aus anderen Richtungen, je nachdem wie es gerade passt. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen: So einfach ist das nicht. Eine Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie kann zu den verschiedensten therapeutischen „Identitäten“ führen. Die Position der Therapeutinnen ist zudem nicht statisch, sondern verändert sich. Die Prozesse, die sich dabei in den angehenden Therapeutinnen vollziehen, sind hoch komplex und zudem nicht zufällig. Sie erfüllen für die jeweilige Therapeutin eine bestimmte psychische Funktion. Wichtigstes Instrument, das den Therapeutinnen zur Verfügung steht, um eine stimmige Position zu entwickeln, ist die ständige Veränderung ihrer Definitionen: Verhaltenstherapie wird ständig neu definiert und konstruiert, ebenso andere Therapieansätze. Dabei werden beispielsweise einmal eher die deutliche Gemeinsamkeiten von Verhaltenstherapie und anderen Therapieansätzen in den Vordergrund gerückt, ein anderes mal eher die Unterschiedlichkeit betont (z.B. wenn es um die Nachteile dieser anderen Therapieansätzen geht) – je nachdem, was die jeweilige Situation erfordert. Denn so können die verschiedenen Erfahrungen, die im Laufe der Ausbildung (mit VT und anderen Ansätzen) gemacht werden, verarbeitet und zusammengefügt werden (= konstruierendes Jonglieren). Die Therapeutinnen sind dabei keine reinen Empfänger, die „objektive“ Informationen wie ein Schwamm aufnehmen und starr abbilden. Vielmehr sind sie aktive Konstrukteure (= therapeutische Selbsterfindung), die zudem in einem Prozess der Selbstselektion bestimmte Erfahrungskontexte gezielt aufsuchen.

Diese Ergebnisse stehen im deutlichen Widerspruch zu der Auffassung, es gebe „die“ oder „eine“ Verhaltenstherapie – eine Auffassung, wie sie sich nicht nur im alltäglichen Sprachgebrauch findet, sondern die auch implizit unterstellt wird, wenn die theoretische Orientierung einer Therapeutin durch einen einzigen Begriff, z.B. „verhaltenstherapeutisch“ zusammengefasst werden soll. Vielmehr scheint es verschiedene Auslegungen von Verhaltenstherapie zu geben, der Begriff Verhaltenstherapie kann für verschiedene Therapeutinnen etwas Verschiedenes meinen. Dieses deckt sich mit der von Parfy (1996) vertretenen Auffassung, dass es sich bei Therapieschulen um ein „fuzzy concept“ handelt. Weiterhin werfen die Ergebnisse interessante Fragen auf bezüglich der seit Jahren geführten Debatte um die Möglichkeiten und Grenzen der sogenannten „Methodenintegration“. Die Debatte bezüglich der Verbindung verschiedener therapeutischer Ansätze/Methoden sollte nicht nur im Hinblick darauf diskutiert werden, ob sie möglich und/oder wünschenswert ist. Vielmehr sollten die „Integrationsleistungen und -prozesse“ der Therapeutinnen betrachtet werden (siehe Kapitel 10.3.2, Fokuswechsel hin zur Untersuchung der psychischen Prozesse

von Therapeutinnen). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung stützen also die Auffassung von Petzold (1994) und anderen, dass diese Debatte nicht ausschließlich auf wissenschaftlichen Argumenten aufbaut.

## **II. Kann die Zugehörigkeit zu einer „Schule“ als notwendige Voraussetzung für eine therapeutische Identität angesehen werden?**

Die Auseinandersetzung mit VT und anderen Therapierichtungen ist eine Aufgabe, die alle Therapeutinnen – schon allein aufgrund der gesetzlichen Vorgaben – bewältigen müssen. Obwohl jede Therapeutin klären muss, wer sie im Hinblick auf dieses Thema ist und sein möchte, ist der Weg, den die Therapeutinnen gehen, äußerst unterschiedlich. Es gibt verschiedene Formen oder Varianten der therapeutischen Selbst(er)findung durch konstruierendes Jonglieren. In der Tat sind die Unterschiede in den Positionierungen und Konstruktionen, die die Therapeutinnen wählen, frappierend. Das steht in klarem Widerspruch zu einigen Entwicklungsmodellen, die einen relativ ähnlichen Entwicklungsverlauf für alle Therapeutinnen beschreiben. Die Positionierungen in dieser Studie unterscheiden sich auffallend deutlich darin, wie sehr die Therapeutinnen jeweils von VT und/oder anderen Richtungen überzeugt sind und wie klar sie Unterschiede zwischen verschiedenen Ansätzen in den Vordergrund stellen. Das Spektrum an Positionierungen ist demnach breit gefächert, und jede Positionierung ist begleitet von einem Erfahrungshintergrund, der zu dieser Positionierung fast immer zu passen scheint wie die „Faust aufs Auge“. Da gibt es zunächst eine Gruppe von Therapeutinnen, deren Selbstdefinition überwiegend dem entspricht, was man umgangssprachlich als „die klassische Verhaltenstherapeutin“ bezeichnen würde (*Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin*). Diese Therapeutinnen sind von VT überzeugt, nehmen andere Richtungen zur Kenntnis und wissen, wo VT aufhört und andere Richtungen anfangen. Interessanterweise steht eine Überlegenheitskonstruktion hier nicht so im Vordergrund wie das allgemeine Bild der klassischen Verhaltenstherapeutin implizieren würde. Für diese selbstdefinierten Verhaltenstherapeutinnen trifft auch die von Hagehülsmann (2000, siehe Kapitel 6.5) vertretene Auffassung zu, dass die „professionelle Identitätsgewinnung mit der Bindung an ein bestimmtes Verfahren gekoppelt“ ist (S. 360) und dass „die therapeutische Identität ... [als die] innere und im therapeutischen Handeln sichtbare Übereinstimmung des Therapeuten mit der ‚Theorie‘ der von ihm angewandten psychotherapeutischen Methode“ (Eckert & Biermann-Ratjen, 1990, S. 275-276) definiert werden kann. Ganz anders sieht dies aber bei den Therapeutinnen aus, für die die Bezeichnung *Selbstdefinition als Psychotherapeutin*

gewählt wurde. Hier ist der Prozess der Entwicklung eines psychotherapeutischen Selbstverständnisses nicht an das „Überzeugtsein“ von der gewählten Therapierichtung geknüpft. Nicht VT übernimmt hier eine identitätsstiftende Funktion, sondern etwas anderes. Dies wirft ein neues Licht auf die Frage, ob die Zugehörigkeit zu einer Therapieschule notwendig ist für die Entwicklung einer therapeutischen Identität. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Studie lautet die Antwort auf diese Forschungsfrage also: Für einige Therapeutinnen kommt der Identifikation mit Verhaltenstherapie zwar eine identitätsstiftende Funktion zu (*Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin*). Bei anderen Therapeutinnen (*Selbstdefinition als Psychotherapeutin*) ist dies jedoch nicht der Fall. Vermutlich ist nur entscheidend, dass *irgendetwas* eine innere Orientierung und Struktur bietet, es muss aber nicht unbedingt Verhaltenstherapie sein (siehe auch Ambühl et al., 1995; Goldstein, 2001; Willutzki & Laireiter, 2005, Kapitel 6.5.). Auffallend ist bei der Gruppe der *Psychotherapeutinnen* weiterhin die deutliche Abgrenzung und Distanzierung von Verhaltenstherapie. Dieses ist bemerkenswert, da es sich ja immerhin um Therapeutinnen handelt, die sich für eine Ausbildung mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie entschieden haben (siehe hier auch Kapitel 10.4.5). Bei diesen Therapeutinnen könnte man sich auf den ersten Blick erst einmal fragen: Geht das überhaupt? Kann man eine Therapieausbildung mit Schwerpunkt VT machen und gleichzeitig innerlich so weit weg von VT sein? Die Antwort aufgrund der vorliegenden Ergebnisse lautet: Ja, das geht.

Interessant ist zuletzt auch die Gruppe der *Relativen Verhaltenstherapeutinnen*. Für ihr psychotherapeutisches Selbstverständnis spielt Verhaltenstherapie eine relativ wichtige Rolle, aber ebenso auch andere Therapieansätze/-methoden. Sie scheinen sich weder „ganz“ für VT entscheiden zu wollen wie die *Verhaltenstherapeutinnen*, noch sich „ganz“ davon abzugrenzen wie die *Psychotherapeutinnen*. Eine detaillierte Analyse dieses Miteinanders/Nebeneinanders von VT und anderen Ansätzen im psychotherapeutischen Selbstverständnis dieser Therapeutinnen stellt sicherlich ein interessantes weiterführendes Forschungsgebiet dar.

Nachdem nun anhand der Ergebnisse der Untersuchung die Forschungsfragen beantwortet worden sind, sollen die Ergebnisse als nächstes in die bisherige Theorie und Forschung eingebettet werden. Schlussfolgerungen für die Theoriebildung und weiterführende Forschung werden aufgezeigt, bevor abschließend die Implikationen für die Ausbildung von Therapeutinnen aufgezeigt werden.

### 10.3. Einbettung in Theorie und Forschung

#### 10.3.1. Therapeutische Selbst(er)findung als Wechsel zwischen Assimilation und Akkommodation

Der Prozess der therapeutischen Selbst(er)findung durch konstruierendes Jonglieren lässt sich auch unter Rückbezug auf die Konzepte der Assimilation und Akkommodation nach J. Piaget (z.B. Miller, 1993; Piaget, 1978; Piaget & Inhelder, 1973) veranschaulichen, die nach wie vor fruchtbar und aktuell sind. Nach Piaget handelt es sich bei der *Assimilation* um einen Prozess, bei dem das Individuum die Realität in seine aktuelle kognitive Organisation einpasst. Bei jeder kognitiven Auseinandersetzung mit Objekten oder Phänomenen verbiegt oder verzerrt der Mensch die jeweilige Erfahrung bis zu einem gewissen Grade, um diese Erfahrung einbeziehen, verstehen und interpretieren zu können. Bei Verhaltenstherapeutinnen in Ausbildung besteht die *Assimilation* darin, dass sie versuchen, neue Erfahrungen, die sie mit VT und anderen Richtungen machen, in ihr jeweils aktuelles bestehendes Konzept von Verhaltenstherapie und anderen Richtungen einzupassen. Andererseits ist aber auch irgendwann der Punkt erreicht, an dem die Therapeutinnen eine neue Erfahrung nicht mehr mit dem bestehenden Konzept von VT und anderen Richtungen interpretieren und erklären können. Die Erfahrung ist so anders, dass vorhandene Strukturen verändert werden müssen. Die aus dieser *Akkommodation* resultierende Neuorganisation des Denkens führt dann zu einer andersgearteten und befriedigenderen Anpassung der jeweiligen Erfahrung. Ein Beispiel dafür, wie die Macht neuer Erfahrungen zu stark wird, als dass alte Konzepte beibehalten werden könnten, zeigt sich bei Interviewpartnerin G:

Aber die [drei Kolleginnen aus regelmäßiger Arbeitsgruppe] waren alle älter und hatten auch schon alle eine andere Ausbildung, nämlich zwei Systemische und eine Gestalttherapie. Und ich war da irgendwie direkt aus der Uni und so eher Hardcore-VT und die. Und die anderen haben halt immer auch ihr-, ihre Sachen mit eingebracht. Und das hat mich dann auch schon relativ am Anfang etwas kritischer der VT gegenüber gemacht (G: 195-200).

Zusammenfassend lässt sich sagen: Um ein stimmiges therapeutisches Selbstverständnis zu entwickeln und aufrechtzuerhalten, müssen die Therapeutinnen im Laufe ihrer VT-Ausbildung immer wieder Anpassungsleistungen erbringen und zwar indem sie kontinuierlich ihre Haltung und Auffassung von VT und anderen Therapierichtungen – in mehr oder weniger großem Ausmaß – verändern.

### **10.3.2. Polarisierung und andere Positionierungsstrategien – Der Fokus auf psychische Prozesse von Therapeutinnen**

Ein interessanter Befund der Studie sind die Strategien, die die Therapeutinnen verwenden, um ihr eigenes therapeutisches Selbstverständnis zu konstruieren. Therapeutinnen betonen beispielsweise explizit die Stärken von VT und formulieren die Stärken anderer Richtungen als möglichst unbedeutsam (oder umgekehrt); sie heben Unterschiede zwischen Therapieansätzen hervor oder verweisen im Gegenteil auf ein ähnliches Vorgehen. Besonders auffällig ist dabei, dass diese wie beiläufig wirkenden Setzungen nicht zufällig erfolgen, sondern als Teil einer Selbstdarstellung und Positionierung aufgefasst werden können. Dieses erinnert an eine Argumentationsstrategie, die in der Kommunikationspsychologie von Schulz von Thun (2006) beschrieben worden ist: die Polarisierung. Unter Polarisierung versteht von Thun eine Situation, in der Diskussionspartner „sich selbst als Wertverkörperung, den Konfliktgegner hingegen als Verkörperung der ‚Fehlhaltung‘“ (S. 53) darstellen. Dieses lässt sich am Beispiel der Kindererziehung verdeutlichen: Möchte beispielsweise jemand die Wichtigkeit von „Regeln und Anleitung“ betonen, so warnt er vor einem „orientierungslosen laissez-faire“. Vertritt er eher eine Position der „freien Entfaltung“, so grenzt er sich von einer „autoritären Gängelung“ ab. Diese *kommunikationspsychologische Strategie der Polarisierung* ist demnach nicht nur in Gruppensituationen relevant, sondern beschreibt auch die Prozesse, die sich bei Therapeutinnen vollziehen, wenn diese (wie in der Interviewsituation) ihr therapeutisches Selbstverständnis offenlegen und entfalten.

Die vorliegende Untersuchung zeigt also auf, dass *ein Fokuswechsel hin zur genauen Untersuchung der psychischen Prozesse von Therapeutinnen* bei ihrer Auseinandersetzung mit verschiedenen Therapieansätzen lohnenswert ist. Dabei knüpft die Studie an erste Arbeiten in diesem Bereich an, nimmt jedoch anders als diese eine systematische, umfangreiche und vor allem empirische Analyse vor: Eckert und Biermann-Ratjen (1990) nehmen eine eher alltagssprachliche, fast polemische Charakterisierung von Therapeutinnen vor, Hagehülsmann (2000) versucht ihre Beobachtungen von Therapeutinnen „beim Erwerb einer psychotherapeutischen Methode“ mit Hilfe von entwicklungspsychologischen Konzepten zu beschreiben (vgl. Kapitel 6.4). Auch Jaeggi (2006) nimmt in ihrem Artikel „Abtrünnige, Komplettierer und Optimierer: Was veranlasst Psychotherapeuten, ihrem erlernten Verfahren nicht die Treue zu halten?“ eine erste Auseinandersetzung mit den Beweggründen von Therapeutinnen vor, wenn diese den Therapieansatz wechseln oder „aufstocken“. Ihre Arbeit beruht jedoch auf unsystematischen Beobachtungen und beschränkt

sich auf eine erste grobe Einteilung von Beweggründen. Ähnliches gilt für die Ausführungen von Parfy (1996), der die Positionen von Therapeutinnen auf einem Kontinuum anzuordnen versucht, welches er als „Kontinuum von Abgrenzung über Eklektizismus bis hin zur Metaebenenbildung“ (S. 86) bezeichnet. Er räumt jedoch selbst ein, dass die Positionen „plakativ“ dargestellt werden (S. 86), außerdem wird aus den Bezeichnungen der Positionen nicht deutlich, dass es sich um Positionen von Therapeutinnen handelt. Eine deutlich systematischere und eingänglichere Typologie von Therapeutinnen legt Sperry (2007) vor. Er beschreibt in einer 2x4 Tafel acht Typen von Adlerianern („Adlerian I, Adlerian II, Adlerian III, Nominal Adlerian, Friend of Adler, Crypto-Adlerian I, Crypto-Adlerian II, Non-Adlerian“) anhand von bekannten prototypischen Vertretern. Ein „Adlerian I“ ist dann beispielsweise jemand, der sich selbst als Adlerianer bezeichnet und die Ideen von Adler konservieren und durch Forschung belegen will. Ein „Friend of Adler“ ist beispielsweise ein ehemaliger Schüler von Adler, der dessen Konzepte anerkennt und wertschätzt, sich selbst aber nicht als Adlerianer sieht. Als einen „Crypto-Adlerianer“ bezeichnet er jemanden, der von außen betrachtet Adler-typische Konzepte und Techniken als seine eigenen beschreibt, dabei jedoch keinerlei Bezug auf Adler nimmt (hier nennt er beispielsweise Aaron Beck). Hier wirft Sperry (2007) die interessante Frage der „ownership of ideas“ auf, auf die in Kapitel 10.4.1 noch näher eingegangen wird. Außerdem steht Sperry vor einem ähnlichen Problem, wie es für die vorliegende Arbeit in Kapitel 8.5.3 beschrieben wurde – nämlich die Frage, inwieweit bei der Einschätzung der theoretischen Position von Therapeutinnen die Innenperspektive verlassen und eine Außenposition eingenommen werden darf.

Zuletzt macht Sperry auf eine interessante Theorie zur Entwicklung von Therapeutengenerationen aufmerksam: Die sogenannte „generational cycle theory“ von Strauss & Howe (1991). Danach gibt es ca. alle 20 Jahre einen vorhersehbaren Zyklus von Generationen, der ca. vier Generationen umfasst, bei dem die spätere Generation jeweils auf die vorherige reagiert und der nach vier Generationen wieder von vorn beginnt: Die 1. Generation beginnt mit einem charismatischen Gründer und dessen Anhänger. Dann konstituiert sich die 2. Generation aus Anhängern, die den Gründer noch gekannt haben und bemüht sind, dessen Ideen zu erhalten und maximal ein wenig zu erweitern. Die 3. Generation kennt den Gründer nun nicht mehr (da er verstorben ist), diese sind stärker bereit, die Ideen des Gründers in Frage zu stellen, zumal sie mittlerweile in einer Zeit leben, deren Weltsicht sich gegenüber der des Gründers verändert hat. Die 4. Generation ist nun wieder eher um eine Konsolidierung der neuen Theorie bemüht usw. Eine Entwicklung in Wellen ist in Kapitel 4

auch für die Verhaltenstherapie beschrieben worden, wobei die Verhaltenstherapie sich traditionell nicht über einen Gründervater definiert hat. Interessant ist jedoch, dass in den Interviews (sowohl in den Problemzentrierten Interviews als auch in den Experteninterviews) zwei Namen immer wieder auftauchen: Klaus Grawe und Jeffrey Young. Besonders Klaus Grawe wird dabei in auffallender Weise als Beleg für ganz unterschiedliche Positionen herangezogen (vgl. auch Kapitel 9.1), einmal eher als Beleg für die Wichtigkeit einer neuropsychotherapeutischen Ausrichtung, dann als Beleg für die Bedeutsamkeit allgemeiner Wirkfaktoren benannt. Grawe und Young werden auch in der bundesweiten Befragung von Ausbildungsleitungen immer wieder genannt (für eine Übersicht der von den Ausbildungsleitern genannten "anderen Methoden und Verfahren" siehe Strauss et al., 2009, S. 114).

### **10.3.3. Konstruierendes Jonglieren – Ein Blick hinter die Kulissen von „theoretischen Orientierungen“**

„On surveys and questionnaires ... [the] process of identification with a theoretical orientation seems so straightforward. Unfortunately, it is far from being that simple in real life“ (Sperry, 2007, S. 126). Mit diesem Zitat von Sperry läßt sich ein Ergebnis der vorliegenden Arbeit gut zusammenfassen. Dieses Ergebnis verdeutlicht auch, warum Forschung zu theoretischer Orientierung anhand weniger vorgegebener Kategorien zu kurz greift: Die Positionierung von Therapeutinnen bezüglich verschiedener Ansätze ist ein komplexer, dynamischer Prozess, der sich mit von außen gesetzten Kategorien nicht hinreichend einfangen läßt. Kein Wunder also, dass in dieser Forschungstradition keine Einheitlichkeit erzielt werden kann, wie theoretische Orientierung zu definieren oder zu messen ist (vgl. Kapitel 6.1). Selbst Untersuchungen, die bei der Erfassung der theoretischen Orientierung eine Kombination von Therapieansätzen zu berücksichtigen versuchen (vgl. Kapitel 6.1.2) und beispielsweise zwischen „broad cognitive-behavioral therapy, interpersonal-humanistic, ubercognitive, traditional cognitive-behavioral, moderate eclecticism, extreme eclecticism, uncommitted/naysayer, multimodal, cognitive-analytic“ unterscheiden, greifen hier zu kurz. Sie nehmen zwar den Versuch einer Differenzierung und Spezifizierung der theoretischen Orientierung vor – wie sie Sundland schon 1977 empfahl. Doch auch hier bleibt der „Blick hinter die Kulissen“ – also was Therapeutinnen darunter genau verstehen und welche Prozesse sich dabei abspielen – verwährt. Auch in dieser Arbeit zeigt sich, dass die Selbsteinschätzungen der Therapeutinnen bezüglich ihrer theoretischen Orientierung auf einer vorgegebenen Skala (siehe Kapitel 9.2) ein vereinfachtes Bild von dem vermitteln, was deren Orientierung tatsächlich ausmacht. Außerdem werden bei den Selbsteinschätzungen kaum die Unterschiede zwischen den

Therapeutinnen deutlich: Alle fühlen sich Verhaltenstherapie verbunden und alle identifizieren sich weiterhin auch mit anderen Therapieansätzen. Nun könnte man einwenden, die drei in dieser Arbeit entwickelten Muster (*Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin/als Relative Verhaltenstherapeutin/Psychotherapeutin*) sind auch nichts weiter als Kategorien/Labels zur Beschreibung der theoretischen Orientierung. Dies ist jedoch nicht der Fall. Die Musterbezeichnungen sind lediglich als Kurzbezeichnung für die jeweilige Art der therapeutischen Selbst(er)findung aufzufassen. Wichtigstes Ergebnis stellen nicht diese Kurzbezeichnungen, sondern die in den Abbildung 11 und 12 beschriebenen Prozesse dar. Sie ermöglichen einen ersten „Blick hinter die Kulissen“ und liefern eine reichhaltige, dichte Beschreibung des interessierenden Phänomens. Hier greifen sie auch weiter die als multi-item-Fragebogenstudien (vgl. Kapitel 6.1.1), die zwar versuchen, die der theoretischen Orientierung zugrundeliegenden Werthaltungen, Überzeugungen und Haltungen zu messen, denen aber vorgeworfen werden kann, dass sie nicht das messen, was Forscher und Praktiker sich unter theoretischer Orientierung vorstellen. Die vorliegende Arbeit liefert also eine interessante neue Perspektive, indem sie den Schwerpunkt nicht so sehr auf den Inhalt (das „WAS“), sondern den Positionierungsprozess (das „WIE“) der theoretischen Orientierung legt. Sie nimmt damit eine ähnliche Unterscheidung wie Ambühl et al (1995) vor, die zwischen den *inhaltlichen* und den *formalen* Orientierungsmustern von Psychotherapeutinnen unterscheiden. Die formalen Orientierungsmuster beziehen sie dabei nicht auf den Inhalt der theoretischen Orientierung (z.B. psychodynamisch, humanistisch oder behavioral-kognitiv orientiert), sondern auf deren formale Struktur (Wie breit oder eng ist das Orientierungsmuster? Gibt es Hauptorientierung vs. marginal ausgeprägte Orientierungen? Wie „rein“ oder „eklektisch“ ist das Orientierungsmuster?).

Zuletzt weisen die Ergebnisse der vorliegenden Studie auch in eine ähnliche Richtung wie die Befunde von Schindler und von Schlippe (2006), wonach in Deutschland nur 16% der kassenniedergelassene Verhaltenstherapeutinnen angeben, das zu machen, wofür sie eine Zulassung haben (im Gegensatz PA: 46%). 25,6% geben dort an, „eklektisch“ zu arbeiten (=ich nutze jeweils was hilft) und 57,7% „integrativ“ (ich habe meine Qualifikationen in ein integratives Konzept vereinigt). Es ist also zu unterscheiden zwischen dem „Label“ VT und der komplexen inneren Haltung, die dahinter steht. Die vorliegende Arbeit verdeutlicht: Hinter ein und derselben Orientierung („Verhaltenstherapeutinnen in Ausbildung“) können sich die verschiedensten Formen therapeutischen Selbstverständnisses verbergen.

### **10.3.4. Identitätsentwicklung von Therapeutinnen als Thema der Psychotherapieforschung**

Auch für die Psychotherapieforschung haben die vorliegenden Ergebnisse Implikationen: Wie in Kapitel 3 dargestellt, wurde in der Psychotherapieforschung lange die Auffassung vertreten, dass vor allem „treatment procedures“ entscheidend sind und dass Therapeutinnen nicht per se, sondern nur bezüglich ihres Beitrags zum Behandlungserfolg relevant sind. Erst durch die Studien zur professionellen Entwicklung von Therapeutinnen (Kapitel 3.3) wurde ein neuer Trend etabliert. Auch die vorliegende Studie zeigt, dass es lohnenswert ist, die Entwicklungsprozesse von Therapeutinnen zu untersuchen. Bezugnehmend auf die Befunde von Orlinsky und Ronnestad (2005) ergibt sich beispielsweise die Frage, wie die in dieser Arbeit aufgezeigten Selbstdefinitionen (*Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin, Psychotherapeutin, Relative Verhaltenstherapeutin*) mit dem von ihnen entwickelten Konzept des *heilenden Engagements* ("healing involvement", Ronnestad & Orlinsky, 2006) zusammenhängen: Darunter wird ein Engagement in der psychotherapeutischen Arbeit, ein positiver Umgang mit Klienten, ein Gefühl der Kompetenz und Wirksamkeit sowie ein konstruktiver Umgang mit Schwierigkeiten verstanden. Welche der in dieser Arbeit untersuchten Therapeutinnen erleben am ehesten ein heilendes Engagement und setzen damit einen positiven Zyklus ihrer professionellen Entwicklung („positive developmental cycle“) in Gang? Als wichtiger Prädiktor eines positiven Entwicklungsverlaufs wird von Orlinsky und Ronnestad (2005) die *theoretische Breite* („theoretical breadth“, d.h. vielfältige theoretische Perspektiven sowie verschiedene Behandlungssettings) diskutiert – kann man daher annehmen, dass die *selbstdefinierten Psychotherapeutinnen* einen positiveren Entwicklungsverlauf nehmen? Oder greifen solche einfachen Zusammenhänge zu kurz? Hier entstehen interessante zukünftige Forschungsfragen.

Des Weiteren wäre eine Präzisierung der in Kapitel 3.3.1 und 6.3 vorgestellten Entwicklungsmodelle in Bezug auf die therapeutische Identität und insbesondere die therapieschulenbezogene Identität wünschenswert. Auch wenn die Entwicklungsmodelle hier bereits eine etwas systematischere Auseinandersetzung mit dem Thema vornehmen, als es vielfach in persönlichen Berichten der Fall ist (z.B. Eckert, 2006; Kriz, 2006), so steht hier dennoch eine empirisch verankerte und detaillierte Untersuchung noch weitgehend aus. Auch die Untersuchung von Ronnestad und Skovholt (1995) behandelt diesen Aspekt nur als einen unter vielen. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass es sich bei der Positionierung zum Thema Therapieschule(n) um einen vielschichtigen und komplexen Prozeß handelt, der einer genauen

Untersuchung bedarf. Die einzige andere Untersuchung, die diesen Prozeß gezielt bei Paar- und Familientherapeutinnen in Ausbildung untersucht, stammt von Bitar, Bean und Bermudez (2007). Ebenso wie die vorliegende Arbeit zeichnet sich diese Studie durch eine größere Prozessorientierung („theoretical orientation development“) als andere Studien aus.

### **10.3.5. Selbstdefinitionen der Therapeutinnen und Ausbildungskonzepte im Licht der Integrationsdebatte**

Das Selbstverständnis der untersuchten Therapeutinnen in Ausbildung wurde in Kapitel 9.4 in Form von Selbstdefinitionen (Mustern) beschrieben, die sich als Kontinuum zwischen den Polen *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* und *Selbstdefinition als Psychotherapeutin* bewegen und die sich deutlich voneinander unterscheiden. Die Therapeutinnen, die sich selbst als *Verhaltenstherapeutinnen* definieren, können im Großen und Ganzen eher als Vertreterinnen der Zweiten Welle von Verhaltenstherapie (kognitive Verhaltenstherapie) aufgefasst werden, denn als Vertreterinnen der Dritten Welle. Anders sieht dies für die Therapeutinnen aus, die sich selbst als Psychotherapeutinnen definieren. Für sie gilt, was Pawelzik (2007) als Charakteristika der Dritten Welle von Verhaltenstherapie beschrieben hat (siehe Kapitel 4.1).

Auch in Bezug auf die „Routes to integration“ (siehe Kapitel 5.3), also die verschiedenen Konzepte von Integration, die sich in der Literatur finden, unterscheiden sich die untersuchten Therapeutinnen in Ausbildung sehr. Die Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* sind diejenigen, die am wenigsten eine „integrative“ Position einnehmen, wobei hier interessant ist, dass es unter ihnen keine einzige Therapeutin gibt, die keinerlei Bezug zu anderen Therapieansätzen und –methoden herstellt, was u.a. auch die Vorgabe des Gesetzes widerspiegelt, Grundkenntnisse in verschiedenen wissenschaftlich anerkannten Verfahren zu vermitteln. Auch ist es insgesamt schwer, sich eine Therapeutin vorzustellen, der nicht auch über Wissen anderer Richtungen verfügt (Parfy, 1996). Die Position der Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin* lässt sich mit Bezug auf die „routes to integration“ wohl am ehesten mit der „assimilativen Integration“ in Verbindung bringen (= eine feste Verankerung in einem Theoriesystem, gepaart mit der Offenheit, selektiv Praktiken und Sichtweisen aus anderen Ansätzen zu assimilieren). Die theoretischen Konzepte technischer Eklektizismus, theoretische Integration oder gemeinsame Wirkfaktoren finden sich bei diesen Therapeutinnen, wenn überhaupt, nur am Rande. Bei einigen dieser Therapeutinnen geht jedoch sogar die Beschreibung als assimilative Integration bereits zu sehr in eine integrative Richtung. Auf sie trifft wohl eher das zu, was Norcross und Halgin (2005) als „differential referrals“ beschreiben: Diese Therapeutinnen kennen die

Kontraindikationen für Verhaltenstherapie und verweisen Patientinnen bei Bedarf an Kollegen aus anderen Therapieansätzen. Bei den Therapeutinnen auf dem anderen Ende des Kontinuums (*Selbstdefinition als Psychotherapeutin*), finden sich alle vier von Norcross (2005) beschriebenen „routes to integration“: technischer Eklektizismus, theoretische Integration, gemeinsame Wirkfaktoren, assimilative Integration. Hier zeigt sich, dass die Konzepte der Integration in der Praxis ineinanderübergehen und nicht so klar trennbar sind (Norcross, 2005). Interessant ist, dass die Therapeutinnen sogar innerhalb eines Interviews zwischen den verschiedenen Integrationskonzepten wechseln. Diese Therapeutinnen in Ausbildung sind ähnlich jenen niedergelassenen Verhaltenstherapeutinnen in der Befragung von Schindler und von Schlippe (2006), die angeben, „eklektisch“ (25,6%) und „integrativ“ (57,7%) zu arbeiten, während die Therapeutinnen aus Muster 1 eher den Verhaltenstherapeutinnen ähneln, die angeben, verhaltenstherapeutisch zu arbeiten/das zu tun, wofür sie eine Zulassung haben (16%, siehe Kapitel 10.3.3).

Betrachtet man nun die *Ausbildungskonzepte* der Institute im Licht der Integrationsliteratur, so fällt auf, dass insbesondere Institut III am ehesten zu einer Position des „competence in single school plus differential referrals“ einlädt: Laut Norcross & Halgin (2005) steht jede Ausbildungseinrichtung vor der grundsätzlichen Entscheidung, entweder die Therapeutinnen in einem Therapieansatz samt konsequenter Überweisungspraxis auszubilden oder davon auszugehen, dass Therapeutinnen die meisten Patienten selbst behandeln können. Letzteres ist dann mit der Annahme verbunden, dass die Ausbildungsteilnehmerinnen sowohl die Zeit als auch die Fähigkeit haben, verschiedene Therapieansätze und –methoden zu erlernen. Auch wenn man sicherlich argumentieren könnte, dass diese beiden Positionen sich nicht grundsätzlich gegenseitig ausschließen müssen, ist die Grundtendenz jeweils eine andere. Institut III ist von den in diese Untersuchung einbezogenen Instituten dasjenige, das man am ehesten der „single school + differential referral“ Position zuordnen könnte. Hier wäre dann die Empfehlung an Institut III, sehr konsequent im Curriculum darauf zu achten, dass die Therapeutinnen fundierte Kenntnisse und Erfahrungen in der Überweisung erwerben und vorhandene Behandlungsangebote der Versorgungslandschaft kennen. Betrachtet man die vier „routes to integration“, so wäre die assimilative Integration diejenige, die am ehesten mit Institut III in Einklang steht.

Anders sieht dies für Institut I und IV aus. Aus beiden Ausbildungskonzepten wird die Grundannahme deutlich, dass Therapeutinnen in mehreren Therapieansätzen/-methoden ausgebildet werden können und sollen. Bei Institut I finden sich Elemente der assimilativen

Integration (feste Verankerung in VT, anderes assimilieren), der theoretischen Integration (Allgemeine Psychotherapie nach Grawe) sowie des technischen Eklektizismus („Konglomerat“ aus dem, was wirkt). Bei Institut IV stehen Elemente der theoretischen Integration (Allgemeine Psychotherapie nach Grawe) und der gemeinsamen Wirkfaktoren (verfahrensunabhängige Kernkompetenzen) im Vordergrund. Ganz deutlich wird an beiden Instituten keine „single school + differential referral“ Position vertreten.

#### **10.4. Empfehlungen für die Ausbildung von Psychotherapeutinnen**

Nachdem im vorherigen Kapitel eine Einbettung der Ergebnisse in Theorie und Forschung vorgenommen wurde, sollen nun die Implikationen der Befunde für die Ausbildung von Psychotherapeutinnen diskutiert werden. Dabei sollen einerseits Empfehlungen an Ausbildungsinstitute sowie Ausbildungsteilnehmerinnen formuliert werden; andererseits Implikationen für die gesetzlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen aufgezeigt werden.

##### **10.4.1. Stärken und Schwächen des eigenen Ausbildungskonzepts (kritisch) reflektieren**

Als erste Empfehlung an die Ausbildungsinstitute kann aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie die Reflexion der Stärken und Schwächen des eigenen Ausbildungskonzepts abgeleitet werden. Aus Internetrecherche und Experteninterviews wird deutlich, dass zwar jedes Ausbildungsinstitut bereits dezidiert reflektiert hat, welches Ausbildungsziel es bezüglich „Schulenorientierung/Methodenintegration“ verfolgt und zu welcher „Art“ von Therapeutin die Ausbildung führen soll. Dennoch weisen die Ausbildungskonzepte der verschiedenen Institute unterschiedliche Stärken und Schwachpunkte auf, deren kritische Reflektion für die Ausbildungsinstitute lohnenswert sein könnte.

Im Folgenden werden auf der Grundlage der empirischen Ergebnisse (Internetrecherche, Experteninterviews, Problemzentrierte Interviews mit Ausbildungsteilnehmerinnen) Anregungen bezüglich der Ausbildungskonzepte formuliert. Dabei wird für jedes Institut aufgezeigt, an welcher Stelle die „Achillesverse“ dieses Konzepts zu sehen ist und worauf dieses Institut besonders achten sollte. Die Zusammenschau spiegelt aber ebenso die besonderen Stärken jedes Konzeptes wider. Die Schwachstellen sind nicht so mißzuverstehen, dass sie sich bei jeder Therapeutin zwangsläufig niederschlagen, sondern nur, dass hier eine gewisse Wahrscheinlichkeit besteht (wobei ohnehin nicht von einer 1:1 Vermittlung auszugehen ist, siehe hierzu Kapitel 9.5 und 10.4.2). Zu den Fallstricken von Institut II kann

leider aufgrund des fehlenden Experteninterviews keine zuverlässige Aussage getroffen werden.

Der größte „Bruch“ im Ausbildungskonzept von Institut I („Integrativ arbeiten von Anfang an und dabei VT als strukturierender Rahmen nutzen“) findet sich bezüglich der Stellung von VT. Mal wird hier VT als Dach für andere Richtungen konzipiert, mal als eine unter vielen Richtungen aufgefasst. Hier wechselt die Konzeption von VT zwischen einer übergeordneten Position und einer nicht-übergeordneten. Auch in den Interviews mit den Ausbildungsteilnehmerinnen finden sich diese Unklarheit und dieser Wechsel wieder. Das kann u.U. dazu führen, dass Konzepte, Methoden und Techniken anderer Ansätze komplett unter VT subsumiert werden („alles ist VT“) und eine Zuordnung zu anderen Ansätzen von den Therapeutinnen nicht mehr vorgenommen werden kann. Verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass dies kein Problem sei, dass es so etwas wie den „Besitz“ von Theorien und Konzepten nicht gäbe und dieser auch nicht wichtig sei (siehe Sperry, 2007). Entscheidend sei nicht, wer eine Idee zuerst hatte, sondern dass sie praktisch genutzt werde. Vor dem Hintergrund der rechtlichen Rahmenbedingungen von Psychotherapie(ausbildung) in Deutschland (siehe Kapitel 2 und 10.4.5) kommt dem jedoch eine erhebliche Bedeutung zu, da nur bestimmte Therapieansätze über die Krankenkasse abgerechnet werden dürfen. Dieses wird sogar explizit von zwei Ausbildungsteilnehmerinnen des Institut I (G und H) thematisiert und als „unfair“ bezeichnet.

Diese Gefahr besteht an Institut III explizit nicht. Hier wird die Vermeidung eines „Etikettenschwindels“ sogar ins Ausbildungskonzept aufgenommen. Die Schwachstelle von Institut III ist an anderer Stelle zu sehen. Hier ist nicht die Stellung von VT ungeklärt, sondern vielmehr die Stellung von Methodenintegration uneindeutig. Einerseits wird die große Bedeutsamkeit von „Methodenintegration“ für das Selbstverständnis des Instituts betont. In keinem anderen Institut ist aber das Selbstverständnis der Therapeutinnen so stark über eine Abgrenzung von anderen Richtungen (insbesondere TP) sowie über eine so scharfe Grenzziehung zwischen den Ansätzen gekennzeichnet wie bei Institut III. Die Therapeutinnen betonen sehr deutlich die Unterschiede zwischen ihrem und anderen Ansätzen und laufen damit im Extremfall Gefahr, das explizit genannte Ziel, Schulenstreitigkeiten und Vorurteile zu vermeiden, zu verfehlen. Das Konzept hört sich „integrativer“ an, als es tatsächlich zu sein scheint, ein Vorwurf, den man Institut I explizit nicht machen kann.

Betrachtet man nun das Ausbildungskonzept von Institut IV, so fallen auch hier einige Widersprüche auf. Diese drehen sich allesamt um die Frage, ob das Institut das Konzept des „Therapiesatzes“ aufgibt oder eben doch nicht. Einerseits finden sich an verschiedenen

Stellen Hinweise, die darauf hindeuten, dass das Konzept Therapieschule als überflüssig angesehen wird, dass die Ausbildung tatsächlich voll und ganz zur *Psychologischen Psychotherapeutin* führen soll, es um die Vermittlung von ansatzübergreifenden „Kernkompetenzen“ gehen soll. Dieses zeigt sich auch bei den Therapeutinnen, die wenig in Kategorien von Therapieansätzen denken. Hier laufen Therapeutinnen Gefahr, einerseits Unterschiede zwischen verschiedenen Therapieansätzen und vor allem auch die Grundgedanken von Verhaltenstherapie überhaupt nicht mehr zu kennen. Der Experte von Institut IV gibt hier selbst an, die Therapeutinnen seien durch diese Art der Ausbildung teilweise verwirrt und überfordert – ein Argument, dass in der Debatte um Chancen und Grenzen von integrativen Ausbildungskonzepten immer wieder diskutiert wird (vgl. z.B. Norcross & Halgin, 2005). Gleichzeitig scheint es aber so, dass das Institut sich nicht traut, diese Verabschiedung von Therapieansätzen dann auch vollständig zu verfolgen und in seiner Argumentation wechselt. Besonders deutlich wird dies bezüglich Tiefenpsychologie. Hier wird das Konzept der Therapieschule dann doch wieder deutlicher vermittelt und das Selbstverständnis der Therapeutinnen drückt sich dadurch aus, was sie in Abgrenzung zu TP nicht sind.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass jedes der drei hier näher beleuchteten Ausbildungskonzepte mit expliziten Schwachstellen versehen ist, die die Ausbildungsinstitute für sich reflektieren sollten. Umgekehrt ist aber jedes Konzept entsprechend auch mit etlichen Vorzügen versehen. Das Ziel kann also nicht darin bestehen, diese Schwächen gänzlich zu vermeiden, denn in jeder Schwäche steckt gleichzeitig eine mögliche Stärke des Konzepts. Vielmehr geht es darum, die Stärken des eigenen Konzepts zu erhalten sowie die Schwächen des Konzepts zu kennen und einen sensiblen Umgang damit zu finden.

#### **10.4.2. Nicht von einer 1:1 Vermittlung des Ausbildungskonzepts ausgehen**

Zusätzlich zu einer Sensibilisierung für die Stärken und Schwächen des eigenen Ausbildungskonzepts ist es für jedes Ausbildungsinstitut wichtig im Hinterkopf zu behalten, dass der Input, den sie geben (=das Ausbildungskonzept), immer nur als Anregung zu verstehen ist, der von einigen Therapeutinnen zwar relativ direkt übernommen, der aber immer auch selbständig verarbeitet und in die bestehenden Denk- und Handlungsstrukturen der Therapeutinnen ein- und angepasst wird. D.h. vereinfacht ausgedrückt: Input ist nicht zwangsläufig gleich Output. In Kapitel 9.5 wurde dies als Eigenentwicklung der Therapeutinnen beschrieben, welche im Zusammenspiel mit der Prägung durch das Institut erst den individuellen Entwicklungsverlauf vollständig erklären kann. Auch wenn die Einflussfaktoren auf die professionelle Entwicklung für alle Therapeutinnen identisch sind

(Skovholt & Ronnestad, 1995 benennen als die wichtigste Einflussfaktoren: „professional elders, peers/colleagues, clients, theory/research, personal life, social/cultural environment“), so ist das Timing, die Intensität und Geschwindigkeit der Prägung jedoch individuell und führt zu einer Einzigartigkeit der Entwicklung der Therapeutinnen (Skovholt & Ronnestad, 1995). In der Pädagogischen Psychologie hat die Idee vom Lernen als Konstruktion von Wissen schon seit langem Anerkennung gefunden. Hier weiß man, dass Schüler dargebotenes Wissen nicht einfach 1:1 übernehmen und in ihren Wissensstrukturen ablegen, sondern eine eigene Konstruktion und Verknüpfung mit vorhandenem Wissen vornehmen (siehe z.B. Mietzel, 2001). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass eine konstruktivistische Perspektive auch die Psychotherapie-Ausbildungsforschung erweitern und befruchten kann. Möglicherweise kann man hier an eine Aufnahmebereitschaft der Therapeutin in Anlehnung an die von Ambühl und Grawe (1988) betonte Aufnahmebereitschaft des Patienten denken. Oder um einen anderen Vergleich zu ziehen: Ausbildungsinstitute befinden sich in gewisser Weise in einer ähnlichen Situation wie Eltern, die in ihrer Erziehung ihren Kindern bestimmte Dinge mit auf den Weg geben können, die aber nur begrenzt beeinflussen können, mit wem das Kind dann beispielsweise im Kindergarten oder in der Schule Kontakt hat, welche Erfahrungen es dort sammelt und welche Schlüsse es daraus zieht.

Die Bedeutung der Eigenentwicklungs-Komponente bzw. der Konstruktion durch die Ausbildungsteilnehmerinnen kann gar nicht genug hervorgehoben werden. Zwar würde niemand ernsthaft behaupten, Therapeutinnen würden in ihrer Entwicklung vollständig durch ihr Ausbildungsinstitut geprägt, dennoch ist die Tendenz zur Vereinfachung in dem Sinne zu beobachten, dass eine Ausbildung bei einem bestimmten Ausbildungsinstitut zwangsläufig zu einem bestimmten Typ Therapeutin führte: „Die bei Institut I sind ja alle so....!“ oder „Naja, wenn du zu Institut xy gehst, dann wirst du aber so eine....!“ oder „Ach, die kommt von Institut z – na klar, dann ist die so und so...!“. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen: Eine 1:1 Prägung durch die Ausbildungsinstitute findet nicht statt. Die Institute legen zwar eine gewisse Haltung nahe, aber das Ausbildungskonzept ist nur einer unter mehreren prägenden Einflussfaktoren (siehe Kapitel 9.4). An jedem Institut gibt es auch Therapeutinnen, die viel eher zum Ausbildungskonzept der anderen Institute passen würden.

Gleichzeitig besteht ein interessantes Ergebnis der vorliegenden Studie darin, dass die Ausbildungskonzepte tatsächlich in unterschiedlichem Maße zu verschiedenen Mustern des therapeutischen Selbstverständnisses einladen (siehe Kapitel 9.5). Hier wäre eine

weiterführende Untersuchung an einer großen Stichprobe von Therapeutinnen in Ausbildung interessant, um die hier aufgezeigten Trends auch bezüglich ihrer Repräsentativität für jedes Institut zu untersuchen. Dann könnte jedes Institut für sich reflektieren, inwieweit das von ihm vertretene Ausbildungskonzept auch tatsächlich zu dem Ziel führt, das angestrebt wird.

### **10.4.3. Ausbildungsteilnehmerinnen in der Entwicklung ihres „schulbezogenen“ Selbstverständnisses begleiten und unterstützen**

Ausbilder sollten nicht davon ausgehen, dass Therapeutinnen in Ausbildung automatisch immer gleich wüssten, wie sie das, was sie im Rahmen der VT-Ausbildung lernen, mit ihrem Vorwissen und ihren Vorerfahrungen verknüpfen sollen. Auch wissen sie nicht unbedingt von allein, wie sie bestimmte Dinge „integrieren“ sollen – was nicht verwundert, wenn man bedenkt, dass auch in der Literatur Uneinigkeit darüber herrscht, ob und wie Integration aussehen könnte (Strauss et al., 2009, zeigen allein acht Varianten bezüglich der Verfahrensorientierung von Ausbildungen auf). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen: Die Phase der Ausbildung ist – neben vielen anderen Anforderungen – auch bezüglich der Entwicklung einer therapieschulbezogenen Position eine „heiße“ Phase. Therapeutinnen befinden sich hier in einem Findungsprozess, sie sind Suchende und Auslotende und können hier von Unterstützung und Begleitung profitieren. Dies bedeutet nicht, dass sie nicht auch selbst ihren Weg finden – wie die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit eindrucksvoll belegen (siehe hierzu auch Kapitel 10.4.4). Dennoch können Angebote seitens der Institute hier bei der Bewältigung dieser Entwicklungsaufgabe unterstützend wirken, wobei verschiedene Therapeutinnen hier sicherlich ein unterschiedliches Ausmaß und Format an Unterstützung benötigen. Viele Ausbildungscurricula konzentrieren sich zu stark auf die Vermittlung und Förderung von Kompetenzen und laufen dabei möglicherweise Gefahr, den Identitätsaspekt aus dem Blick zu verlieren. Daher werden im Folgenden einige Möglichkeiten der Unterstützung und Begleitung in diesem Bereich aufgezeigt.

Denkbar wäre dabei erstens ein Zugang über die Vermittlung von theoretischem Wissen über die Möglichkeiten und Grenzen der „Integration“ von Therapieansätzen und -methoden. Nur an einem der untersuchten Institute fand sich ein Theorieblock (soweit man das aufgrund des Seminartitels „Methodenintegration in der Psychotherapie“ vermuten kann), in dem die verschiedenen „routes to integration“ vorgestellt und diskutiert werden, wie sie beispielsweise von Norcross (2005) systematisch beschrieben worden sind (siehe Kapitel 5.3). Viel eher finden sich Gegenüberstellungen von Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie / Psychoanalyse bezüglich ihrer Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Möglicherweise könnte

dies durch ein Theorieseminar zu Konzepten der Integration ergänzt werden. Dieses empfehlen auch Norcross und Halgin (2005) im Rahmen eines „idealen integrativen Ausbildungskonzepts“. Dieses sollte jedoch eher im zweiten Ausbildungsabschnitt vermittelt werden, damit die Ausbildungsteilnehmerinnen nicht nur einen rein theoretischen, sondern auch praxisbasierten Bezug zu den Integrationsmodellen herstellen können.

Mindestens genauso wichtig wie die Vermittlung von theoretischem Wissen scheint des weiteren jedoch die Anregung einer noch expliziteren subjektiven Reflexion der Ausbildungsteilnehmerinnen bezüglich ihrer eigenen Position in Bezug auf verschiedene Therapieschulen. Beispielsweise wurde bei der Durchführung der Problemzentrierten Interviews deutlich, dass viele der Teilnehmerinnen die Interviewsituation als Reflexionssituation erlebten und nutzten (und dies auch teilweise am Ende des Interviews so benannten) und hier eine Art Zwischenresumee zogen im Sinne von „Wo stehe ich als Therapeutin bezüglich verschiedener Therapieschulen?“. Dieses könnte beispielsweise im Rahmen von Selbsterfahrung, Supervision oder in einem selbstorganisierten Prozess im Verlaufe der Ausbildung angeregt werden. Dabei wäre jedoch zu berücksichtigen, dass diese Auseinandersetzung bei verschiedenen Therapeutinnen zu verschiedenen Zeitpunkten im Vordergrund stehen kann.

#### **10.4.4. Auf die konstruktive Entwicklung eines „schulenzugehörigen“ therapeutischen Selbstverständnisses vertrauen**

Wenngleich in Kapitel 10.4.3 die Unterstützung und Begleitung der Ausbildungsteilnehmerinnen empfohlen wurde, bedeutet dies im Umkehrschluss nicht, dass die Therapeutinnen ohne diese Unterstützung nicht zurecht kommen würden. Ein beeindruckendes Ergebnis der Untersuchung ist die Sicherheit und Gelassenheit, mit der die Therapeutinnen bezüglich des Themas „Therapieschule“ ihre Position finden und immer wieder neu erfinden. Nur bei einer Interviewpartnerin (C) dominiert die völlige Verunsicherung und Verwirrung bezüglich der eigenen Position im Bezug auf Verhaltenstherapie und andere Therapieansätze das Interview, wobei selbst diese Interviewpartnerin einräumt, dass der Interviewzeitpunkt eine besondere Phase der Verwirrung darstelle, die vorher schon weniger ausgeprägt gewesen sei. Diese Interviewpartnerin kann in Anlehnung an Marcia (1966) und darauf aufbauend Skovholt & Ronnestad (1995) als im „Moratorium“ befindlich eingeschätzt werden (Vorhandensein einer Krise, Fehlen eines Commitments). Bei allen anderen Interviewpartnerinnen imponiert eher, wie selbstverständlich sie sich auf ihrem Weg befinden, zwar auch Talsohlen durchlaufen,

aber insgesamt bezüglich ihrer therapieschulenbezogenen Identität ihren Weg finden. Die Therapeutinnen vermitteln also eher den Eindruck einer „achieved identity“ (Marcia, 1966), wobei Skovholt und Ronnestad (1995) einwenden, dass eine „achieved identity“ bei Therapeutinnen in Ausbildung noch nicht möglich sei. Folgt man dieser Argumentation, würde man die angehenden Therapeutinnen der vorliegenden Arbeit in Anlehnung an Skovholt und Ronnestad (1995) wohl am ehesten als „true believer“ (*Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin*) bzw. als „multiple attachments“ (*Selbstdefinition als Psychotherapeutin*) charakterisieren, keiner der Therapeutinnen lässt sich als „laissez-faire“ beschreiben. Aber auch diese Einteilung erscheint nicht stimmig, da sie a) den identitätsbezogenen Entwicklungsstand der Therapeutinnen als zu vorläufig erscheinen lässt, b) keine Unterscheidung zwischen einer Entwicklung und einer Pseudoentwicklung vornimmt (z.B. bei Muster 1 nicht unterscheidet, ob eine Auseinandersetzung mit Verhaltenstherapie und anderen Richtungen stattgefunden hat oder ob Verhaltenstherapie einfach unreflektiert übernommen wurde), c) eine normative Ausrichtung enthält, bei der die „achieved identity“ automatisch als die gelungenste, adaptivste Form der Identität angesehen wird. Oerter (2006) – und vor ihm bereits 1966 Marcia – zeigt aber auf, dass mittlerweile auch die diffuse Identität als adaptive Form der Identität diskutiert wird, die durch Offenheit und Flexibilität gekennzeichnet ist und die durch ihre Nicht-Festlegung den sozio-kulturellen Anforderungen besser gerecht werde. Außerdem machen Ambühl et al. (1995) deutlich, dass Therapeutinnen im Laufe ihres Lebens immer wieder die Muster ihrer theoretischen Orientierung verändern und modifizieren. Insofern ist es fraglich, ob es überhaupt sinnvoll ist, von einem *Endpunkt* einer schulenbezogenen Identitätsentwicklung auszugehen. Trotz dieser Kritikpunkte liefert die Einteilung von Marcia (1966) / Skovholt und Ronnestad (1995) interessante Anregungen und weist beispielsweise daraufhin, dass Therapeutinnen bei der Entwicklung ihrer Identität vor unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben stehen: Der „true believer“ steht eher vor der Aufgabe sich zu öffnen, um der Gefahr der Erstarrung zu entgehen, während beim „multiple attachment“ die Aufgabe möglicherweise eher darin besteht, sich festzulegen und zu ordnen, um nicht zu diffus zu werden (siehe Kapitel 3.4).

Bezüglich der insgesamt positiven Selbstdarstellung der Therapeutinnen könnte man weiterhin einwenden, dass die Interviewsituation eine spezielle Situation darstellt, die möglicherweise zu einer besonders positiven und unbelasteten Selbstdarstellung einlädt. Lee und Roth (2004) haben diesen Effekt als „doing of identity and self-presentation during research interviews“ beschrieben; nach Goffman (1959) ist jede Person mit der Aufgabe

konfrontiert, den anderen ein gewünschtes Bild von sich nahe zu bringen. Auch eine Glättung der Erzählung im Rückblick ist nicht auszuschließen, Klarheit brächte hier nur eine längsschnittliche Untersuchung. Dennoch bleibt festzuhalten, dass die Therapeutinnen bezüglich anderer Themen ihre aktuelle Belastung und Unsicherheit deutlich und ungefragt thematisieren (Belastungen durch die Rahmenbedingungen der Ausbildung, Selbstzweifel als werdende Therapeutinnen etc.), so dass vermutet werden kann, dass gravierende aktuelle Belastungen und Unsicherheiten bezüglich des Themas „Therapieschule“ auch hätten thematisiert werden können. Und im Rückblick berichten alle Therapeutinnen von anfänglichen Unsicherheiten und intensiven Auseinandersetzungen bezüglich dieser Frage. Laut Skovholt und Ronnestad (1995) können diese anfänglichen Ängste und Unklarheiten als notwendige Voraussetzung für die Entwicklung einer professionellen Identität angesehen werden. Gerade die Abwesenheit dieser anfänglichen Unsicherheiten stelle, so die Autoren, eher einen Hinweis für eine Pseudoentwicklung dar.

Insgesamt sind die Erzählungen der befragten Therapeutinnen in ihrem Grundtenor eher als gelassen und zuversichtlich zu beschreiben, so dass sowohl den Ausbildungsinstituten als auch zukünftigen Ausbildungskandidatinnen geraten werden kann, auf die konstruktive Entwicklung einer therapeutischen Identität bezüglich des Themas „Therapieschule(n)“ zu vertrauen. Therapeutinnen in Ausbildung kann beruhigend mit auf den Weg gegeben werden, dass sie diesbezüglich ihre Haltung finden werden, dass sie nicht einem imaginären Bild („so und so habe ich als Verhaltenstherapeutin zu sein“) hinterherlaufen müssen und dass dieses therapeutische Selbstverständnis etwas ist, das im Rahmen der Ausbildung nicht abschließend entwickelt werden kann. Eine interessante weitere Forschungsfrage wäre in diesem Zusammenhang auch die Frage, inwieweit die Verhaltenstherapie ein Therapieansatz ist, der diesen Klärungsprozess der Therapeutinnen insbesondere vorantreibt und ob sich ähnliches auch bei Therapeutinnen in einer Ausbildung mit Schwerpunkt Tiefenpsychologie oder Psychoanalyse feststellen lässt.

Auch bezüglich der Frage, welche Rolle der Zeitpunkt „integrativer Ausbildungsbestandteile“ für die konstruktive Entwicklung eines therapeutischen Selbstverständnisses spielt, geben die Ergebnisse der Studie Hinweise: Er spielt keine entscheidende Rolle. Die Entwicklung eines stimmigen therapeutischen Selbstverständnisses gelingt in der vorliegenden Untersuchung sowohl Therapeutinnen, die von Anfang an „integrativ“ ausgebildet werden, als auch Therapeutinnen, deren Ausbildung eher „schulenspezifisch“ gestaltet ist. Dieses Ergebnis

entspricht der Einschätzung von Norcross & Halgin (2005), wonach der von einer Ausbildungseinrichtung vertretene Zeitpunkt einer integrativen Ausbildung stark davon abhängt, welches Ausbildungskonzept die Einrichtung vertritt.

Keine Aussage kann hingegen auf der Grundlage der vorliegenden Befunde bezüglich der Qualität der durchgeführten Therapien getroffen werden. Hier wären weitere Untersuchungen notwendig, die untersuchen, inwieweit es einen Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt von integrativen Ausbildungselementen und der Therapiequalität gibt. Die empirischen Untersuchungen zu integrativer Psychotherapieausbildung stehen aber (übrigens ähnlich wie in großen Teil auch im Bereich der nicht-integrativen Ausbildung, siehe Kapitel 3.5) noch aus (Norcross & Halgin, 2005).

#### **10.4.5. Dabeisein ist alles? – Die Ergebnisse im Kontext der rechtlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen von Psychotherapieausbildung in Deutschland**

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie haben nicht nur eine Bedeutung für die Theoriebildung im Bereich der Ausbildungsforschung oder für die Gestaltung von Ausbildungen. Sie haben darüber hinaus auch Bedeutung im Kontext der rechtlichen und gesundheitspolitischen Situation von Psychotherapieausbildung in Deutschland. Dies ist wichtig zu einem Zeitpunkt, zu dem die Psychotherapieausbildung 10 Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes umfassend evaluiert wird (siehe Kapitel 2.3).

Die Befunde der vorliegenden Untersuchung machen deutlich: Sowohl Verhaltenstherapeutinnen in Ausbildung als auch die Leitung der Ausbildungsgänge sind mit der Anpassung an und der Auseinandersetzung mit äußeren Rahmenbedingungen der Therapieausbildung beschäftigt. Betrachten wir zunächst die *Ausbildungsteilnehmerinnen*. In der Auseinandersetzung mit der doppelten Anforderung, Grundkenntnisse in mehreren Verfahren und eine Vertiefung in einem Schwerpunkt zu erwerben, konnten als wichtige Strategien auf dem Weg der therapeutischen Selbst(er)findung die Abgrenzung (von VT und anderen Richtungen), die Grenzziehung (zwischen VT und anderen Richtungen) sowie Überlegenheits- / Gleichwertigkeitskonstruktionen (von VT im Bezug auf andere Richtungen) identifiziert werden. Die Therapeutinnen beschäftigen sich also damit, ihre Nähe / Distanz zu VT auszuloten, für sich zu klären, wo VT anfängt und aufhört und ob VT anderen Ansätzen überlegen ist oder nicht. Aus den Interviews wird ganz deutlich: Diese Auseinandersetzung ist

nicht nur geprägt durch inhaltliche Aspekte, wissenschaftliche Argumente oder persönliche Bezüge. Die Interviewpartnerinnen geben zu verstehen, dass für diese Auseinandersetzung auch ganz entscheidend die Rahmenbedingungen sind. Dabei spielt zweierlei eine Rolle: 1. Das Bedürfnis, psychotherapeutische Leistungen im deutschen Gesundheitssystem abrechnen zu können und sich daher für ein Richtlinienverfahren zu entscheiden, 2. Das Bedürfnis, die Vorzüge der Zugehörigkeit zur Gruppe der Verhaltenstherapeutinnen nicht ungenutzt zu lassen. Für diejenigen Therapeutinnen stellt dies keine schwierige Aufgabe dar, die sich von Anfang an der Verhaltenstherapie zugehörig fühlen und die Ausbildung mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie bewusst gewählt haben (also vorrangig Therapeutinnen des Musters *Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin*). Für andere Therapeutinnen (eher aus dem Muster *Selbstdefinition als Psychotherapeutin*), die möglicherweise sogar lieber eine Ausbildung in einem anderen Therapieansatz gewählt hätten, stellt dies eine größere Herausforderung dar, da für sie unter den aktuellen Rahmenbedingungen eine Passung zwischen Person und Ansatz (siehe Kapitel 6.1.3) in geringerem Umfang realisierbar ist. Insbesondere für sie gilt, was Lazarus (2005) formuliert hat: „...Each practitioner will shape his or her general school affiliation and its specific techniques to fit his or her own personality“ (S. 360).

Grenzziehung als eine wichtige Kategorie in den Problemzentrierten Interviews spiegelt demnach nicht nur die aktuellen Veränderungen in der Konzeption von Verhaltenstherapie wider (Wellen von Verhaltenstherapie), sondern – und das geht aus den Interviews teils implizit, teils aber auch ganz explizit hervor – enthält immer auch eine Komponente von „Sich-Günstig Aufstellen“. Die Interviews bestätigen also Petzolds (1994) These, dass Psychotherapie nicht nur eine wissenschaftliche Disziplin, sondern auch eine praxisbezogene und berufsständische Interessengemeinschaft darstellt. Bereits bei Ausbildungsteilnehmerinnen ist vieles unter dem Begriff Verhaltenstherapie zu verstehen. Den werdenden Therapeutinnen ist dabei aber nicht unbedingt Böswilligkeit oder fehlendes Unrechtsbewusstsein zu unterstellen. Da andere „Verfahren als die in den Psychotherapie-Richtlinien genannten therapeutischen Interventionen ... nicht Bestandteil des [verhaltenstherapeutischen] Behandlungsplans sein können“ (Informationsblatt für Verhaltenstherapie, Kommentar zu Psychotherapie-Richtlinien), empfehlen Keil-Kuri und Görlitz (1999) Verhaltenstherapeutinnen sogar explizit, andere Ansätze und Methoden als *methodische Hilfsmittel* im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen Behandlungsplan zu nutzen. Insofern scheinen die Therapeutinnen diesem Trend zu folgen, ohne dies immer bewusst zu reflektieren.

Und auch an einem zweiten Trend scheinen sich die Therapeutinnen zu orientieren, nämlich der in Kapitel 4.2 beschriebenen Verbreitung und Vorreiterstellung von VT, die Holmes (2002) mit der Frage „All you need is CBT?“ pointiert hat. Daiminger (2007) hat das Integrationspotential von VT als einen Grund für ihre Attraktivität herausgearbeitet ebenso wie ihre Kassenkompatibilität. Darüber hinaus nennt sie die Passung und Anschlussfähigkeit an die empirische, experimentelle Psychologie und ein naturwissenschaftliches Verständnis von Psychotherapie. Die Interviews mit den Therapeutinnen in Ausbildung zeigen: An diesen Vorzügen wollen die Therapeutinnen teilhaben, sie wollen sie sich nicht entgehen lassen. Gerade die Kategorie der „Überlegenheit/Gleichwertigkeit“ von VT und anderen Richtungen zeigt, dass die Therapeutinnen sich mit dieser Frage auseinandersetzen.

Im Forschungsgutachten zur Psychotherapieausbildung wird derzeit u.a. auch die Frage der Verfahrensorientierung der Ausbildung diskutiert. Laut Strauss (2009) spricht sich die Mehrheit der Befragten (Leitungen, Teilnehmerinnen, Absolventinnen, Lehrkräfte, Experten) für eine Beibehaltung der Verfahrensorientierung von Therapieausbildungen in Deutschland aus (was auch international üblich ist), das stärkste Votum stammt dabei von den Verhaltenstherapeutinnen. Dabei sollte jedoch berücksichtigt werden, dass a) unter dem Begriff Verhaltenstherapie die verschiedensten Konzepte verstanden werden können (bis hin zu einer fast vollständigen Auflösung der Grenzen von Therapieansätzen), dass b) die Befragten nur zwischen Verfahrensorientierung und Störungsorientierung wählen konnten und dass c) auch unter den bisherigen Ausbildungsbedingungen die Therapeutinnen in Kontakt mit den verschiedensten Therapieansätzen kommen (siehe Erfahrungen vor und während der Ausbildung in Kapitel 9.4) und zwar sowohl mit den wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren als auch mit anderen Ansätzen, die nicht als wissenschaftlich anerkannt gelten. Die vorliegende Untersuchung zeigt: Auch diese vom Gesetzgeber nicht vorgesehenen Erfahrungen prägen das therapeutische Selbstverständnis der Therapeutinnen. Und da das Ausmaß der Prägung vor allem davon abhängt, wie persönlich die Erfahrung gestaltet ist („Interpersonal encounters are more influential than impersonal data“, Skovholt & Ronnestad, 1995), kann der Einfluss dieser gesetzlich nicht vorgesehenen Erfahrungen bisweilen sehr umfassend sein.

Des Weiteren sind auch die *Leiter der Ausbildungsinstitute* mit der Anpassung an und der Auseinandersetzung mit äußeren Rahmenbedingungen der Therapieausbildung beschäftigt. An jedem Institut findet sich – trotz der ausgesprochen wohlüberlegten Ausbildungskonzepte

– ein gewisser Bruch in der Haltung bezüglich der Vermittlung einer schulenorientierten/methodenintegrativen Position, der bereits in Kapitel 10.4.1 für jedes Institut ausführlich dargestellt wurde. Besonders augenfällig ist dies bei Institut I und IV, die sogar die Anpassung an das Psychotherapeutengesetz explizit als Problem thematisieren. Institut I schwankt in der Haltung, inwieweit andere Konzepte und Techniken unter VT subsumiert werden oder nicht; Institut IV ist uneinheitlich in seiner Haltung bezüglich der Erhaltung oder Auflösung von Therapieansätzen. Am wenigsten schwer tut sich scheinbar Institut III mit den gesetzlichen Vorgaben und entspricht wohl eher als Institut I und IV den durchschnittlichen bundesdeutschen Ausbildungsinstituten, von denen 43% angeben, gar nicht oder selten schulenübergreifend orientiert zu sein (35% teils/teils, 19% meistens, 7% sehr; Strauss et al., 2009). Aber auch hier könnte man argumentieren: Institut III nimmt eine Anpassung vor, es versucht Anschluss an die wissenschaftliche Debatte um das Thema Methodenintegration zu finden.

Interessant ist zusammenfassend, dass zwar alle Ausbildungsinstitute Bezug auf ein integratives Ausbildungskonzept nehmen, doch keines der Ausbildungskonzepte dem entspricht, was Norcross und Halgin (2005) als optimale integrative Ausbildung vorschlagen (6 Stufen: 1. Vermittlung von Basiskompetenzen, 2. Vermittlung von verschiedenen Theorien menschlichen Verhaltens, 3. Vermittlung von verschiedenen Theorien von Psychotherapie, 4. intensive Praktika, bei dem Teilnehmerinnen Kompetenzen in mindestens zwei Therapieansätzen entwickeln, 5. Vermittlung von Konzepten der Integration, 6. intensive integrative praktische Tätigkeit unter Supervision). Auch wenn selbst in den USA sich ein solches optimales integratives Ausbildungskonzept nur begrenzt realisieren lässt (weil z.B. Ausbilder fehlen, die selbst integrativ ausgebildet wurden usw.), so macht doch die Abweichung der hier untersuchten Institute von diesem Konzept deutlich, wie sehr jedes Ausbildungskonzept den länderspezifischen Rahmenbedingungen unterliegt und durch diese beeinflusst wird.

## **10.5. Fazit und Ausblick**

Verhaltenstherapeutinnen in Ausbildung können bei ihrer Auseinandersetzung mit Verhaltenstherapie und anderen Therapieansätzen als konstruierende Jongleure beschrieben werden. Es wurde in dieser Arbeit für einen Fokuswechsel dahingehend plädiert, systematisch die psychischen Prozesse von Therapeutinnen zu untersuchen. Die Ergebnisse der Untersuchung legen nahe, dass die Position, die eine Therapeutin bezüglich des Themas

„Therapieschule(n)“ vertritt, nicht ausschließlich durch inhaltlich-wissenschaftliche Argumente geprägt, sondern darüber hinaus durch bestimmte eigene Interessen geprägt ist.

Dieses konnte für Therapeutinnen, die sich in Deutschland in einer Ausbildung mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie befinden, gezeigt werden. Für die Forschung ergeben sich hieraus eine Reihe interessanter Fragen, die in Zukunft untersucht werden sollten: Gelten die Befunde auch für erfahrene Therapeutinnen, die schon viele Jahre Berufserfahrung aufweisen? Inwiefern kommt man zu anderen Ergebnissen, wenn man Therapeutinnen zu unterschiedlichen Zeitpunkten in ihrer professionellen Entwicklung untersucht? Wie lassen sich die psychischen Prozesse von Therapeutinnen beschreiben, die sich für eine Ausbildung in einem anderen Richtlinienverfahren (z.B. Psychoanalyse) entschieden haben? Oder in einem Nicht-Richtlinienverfahren? Läßt sich hier ähnliches beschreiben oder handelt es sich bei dem Ergebnis um ein VT-spezifisches Phänomen? Auch wäre es wichtig, Therapeutinnen in anderen Ländern und Gesundheitssystemen zu untersuchen, um somit mögliche Zusammenhänge zwischen Rahmenbedingungen und therapeutischem Selbstverständnis noch besser zu verstehen. Untersuchenswert wäre auch, das therapeutische Selbstverständnis von Therapeutinnen in Bezug zu setzen zu dem, was sie in den Therapiesitzungen mit den Patienten tatsächlich tun.

Wie lohnenswert die Beschäftigung mit der Psychologie von Therapeutinnen und ihren Konstruktionsleistungen ist, zeigt sich bereits dann, wenn man beispielsweise die Literatur zur Methodenintegrationsdebatte unter Berücksichtigung der Ergebnisse dieser Arbeit liest und sich fragt, welche Konstruktionsleistungen der Autoren jeweils erkennbar werden. Zukünftige Forschung könnte hier durch eine systematische Analyse der Argumentationsstrukturen von Autoren (z.B. Polarisierungen) in wissenschaftlichen Fachdiskursen sicherlich Interessantes zutage fördern.

## 11. ZUSAMMENFASSUNG

Seit Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 besteht für angehende Psychologische Psychotherapeutinnen (mit dem Ziel einer Approbation) in Deutschland die doppelte Anforderung, sowohl Grundkenntnisse in mehreren „Verfahren“ als auch eine Vertiefung in einem „wissenschaftlich anerkannten Verfahren“ zu erwerben.

In dieser Arbeit wurde daher untersucht, was in Therapeutinnen vorgeht, wenn sie sich während der Ausbildung mit verschiedenen „Therapieverfahren“ oder „Therapieschulen“ auseinandersetzen. Da gerade in der Verhaltenstherapie eine Überschneidung mit anderen Therapieansätzen besonders relevant ist („Dritte Welle der Verhaltenstherapie“) und die Verhaltenstherapie in den letzten Jahren eine besondere Verbreitung erfahren hat, wurden exemplarisch Therapeutinnen untersucht, die eine Ausbildung mit Schwerpunkt im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie absolvieren.

In Problemzentrierten Interviews wurden Ausbildungsteilnehmerinnen von vier Ausbildungsinstituten zu ihrer Auseinandersetzung mit Verhaltenstherapie und anderen Therapieansätzen befragt. Die Interviews wurden in Anlehnung an die Methode der Grounded Theory ausgewertet. Die Therapeutinnen erwiesen sich als *konstruierende Jongleure*: Um die verschiedenen Erfahrungen mit VT und anderen Richtungen zu einem stimmigen therapeutischen Selbstverständnis zusammenzufügen, konstruieren sie Verhaltenstherapie und andere Therapieansätze jeweils auffallend unterschiedlich. Gemeinsames Kennzeichen des Konstruktionsprozesses ist aber ein Wechsel zwischen Assimilation (Einpassen von Erfahrungen in die bestehende Definition von Verhaltenstherapie und anderen Richtungen) und Akkommodation (Neuorganisation dieser Definitionen). Je nach Erfahrungen vor und während der Ausbildung gestaltet sich dieser Prozess ganz unterschiedlich und mündet entweder in eine Selbstdefinition als *Verhaltenstherapeutin* oder als *Relative Verhaltenstherapeutin* oder als *Psychotherapeutin*.

Die Ergebnisse verdeutlichen also, dass sich hinter der Bezeichnung „Verhaltenstherapeutin“ sehr verschiedene und komplexe Positionierungsprozesse von Therapeutinnen verbergen können. Außerdem zeigen die Befunde, dass die Position, die eine Therapeutin bezüglich eines „therapeutischen Verfahrens“ vertritt, keineswegs ausschließlich durch inhaltlich-wissenschaftliche Argumente geprägt ist. Vielmehr scheinen dabei vielfältige emotionale und kognitive Prozesse eine Rolle zu spielen. Es wird dafür plädiert, diese Prozesse systematisch zu untersuchen.

## Summary

In Germany, psychotherapists in training are obliged to specialize in *one* approach of psychotherapy and to gain basic knowledge of *other* approaches of psychotherapy at the same time. Given this dual expectation, the aim of this study was to investigate how psychotherapists relate to different approaches of psychotherapy during their training. Therapists in cognitive-behavioral therapy (CBT) training were studied exemplarily since CBT is increasingly overlapping with other approaches of therapy (“third wave of CBT”). In addition, CBT has gained increased popularity. Problem-focused interviews with 20 cognitive-behaviour therapists in four different training programs were conducted, and the data was analyzed using grounded theory.

Results indicate that trainees can be described as “constructing jugglers”: To merge their various experiences with CBT and other approaches and to develop a coherent professional self, psychotherapists in training construe CBT and other approaches in many different ways. At the same time, this construction process is characterized by an important commonality: All therapists alternate between assimilation (adapting new experiences to existing definitions of CBT and other approaches) and accommodation (reorganisation of existing definitions). This process then leads to different professional selves: Self-definition as *CBT therapist*, as *Relative CBT therapist* or as *Psychotherapist*.

Thus, the results show that the same term (“CBT therapist”) can actually refer to very different and markedly complex processes of self-definition in psychotherapists. In addition, the data demonstrate that therapists’ arguments are not only influenced by scientific criteria but are also influenced by various emotional and cognitive processes. These processes need to be examined systematically.

## 12. LITERATUR

- Ambühl, H.-R. (1994). Internationale Studie zur Entwicklung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 39, 336-338.
- Ambühl, H.-R., Orlinsky, D., Cierpka, M., Buchheim, P., Meyerberg, J., Willutzki, U., et al. (1995). Zur Entwicklung der theoretischen Orientierung von PsychotherapeutInnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 45, 109-120.
- Ambühl, H. & Grawe, K. (1988). Die Wirkungen von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klient/inn/en. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 36, 308-327.
- Arthur, A. R. (2001). Personality, epistemology and psychotherapists' choice of theoretical model: A review and analysis. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 4, 45-64.
- Assay, T. P. & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 33-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Auckenthaler, A. (1999). Supervision von Psychotherapie: Behauptungen - Fakten - Trends. *Psychotherapeut*, 44, 139-152.
- Austad, C. S., Sherman, W. O., Morgan, T. & Holstein, L. (1992). The psychotherapist and the managed care setting. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, 329-332.
- Baer, R. A. (2005). The third wave: New directions in cognitive-behavioral intervention, *PsycCRITIQUES* (Vol. 50). US: American Psychological Association.
- Barron, J. (1978). A prolegomenon to the personality of the psychotherapist: Choices and changes. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 15, 309-313.
- Bastine, R. (1998). *Klinische Psychologie. Band I. Grundlegung der Allgemeinen Klinischen Psychologie* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bechtoldt, H., Wyckoff, L. A., Pokrywa, M. L., Campbell, L. F., & Norcross, J. C. (2001). Theoretical orientations and employment settings of clinical and counseling psychologists: A comparative study. *The Clinical Psychologist*, 54, 3-6.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Becker, H. S. (1992). *Boys in white. Student culture in medical school* (4. print. ed.). New Brunswick: Transaction Publishers.
- Beutler, L. E., Consoli, A. J. & Lane, G. (2005). Systematic treatment selection and prescriptive psychotherapy. In J. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2 ed., pp. 121-143). New York, NY: Oxford Univ. Press.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., et al. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. ed., pp. 227-306). New York, NY: Wiley.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1996). *Gesprächspsychotherapie: Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bitar, G. W., Bean, R. A. & Bermudez, J. M. (2007). Influences and processes in theoretical orientation development: A grounded theory pilot study. *American Journal of Family Therapy*, 35, 109-121.
- Bohart, A. C. (2000). Paradigm clash: Empirically supported treatments versus empirically supported psychotherapy practice. *Psychotherapy Research*, 10, 488-493.

- Bohart, A. C. (2005). Evidence-based psychotherapy means evidence-informed, not evidence-driven. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35, 39-53.
- Bohart, A. C., O'Hara, M. & Leitner, L. M. (1998). Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 8, 141-157.
- Bohnsack, R. (2004). Gruppendiskussion. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (3. Aufl., S. 369-384). Reinbek bei Hamburg: Rowolt Taschenbuch Verlag.
- Breuer, F. (2003). Subjekthaftigkeit der sozial-/wissenschaftlichen Erkenntnistätigkeit und ihre Reflexion: Epistemologische Fenster, methodische Umsetzungen. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [Online-Journal]*, 4. Zugriff am 19.09.2008, von <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/698/1509>
- Broda, M. (2000). Perspektiven einer Methodenintegration in der Psychotherapie. In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S. 177-191). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Broda, M. & Senf, W. (2000). Transparenz, Kombination, Integration: Ein Stufenmodell zur Integration in der Psychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch* (2. Aufl., S. 293-295). Stuttgart: Thieme.
- Butollo, W., Piesbergen, C. & Höfling, S. (1996). Ausbildung und methodische Ausrichtung Psychologischer Psychotherapeuten - Ergebnisse einer Umfrage. *Report Psychologie*, 21, 126-137.
- Butollo, W., Rosner, R. & Wentzel, A. (1999). *Integrative Psychotherapie bei Angststörungen*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Carr, A. (1995). Clinical psychology in Ireland: A national survey. *Irish Journal of Psychology*, 16, 1-20.
- Castonguay, L. G., Newman, M. G., Borkovec, T. D., Grosse Holtforth, M. & Maramba, G. G. (2005). Cognitive-behavioral assimilative integration. In J. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2. ed., pp. 241-260). New York, NY: Oxford Univ. Press.
- Chambless, D. L. (1996). In defense of dissemination of empirically supported psychological interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 230-235.
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Cohen, S. & Taylor, L. (1977). *Ausbruchsversuche. Identität und Widerstand in der modernen Lebenswelt*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Daiminger, C. (2007). *WWW - Eine Erfolgsgeschichte mit Differenzen. Zur Geschichte der Professionalisierung der Verhaltenstherapie und der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie in der Bundesrepublik Deutschland*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Danziger, K. (1990). *Constructing the subject: Historical origins of psychological research*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Dreyfus, H. & Dreyfus, S. (1986). *Mind over maschine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: The Free Press.
- Duncan, B. L. (2002). The legacy of Saul Rosenzweig: The profundity of the dodo bird. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 32-57.
- Eckert, J. (2006). Lebensweg und Therapieschule. In O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.), *Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren "unmöglichen" Beruf* (S. 432-437). Stuttgart: Schattauer.

- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (1990). Ein heimlicher Wirkfaktor: Die "Theorie" des Therapeuten. In V. Tschuschke & D. Czogalik (Hrsg.), *Psychotherapie: Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse* (S. 272-287). Berlin: Springer.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart.
- Ellis, A. (1970). *The essence of rational psychotherapy: A comprehensive approach to treatment*. New York: Institute for Rational Living.
- Erikson, E. H. (1956). The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 56-121.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Oxford England: Norton & Co.
- Eysenck, H. J. (1970). A mish-mash of theories. *International Journal of Psychiatry*, 9, 140-146.
- Fiedler, F. E. (1950a). A comparison of therapeutic relationships in psychoanalytic, non-directive and Adlerian therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 436-445.
- Fiedler, F. E. (1950b). The concept of the ideal therapeutic relationship. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 239-245.
- Flick, U. (2004). Triangulation in der qualitativen Forschung. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (3. Aufl., S. 309-318). Reinbek bei Hamburg: Rowolt Taschenbuch Verlag.
- Flick, U., v. Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). (2004). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (3 Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowolt Taschenbuch Verlag.
- Fonagy, P. & Target, M. (1996). Should we allow psychotherapy research to determine clinical practice? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 245-250.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3. ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Frey, D. & Haußer, K. (1987). *Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung*. Stuttgart: Enke.
- Frommer, J., Langenbach, M. & Streeck, U. (2004). Qualitative psychotherapy research in German-speaking countries. *Psychotherapy Research*, 14, 57-75.
- Garfield, S. (1997). The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 40-43.
- Gelso, C. J. (1995). Theories, theoretical orientation, and theoretical dimensions: Comment on Poznanski and McLennan (1995). *Journal of Counseling Psychology*, 42, 426-427.
- Gildemeister, R. & Robert, G. (1987). Probleme beruflicher Identität in professionalisierten Berufen. In H.-P. Frey & K. Haußer (Hrsg.), *Identität* (S. 71-87). Stuttgart: Enke.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. New York, NY: Anchor Books.
- Goffman, E. (1974). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.
- Goldfried, M. R. (Ed.). (2001). *How therapists change: Personal and professional reflections*. Washington, DC: American Psychological Assoc.
- Goldstein, A. J. (2001). Reflections of a behavior therapist. In M. R. Goldfried (Ed.), *How therapists change: Personal and professional reflections* (pp. 147-162). Washington, DC: American Psychological Assoc.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2000). Allgemeine Psychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, systemische Therapie* (2., neu bearb. und erw. Aufl., S. 314-325). Stuttgart: Thieme.

- Grawe, K. (2005a). Allgemeine Psychotherapie. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 294-310). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005b). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 4, 4-11.
- Grawe, K. & Fliegel, S. (2005). Ich glaube nicht, dass eine Richtung einen Wahrheitsanspruch stellen kann! *Psychotherapie im Dialog*, 6, 128-135.
- Grencavage, L. M. & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378.
- Gross, P. (1985). Bastelmentalität: Ein "postmoderner" Schwebezustand. In T. Schmid (Hrsg.), *Das pfeifende Schwein* (S. 63-84). Berlin: Wagenbach.
- Habermas, J. (1976). Moralentwicklung und Ich-Identität. In J. Habermas (Hrsg.), *Zur Rekonstruktion des historischen Materialismus* (2. Aufl., S. 63-91). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Hagehülsmann, U. (2000). Therapieschulen. Gewinn oder Verlust psychotherapeutischer Identität? In B. Strauß & M. Geyer (Hrsg.), *Psychotherapie in Zeiten der Veränderung* (S. 356-365). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Hagleitner, J. & Pawlowsky, G. (2008). Ausbildungsstatistik Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Zugriff am 24.04.2009, von [http://www.psychotherapie.at/userfiles/file/aus-fort-weiter-zertifiz/EB\\_Ausbildungsstatistik\\_PT\\_KP\\_GP.pdf](http://www.psychotherapie.at/userfiles/file/aus-fort-weiter-zertifiz/EB_Ausbildungsstatistik_PT_KP_GP.pdf)
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Heekerenz, H. P. (1991). Zur sozialen Akzeptanz der Verhaltenstherapie. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 12, 221-236.
- Hermer, M. (Ed.). (2000). *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Hess, A. K. (1987). Psychotherapy supervision: Stages, Buber, and a theory of relationship. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 251-259.
- Hill, C. E. (2006). Introduction to special section on therapist effects. *Psychotherapy Research*, 16, 143.
- Hill, C. E., Charles, C. & Reed, K. G. (1981). A longitudinal analysis of changes in counseling skills during doctoral training in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 428-436.
- Hill, C. E. & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. ed., pp. 84-136). New York, NY: Wiley.
- Hoff, E.-H. (1990). Identität und Arbeit. *Arbeit und Identität. Psychosozial*, 13, 7-25.
- Hogan, R. A. (1964). Issues and approaches in supervision. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1, 139-141.
- Hollanders, H. & McLeod, J. (1999). Theoretical orientation and reported practice: A survey of eclecticism among counsellors in Britain. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27, 405-414.
- Holmes, J. (2002). Education and debate. All you need is cognitive behaviour therapy? *British Medical Journal*, 32, 288-294.
- Hölzel, H. H. (2006). Zur finanziellen Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung: Ergebnisse einer internetgestützten Fragebogenstudie. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 232-237.
- Hörmann, G. & Textor, M. (1992). *Praxis der Psychotherapie*. Opladen Westdeutscher Verlag.

- Huber, W. (2000). Entwicklung der integrativen Therapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch* (2. Aufl., S. 290-292). Stuttgart: Thieme.
- Jaeggi, E. (1995). *Zu heilen die zerstoßnen Herzen. Die Hauptrichtungen der Psychotherapie und ihre Menschenbilder*. Reinbek: Rowohlt.
- Jaeggi, E. (2006). Abtrünnige, Kompletierer und Optimierer: Was veranlasst Psychotherapeuten, ihrem erlernten Verfahren nicht die Treue zu halten? In O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.), *Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren "unmöglichen" Beruf* (S. 438-443). Stuttgart: Schattauer.
- Jensen, J. P., Bergin, A. E. & Greaves, D. W. (1990). The meaning of eclecticisim: New survey and analysis of components. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 124-130.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2008). Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2008. Zugriff am 15.03.2009, von <http://www.kbv.de/publikationen/125.html>
- Keil-Kuri, E. & Görlitz, G. (1999). *Vom Erstinterview zum Kassenantrag. Seelische Krankheit im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien* (3., überarb. Aufl.). München: Urban & Fischer Verlag.
- Keupp, H. (1998). Diskursarena Identität: Lernprozesse in der Identitätsforschung. In H. Keupp & R. Höfer (Hrsg.), *Identitätsarbeit heute: klassische und aktuelle Perspektiven* (S. 11-39). Frankfurt: Suhrkamp.
- Keupp, H., Ahbe, T., Gmür, W., Höfer, R., Mitzscherlich, B., Kraus, W., et al. (1999). *Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Kleiber, D. (1997). Das Psychotherapeutengesetz: Ein Fortschritt mit Schattenseiten. *Psychomed*, 9, 236-240.
- Krappmann, L. (1971/1988/2000). *Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilhabe an Interaktionsprozessen*. Stuttgart: Klett.
- Krappmann, L. (1998). Die Identitätsproblematik nach Erikson aus einer interaktionistischen Sicht. In H. Keupp & R. Höfer (Hrsg.), *Identitätsarbeit heute: klassische und aktuelle Perspektiven* (S. 66-95). Frankfurt: Suhrkamp.
- Kriz, J. (1985). *Grundkonzepte der Psychotherapie: Eine Einführung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kriz, J. (2001). *Grundkonzepte der Psychotherapie* (5., vollständig überarbeitete Aufl.). München und Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Kriz, J. (2005). Von den Grenzen zu den Passungen. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 12-20.
- Kriz, J. (2006). Die theoretische Ausrichtung und der zugrunde liegende Lebensweg. In O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.), *Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren "unmöglichen" Beruf* (S. 426-431). Stuttgart: Schattauer.
- Kriz, J. (2007). *Grundkonzepte der Psychotherapie* (6., vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Kröner-Herwig, B., Fydreich, T. & Tuschen-Caffier, B. (2001). Ausbildung für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Ergebnisse einer Umfrage. *Verhaltenstherapie*, 11, 137-142.
- Laireiter, A.-R. & Botermans, J.-F. (2005). Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (1. Aufl., S. 53-101). Göttingen: Hogrefe.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.

- Lazarus, A. A. (2005). Multimodal therapy. In J. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2. ed., pp. 105-120). New York, NY: Oxford Univ. Press.
- Lee, Y.-J. & Roth, W.-M. (2004). Making a scientist: Discursive "doing" of identity and self-presentation during research interviews. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [Online-Journal]*, 5. Zugriff am 13.03.2009, von <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/655/1419>
- Lenz, K. (2006). *Soziologie der Zweierbeziehung* (3. Aufl.). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lindel, B. & Sellin, I. (2007). *Survivalguide PiA. Die Psychotherapie-Ausbildung meistern*. Berlin: Springer.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Loganbill, C., Hardy, E. & Delworth, U. (1982). Supervision: A conceptual model. *Counseling Psychologist*, 10, 3-42.
- Luborsky, L. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., et al. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 6, 95-106.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that 'everyone has won and all must have prizes'? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558.
- Margraf, J. (2000). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Matarazzo, R. G. & Patterson, G. (1986). Research on the teaching and learning of therapeutic skills. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 821-843). New York: Wiley.
- Mead, G. H. (1934). *Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Mergenthaler, E. (1992). *Die Transkription von Gesprächen. Eine Zusammenstellung von Regeln mit einem Beispieltranskript* (3. neu überarb. Aufl.). Ulm: Ulmer Textbank.
- Messer, S. B. (1992). A critical examination of belief structures in integrative and eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. (pp. 130-165). New York, NY: Basic Books.
- Meuser, N. & Nagel, U. (1991). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In D. Garz & K. Kraimer (Eds.), *Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen* (pp. 441-471). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Meyer, A.-E., Richter, R., Grawe, K., v.d. Schulenburg, J.-M. & Schulte, B. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Hamburg: Universitäts-Krankenhaus.
- Mietzel, G. (2001). *Pädagogische Psychologie des Lernens und Lehrens* (6., korrigierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Miller, P. (1993). *Theorien der Entwicklungspsychologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Miller, S. D., Duncan, B. L. & Hubble, M. A. (2000). *Jenseits von Babel: Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mullins, L. L., Hartman, V. L., Chaney, J. M., Balderson, B. H. K. & Hoff, A. L. (2003). Training experiences and theoretical orientations of pediatric psychologists. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 115-122.

- Norcross, J. (2005). A primer on psychotherapy integration. In J. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2. ed., pp. 3-23). New York, NY: Oxford Univ. Press.
- Norcross, J. & Goldfried, M. R. (Eds.). (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2. ed.). New York, NY: Oxford Univ. Press.
- Norcross, J. & Napolitano, G. (1986). Defining our journal and ourselves. *International Journal of Eclectic Psychotherapy*, 5, 249-255.
- Norcross, J. C., Castle, P. H., Sayette, M. A. & Mayne, T. J. (2004). The PsyD: Heterogeneity in Practitioner Training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 412-419.
- Norcross, J. C. & Halgin, R., P. (2005). Training in psychotherapy integration. In J. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2. ed., pp. 439-458). New York, NY: Oxford Univ. Press.
- Norcross, J. C., Hedges, M. & Castle, P. H. (2002). Psychologists conducting psychotherapy in 2001: A study of the Division 29 membership. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39, 97-102.
- Norcross, J. C., Karpiak, C. P. & Lister, K. M. (2005). What's an integrationist? A study of self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologists. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1587-1594.
- Oerter, R. (2006). Entwicklung der Identität. *Psychotherapie*, 11, 175-191.
- Omer, H. & London, P. (1988). Metamorphosis in psychotherapy: End of the systems era. *Psychotherapy*, 25, 171-180.
- Orlinsky, D. E., Ambühl, H., Ronnestad, M. H., Davis, J., Gerin, P., Davis, M., et al. (1999). Development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research*, 9, 127-153.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27.
- Orlinsky, D. E. & Ronnestad, M. H. (Eds.). (2005). *How psychotherapists develop. A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Öst, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Parfy, E. (1996). Die Integration von psychotherapeutischen Theorien unterschiedlicher Schulen. *Psychotherapie-Forum*, 4, 84-99.
- Pawelzik, M. (2007). Was ist die "dritte Welle" der Verhaltenstherapie? *Psychologie Heute*, 5, 56-57.
- Petermann, F. & Reinecker, H. (Eds.). (2005). *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Petzold, H. (1994). Grundorientierungen, Verfahren, Methoden. *Psychologisch Beiträge*, 36, 248-284.
- Piaget, J. (1978). *Das Weltbild des Kindes*. München: dtv/Klett-Cotta.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1973). *Die Psychologie des Kindes*. Olten: Walter Verlag.
- Poznanski, J. & McLennan, J. (1995a). Conceptualizing and measuring counselors' theoretical orientation. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 411-422.
- Poznanski, J. & McLennan, J. (1995b). Afterthoughts on counselor theoretical orientation: Reply to Arnkoff (1995) and Gelso (1995). *Journal of Counseling Psychology*, 42, 428-430.
- Poznanski, J. & McLennan, J. (1998). Theoretical orientations of Australian counseling psychologists. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 20, 253-261.

- Poznanski, J. & McLennan, J. (2002). Measuring counsellor theoretical orientation. *Counselling Psychology Quarterly*, 12, 327-334.
- Poznanski, J. & McLennan, J. (2003). Becoming a psychologist with a particular theoretical orientation to counseling practice. *Australian Psychologist*, 38, 223-226.
- Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M. & Wilke, E. (1996). *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Berlin: Springer.
- Rennie, D. L. (2004). Anglo-North American qualitative counseling and psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 14, 37-55.
- Rief, W., Exner, C. & Martin, A. (2006). *Psychotherapie: Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Robins, R. W., Gosling, S. D. & Craik, K. H. (1999). An empirical analysis of trends in psychology. *American Psychologist*, 54, 117-128.
- Rønnestad, M. H. & Ladany, N. (2006). The impact of psychotherapy training: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 16, 261-267.
- Rønnestad, M. H. & Orlinsky, D. (2006). Therapeutische Arbeit und berufliche Entwicklung. *Psychotherapeut*, 51, 271-275.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Ruggaber, G. (2008). Ausbildungsstrukturen auf dem Prüfstand. Aktuelle Situation und Perspektiven. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 40, 87-97.
- Safran, J. D. & Messer, S. B. (1997). Psychotherapy integration: A postmodern critique. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 140-152.
- Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A. & Grant, J. (2004). Therapist attitudes and patient outcomes: I. Development and validation of the therapeutic attitudes scale (TASC-2). *Psychotherapy Research*, 14, 469-484.
- Schiepek, G. (1994). Verhaltenstherapie und Systemische Therapie: Ähnlichkeiten, Unterschiede, Zukunftsperspektiven. *Psychotherapie Forum*, 2, 183-190.
- Schindler, H. & von Schlippe, A. (2006). Psychotherapeutische Ausbildungen und psychotherapeutische Praxis kassenzugelassener Psychologischer PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichentherapeutInnen. *Psychotherapie im Dialog*, 7, 334-337.
- Schlüter, T. (2006). Was benötigt eine Verhaltenstherapie zum Gelingen - und ist das noch Verhaltenstherapie? In O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.), *Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren "unmöglichen" Beruf* (S. 321-337). Stuttgart: Schattauer.
- Schmelzer, D. (1997). *Verhaltenstherapeutische Supervision. Theorie und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. (2005). Outcome research on psychotherapy integration. In J. Norcross & M. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2 ed., pp. 459-493). New York, NY: Oxford University Press.
- Schulz von Thun, F. (2006). *Miteinander reden - 2. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Segal, Z., Williams, M. & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Senf, W. & Broda, M. (Hrsg.). (2000). *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, systemische Therapie* (2., neu bearb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Free Press.
- Skovholt, T. M. & Rønnestad, M. H. (1995). *The evolving professional self: Stages and themes in therapist and counselor development*. Chichester, UK: Wiley.

- Smith, E. (2003). *The person of the therapist*. Jefferson, NC: McFarland.
- Sperry, L. (2007). To be or not to be Adlerian: The personal and organizational dynamics of establishing one's theoretical orientation. *Journal of Individual Psychology*, 63, 126-135.
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. München: Juventa.
- Steinke, I. (2004). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (3. Aufl., S. 319-331). Reinbek bei Hamburg: Rowolt Taschenbuch Verlag.
- Stevens, H. B., Dinof, B. L. & Donnenworth, E. E. (1998). Psychotherapy training and theoretical orientation in clinical psychology programs: A national survey. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 91-96.
- Stoltenberg, C. D. & Delworth, U. (1987). *Supervising counselors and therapists: A developmental approach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Stoltenberg, C. D., McNeill, B. & Delworth, U. (1998). *IDM supervision: An integrated developmental model for supervising counselors and therapists*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (1996). *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory publications*. (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Strauss, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, A., Fliegel, S., Freyberger, H. J., et al. (2009). Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen. Zugriff am 01.06.2009, von <http://www.bbpp.de/pdf-dateien/forschungsgutachten2009.pdf>
- Strauss, W. & Howe, N. (1991). *Generations*. New York: Morrow.
- Stricker, G. & Gold, J. (2005). Assimilative psychodynamic psychotherapy. In J. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2. ed., pp. 221-240). New York, NY: Oxford University Press.
- Sundland, D. M. (1977). Theoretical orientations of psychotherapists. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 189-219). New York: Pergamon Press.
- Vasco, A., Garcia-Marques, L. & Dryden, W. (1992). Eclectic trends among Portuguese psychologists. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2, 321-331.
- Vogel, H. (1999). Verhaltenstheoretische Ansätze in der Gesundheitsversorgung. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 15-43). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Wachtel, P. L. (1981). *Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Ein Plädoyer für ihre Integration*. Stuttgart Klett-Cotta.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Westen, D., Novotny, C. M. & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.
- Whisman, M. A., Dixon, A. E. & Johnson, B. (1997). Therapists' perspectives of couple problems and treatment issues in couple therapy. *Journal of Family Psychology*, 11, 361-366.
- Willutzki, U. & Laireiter, A.-R. (2005). Ausbildung in Verhaltenstherapie - Was ist ein guter (Verhaltens-)therapeut und wie soll Ausbildung gestaltet sein? In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (1. Aufl., S. 21-49). Göttingen: Hogrefe.

- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. (2008). Glossar zu wiederkehrenden Begriffen im Zusammenhang mit den Stellungnahmen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (Stand: 20.05.2008). Zugriff am 17.12.2008, von <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.16>
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. (2009). Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie. Version 2.6. Zugriff am 25.03.2009, von <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier261.pdf>
- Witt, H. (2001). Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research [Online-Journal]*, 2. Zugriff am 05.09.2005, von <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-01/1-01witt-d.htm>
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2006). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Juettemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundlagen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227-255). Weinheim: Beltz.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [Online-Journal]*, 1. Zugriff am 17.10.2005, von <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel-d.htm>
- Wolfe, B. E. & Goldfried, M. R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 448-451.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press.

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Einschätzung der Institute (vor Durchführung der Experteninterviews).....	81
Abbildung 2: Einschätzung der Institute (nach Durchführung der Experteninterviews).....	81
Abbildung 3: Kodierparadigma nach Strauss & Corbin (1996).....	90
Abbildung 4: Frühes Memo (vom 16.08.06) zum zentralen Phänomen .....	92
Abbildung 5: Zugehörigkeit zu VT .....	109
Abbildung 6: Zugehörigkeit zu verschiedenen Therapierichtungen .....	109
Abbildung 7: Einschätzung der Verhaltenstherapie-Ausbildung am Institut.....	110
Abbildung 8: Überzeugtsein von Verhaltenstherapie .....	116
Abbildung 9: Abgrenzung von anderen Richtungen.....	117
Abbildung 10: Grenzziehung zwischen VT und anderen Richtungen.....	117
Abbildung 11: Selbstdefinition als Verhaltenstherapeutin (Muster 1).....	141
Abbildung 12: Selbstdefinition als Psychotherapeutin (Muster 2) .....	161
Abbildung 13: Auseinandersetzung mit VT und anderen Richtungen als Prozess der therapeutischen Selbst(er)findung durch konstruierendes Jonglieren.....	171
Abbildung 14: Therapeutinnen in Ausbildung als Wanderer und Jongleure .....	172

## TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Ausbildungsteilnehmer bundesweit (Bundesarbeitsgemeinschaft, März 2008) .....	6
Tabelle 2: Therapeutenvariablen - Taxonomie nach Beutler et al. (2004).....	12
Tabelle 3: Phasen der professionellen Entwicklung nach Skovholt & Ronnestad (1995).....	15
Tabelle 4: Das Forschungsinstrument der ISDP – Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (DPCCQ) nach Orlinsky et al. (1999).....	16
Tabelle 5: Unterschiedliche Forschungsansätze und -traditionen zur Ausbildungsforschung nach Laireiter & Botermans (2005) .....	22
Tabelle 6: Begriffsbestimmung: Methode, Schule, Verfahren, Ansatz, Richtung.....	36
Tabelle 7: Einteilungsversuche psychotherapeutischer Ansätze (mit besonderem Schwerpunkt auf VT) .....	37
Tabelle 8: Die Unterscheidung zwischen Eklektizismus und Integration nach Wolfe & Goldfried (1988).....	44
Tabelle 9: Grundgedanken des Ausbildungskonzeptes von Institut I.....	100
Tabelle 10: Grundgedanken des Ausbildungskonzeptes von Institut III .....	102
Tabelle 11: Grundgedanken des Ausbildungskonzeptes von Institut IV .....	103
Tabelle 12: Ausbildungskonzepte im Vergleich .....	104
Tabelle 13: Die Studienteilnehmerinnen.....	108
Tabelle 14: Zuordnung Muster und Ausbildungsinstitute.....	169

## **ANHANG**

Anhang A – Interviewleitfaden Problemzentrierte Interviews mit Ausbildungsteilnehmerinnen

Anhang B – Anschreiben Ausbildungsinstitut

Anhang C – Anschreiben Interviewpartnerinnen

Anhang D – Absage eines Instituts

Anhang E – Kurzfragebogen

Anhang F – Postskript

Anhang G – Datenschutzvereinbarung

Anhang H – Beispielzeichnungen

Anhang I – Interviewtraining

Anhang J – Leitfaden Experteninterview

Anhang K – Anfrage Experteninterview

Anhang L – Transkriptionsregeln

Anhang M - Erklärung

Auswertungsbeispiel 1 – Auswertung Experteninterview Institut III

Auswertungsbeispiel 2 – Kurzcharakteristik Interviewpartnerin C

Auswertungsbeispiel 3 – Kodieren mit Hilfe von ATLAS.ti

Auswertungsbeispiel 4 – Entwicklung von Konzepten, Kategorien, Eigenschaften

Auswertungsbeispiel 5 – Auszug aus der Kategorientabelle

Auswertungsbeispiel 6 – Vorgehen beim axialen Kodieren

Auswertungsbeispiel 7 – Vorläufiges Mini-Schema

Auswertungsbeispiel 8 – Erste Achsenschemata

## **ANHANG A – INTERVIEWLEITFADEN PROBLEMZENTRIERTE INTERVIEWS MIT AUSBILDUNGSTEILNEHMERINNEN**

(Institut II; Stand: 04.08.06)

### **Persönliche Vorstellung und Organisatorischer Rahmen:**

Zunächst einmal vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, mit mir dieses Gespräch zu führen.

Ich habe für das Gespräch eine bis maximal anderthalb Stunden eingeplant. Je nachdem, wie viel Sie erzählen und wie viel Zeit Sie haben, können wir auch früher Schluss machen. Selbstverständlich werde ich Aussagen, die Sie hier machen, vertraulich behandeln und Namen oder Orte, die Sie nennen, so anonymisieren, dass später keine Rückschlüsse von Dritten auf Sie oder die genannten Personen / Orte möglich sind. Am Telefon hatten wir ja schon besprochen, dass Sie für dieses Gespräch 20€ erhalten.

Ich habe mir einen Zettel vorbereitet, auf dem einige Fragen stehen. Ich werde diese Fragen nicht strikt abarbeiten, sondern würde Sie einladen, einfach zu erzählen. Ich frage nach, wenn ich etwas nicht verstanden habe oder ich ein Thema vertiefen möchte. Haben Sie nun noch Fragen an mich? Wenn nicht, können wir dann anfangen, wenn Sie mögen.

### **Informationen zur Untersuchung:**

Aus der Mail wissen Sie ja ungefähr, worum es in dieser Untersuchung gehen soll. Mich interessiert Ihr Weg zur Psychotherapie und Ihre Beziehung zur Verhaltenstherapie und anderen Psychotherapierichtungen.

## 1. WEG IN DIE PSYCHOTHERAPEUTISCHE AUSBILDUNG

➔ ***Zunächst möchte ich Sie bitten, mir zu erzählen, wie Sie dazu gekommen sind, PsychotherapeutIn zu werden? Was war wichtig für Sie auf dem Weg zu dieser Entscheidung? Erzählen Sie doch mal...<sup>1</sup>***

- *War VT erste Wahl oder eigentlich lieber andere Ausbildung?*
- *Warum nicht andere Richtung?*
- *Würden Sie sich wieder so entscheiden?*
- *Wie für Institut entschieden? Waren es vor allem pragmatische oder auch inhaltliche Gründe?*
- *Wie kam es dazu, Verhaltenstherapeutin zu werden?*

## 2. PSYCHOTHERAPEUTISCHE VORBILDER

➔ ***Gab es auf diesem Weg Vorbilder für Sie, die Sie geprägt haben und die Sie besonders überzeugend fanden?***

[sowohl bezüglich VT als auch anderer Richtungen]

- *Wenn ein Vorbild genannt: gabs noch jemanden?*
- *Was fanden Sie an denen gut?*
- *Gabs auch abschreckende Beispiele [„negative Vorbilder“, so dass für Sie vielleicht eine bestimmte Richtung nicht mehr in Frage kam?]*

## 3. BEZIEHUNG ZUR VERHALTENSTHERAPIE

### 3.1. Positive Erfahrungen mit der Verhaltenstherapie

➔ ***Können Sie mir eine Situation in Ihrer Ausbildung oder praktischen Arbeit erzählen, in der Sie eine besonders positive Erfahrung mit der VT gemacht haben, in der Sie besonders überzeugt von der VT waren und vielleicht das Gefühl hatten, „ja damit kann ich wirklich gut arbeiten“?***

- *Inwiefern würden Sie sagen, VT passt gut zu Ihnen? Wozu passt es? Worin können Sie sich gut wieder finden?*
- *Gelungene verhaltenstherapeutische Intervention? Wieso als gelungen betrachtet?*
- *Was finden Sie besonders gut umsetzbar / Was fällt Ihnen leicht?*
- *Was gefällt Ihnen an VT gut?*

---

<sup>1</sup> Fett markiert sind die Frageideen zur Einleitung einzelner Themenbereiche, die wenn möglich in allen Interviews gestellt werden sollten. Danach folgen stichwortartig mögliche Nachfragen. Wenn Zeitnot besteht oder der Gesprächsverlauf gestört werden würde, können vor allem die kursiv gedruckten Nachfragen gestellt werden. Daneben greifen die im PZI beschriebenen erzählungsgenerierenden und verständnisgenerierenden Kommunikationsstrategien.

### 3.2. Schwierigkeiten mit der Verhaltenstherapie

➔ ***Können Sie mir eine Situation in Ihrer Ausbildung oder praktischen Arbeit erzählen, in der Sie eine besonders negative Erfahrung mit der VT gemacht haben, in der Sie an der VT gezweifelt haben und vielleicht das Gefühl hatten, „also hier komme ich mit einem verhaltenstherapeutischen Vorgehen wirklich nicht weiter“?***

- *Eine Situation, in der dachten: „Dahinter kann ich nicht stehen. Das passt nicht zu mir“? Situation, in der Sie sich nicht mit Verhaltenstherapie identifizieren konnten?*
- *Wo sehen Sie Probleme bei der Umsetzung?*
- *Eine Intervention, die nicht geklappt hat? Warum als nicht gelungen betrachtet?*
- *Ein Patient, bei dem Sie mit Verhaltenstherapie nicht weiterkamen?*
- *Eine Situation, in der Sie sich unsicher gefühlt haben?*
- *Ein Moment, in dem Sie sich von VT eingeengt / im Stich gelassen fühlten? Wie gehen Sie damit um?*
- *Was gefällt nicht?*

### 3.3. Schwierigkeiten mit der Verhaltenstherapie: Erleben und Umgang

Wenn unter 3.2. keine Schwierigkeiten genannt:

➔ ***Heißt das, dass Sie sich mit der VT identifizieren können?***

- *Was heißt das für Sie? In welchen Situationen merken Sie das?*

Wenn unter 3.2. Schwierigkeiten genannt:

➔ ***Bedeutet das auch, dass Sie sich mit Teilen der VT nicht identifizieren können? Was bedeutet das für Sie?***

- *Wie gehen Sie damit um?*
- *Was tun Sie, wenn Sie an Grenzen der VT stoßen?*
- *Erleben Sie das als belastend? Bringt Sie das in einen Konflikt?*

## 4. VERÄNDERUNG DES VERHÄLTNISSSES ZUR VT IM LAUFE DER AUSBILDUNG

➔ ***Wenn Sie an den Beginn Ihrer Ausbildung zurückdenken, z.B. an den ersten Tag am Institut: Hat sich Ihr Verhältnis zur Verhaltenstherapie verändert – und wenn ja wie? Ich würde Sie bitten, auf einem Zeitstrahl die für Sie wesentlichen Ereignisse zu markieren, die Ihre Beziehung zur VT geprägt bzw. verändert haben. Und mir das zu erläutern, es kommt nicht auf das Bild an, sondern das ist als Stütze gedacht.***

*Interviewpartner ein leeres Blatt geben, auf dem ein Koordinatensystem aufgemalt ist mit einer x- und einer y-Achse. (an der x-Achse steht links „Beginn der Ausbildung“, rechts*

„heute“). Die y-Achsen-Beschriftung NICHT vorgeben, die soll gerade vom Interviewpartner kommen. Kann sich gleich oder im Verlauf des Gesprächs klären.

- Wie sieht die Beziehung genau aus, wie verändert sie sich? (Verfestigung, Zweifel, Differenzierung etc.)
- Durch welche Erfahrungen (in Ausbildung) Veränderung?

#### 5. Identifikation mit / Zugehörigkeit zur VT

- ➔ ***Könnten Sie für den Zeitpunkt „heute“ noch mal zusammenfassend aufzeichnen (neues Blatt - neue Skizze!), wie stehen Sie zur Verhaltenstherapie und zu anderen Richtungen und wie zugehörig fühlen Sie sich jeweils?***

Bild genau besprechen: wo steht Interviewpartner selbst, was bedeutet die Größe der Kreise, Überschneidungen, wie stehen die Richtungen zueinander?

#### 6. BEZIEHUNG ZU ANDEREN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN RICHTUNGEN

- ➔ ***Welche Erfahrungen mit anderen psychotherapeutischen Richtungen als der Verhaltenstherapie haben Sie gemacht?***

- Mit welchen? In welchem Kontext?  
[Uni; andere PT-Ausbildung abgeschlossen; Workshop; in jetziger VT-Ausbildung; eigene Therapie; Praktikum; Beruf; durch Kollegen / Freunde...]
- Welche Bedeutung haben Erfahrungen für Sie als Verhaltenstherapeutin?
- Wünschen Sie sich andere Richtungen kennen zu lernen?
- Wenn ja: Ab wann Lust dazu? Wo geholt?

#### 7. VERHÄLTNIS ZU METHODENINTEGRATION

- ➔ ***Greifen Sie auch in Ihrer praktischen Arbeit auf andere Therapierichtungen als die VT zurück? Konkretes Beispiel?***

- Womit sollte / könnte VT ergänzt werden, um Veränderung in Gang zu bringen?
- Sehen Sie für sich die Möglichkeit integrativ zu arbeiten? Wie stellen Sie sich das vor?
- Wie wichtig ist Ihnen ein übergreifendes Vorgehen für Ihre psychotherapeutische Arbeit?
- Wie wichtig ist Ihnen ein explizit verhaltenstherapeutisches Vorgehen für Ihre psychotherapeutische Arbeit?

- ➔ ***Welche Art von VT wird Ihrer Meinung nach an Ihrem Institut vermittelt [klassisch, verschiedene Richtungen]? Woran machen Sie das fest?***

- Wie andere Therapierichtungen dargestellt? Welche Beziehung zu anderen Psychotherapieansätzen wird vermittelt?

- *Gab es Situationen, in denen Sie dachten: „Komisch, ich bin an einem VT-Institut, weiß nicht, was das jetzt noch mit VT zu tun hat“. Wie erlebten Sie das?*
- *Gab es Situationen, in denen Sie dachten: „Ich wünschte, wir würden auch mehr aus anderen Richtungen lernen?“ Wie erlebten Sie das?*
- *Gab es Situationen, in denen Sie es als verwirrend (bereichernd etc.) erlebten, Inhalte aus anderen Therapierichtungen zu lernen? Können Sie mir ein Beispiel erzählen.*
- *Wie würde für Sie eine ideale Ausbildung aussehen - wie schulenspezifisch vs. integrativ - und warum?*

## 8. PSYCHOTHERAPIEVERSTÄNDNIS

➔ ***Wenn Sie sich mal an eine besonders erfolgreiche Therapie von Ihnen erinnern – fällt Ihnen da ein Klient ein? (abwarten, bis der Interviewte einen konkreten Patienten weiß) - was denken Sie, was hat ihm geholfen, wodurch sind bei diesem Patienten Veränderungen zustande gekommen? (Wirkfaktoren)***

- [wenn keine ansatzspezifischen Faktoren, z.B. VT-Technik, genannt nachfragen; ebenso wenn keine ansatzübergreifenden Faktoren, z.B. therapeutische Beziehung, genannt nachfragen!]
- ***Über verschiedene Patienten hinweg gesehen: Welche Ziele halten Sie für wichtig? (Ziele) Was muss passiert sein, damit Sie mit gutem Gefühl die Therapie beenden können?***
- [abstrakte Begriffe genauer erläutern lassen]
- [wenn keine ansatzspezifischen Ziele genannt, nachfragen; ebenso wenn keine ansatzübergreifenden Ziele genannt, nachfragen!] *Ist das für sie ein verhaltenstherapeutisches Therapieziel? [Wenn nein:] Konflikt?*
- *Wichtigste Aufgaben als TherapeutIn? (Aufgaben) Was kann Therapeut dazu beitragen, diese Ziele zu erreichen?*
- *Missglücke – was hat da gefehlt?*

## 9. BILD VON VERHALTENSTHERAPEUTEN

➔ ***Was macht einen guten Verhaltenstherapeuten aus?***

- [nachfragen: macht das einen guten Therapeuten aus oder einen guten Verhaltenstherapeuten oder beides]
- *Was muss Ihrer Meinung nach jemand mitbringen, der eine VT-Ausbildung machen will?*
- *Was macht einen schlechten Verhaltenstherapeuten. aus? Welche Aufgaben erfüllt er schlecht?*

➔ ***Gibt's so etwas wie einen typischen Verhaltenstherapeuten?***

- Was kennzeichnet ihn?
- Würden Sie sich als typische Verhaltenstherapeutin bezeichnen? Inwiefern?

10. VORSTELLUNGEN ZU SPÄTERER PSYCHOTHERAPEUTISCHER ARBEIT

➔ ***Wenn Sie sich beruflich in 10 Jahren vorstellen: Welche Rolle werden verschiedene Therapierichtungen für Sie spielen?***

- Wünschen Sie sich dann eine praktische Zusammenarbeit mit anderen Verhaltenstherapeuten oder mit Therapeuten aus anderen Richtungen?

11. EIGENE THERAPIEWAHL ALS KLIENT

➔ ***Wenn Sie sich vorstellen, wenn Sie selber Klient wären, für welche Therapierichtung würden Sie sich entscheiden?***

ABSCHLUSS

*Ich danke Ihnen, dass Sie so bereitwillig zu den unterschiedlichen Fragen Auskunft gegeben haben. Fallen Ihnen noch wichtige Dinge ein, die ich bis jetzt noch nicht angesprochen habe?*

## ANHANG B – ANSCHREIBEN AUSBILDUNGSINSTITUT



Freie Universität Berlin, FB EWi & Psychologie  
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin

An das  
Institut II  
Adresse

FB Erziehungswissenschaft und  
Psychologie  
Arbeitsbereich Klinische  
Psychologie und Psychotherapie

Prof. Dr. Anna Auckenthaler  
Habelschwerdter Allee 45  
14195 Berlin

Telefon +49 30 838-55752  
Fax +49 30 838-54945  
E-Mail auckenth@zedat.fu-berlin.de  
Internet www.fu-berlin.de/psychologie/  
klinische/

Berlin, den 15.5.06

### **Forschungsprojekt „Zwischen Schulenorientierung und Methodenvielfalt – die psychotherapeutische Identität von Verhaltenstherapeuten in Ausbildung“ – Interviewpartner gesucht**

Liebe Frau xxx,

im Rahmen eines Forschungsprojekts, das meine Mitarbeiterin Dipl. Psych. Sabine Wolff gemeinsam mit drei Diplomandinnen durchführt, würden wir gerne auch Psychotherapeuten befragen, die ihre verhaltenstherapeutische Ausbildung an Ihrem Institut absolvieren.

Seit längerer Zeit verfolgen wir die Kontroverse um die Frage, ob und in welchem Ausmaß angehende Psychotherapeuten in ihrer Ausbildung unterschiedliche Therapierichtungen kennen lernen sollen. Aus Gesprächen mit VT-Ausbildungsteilnehmern wissen wir, dass angehende Psychotherapeuten es teilweise als bereichernd und hilfreich für ihre professionelle Entwicklung erleben, neben der Verhaltenstherapie in Kontakt mit anderen Ansätzen zu kommen; andererseits fühlen sich zumindest einige Ausbildungsteilnehmer durch zu viel Heterogenität verunsichert und möchten lieber erst einmal einen Ansatz „richtig“ lernen.

Diese Eindrücke (und die Vorgaben der APrV) haben wir nun zum Ausgangspunkt für eine Untersuchung genommen, in der Ausbildungsteilnehmer zu ihrem Umgang mit Ansätzen jenseits des Verfahrens ihrer vertieften Ausbildung (also in unserem Fall: jenseits der Verhaltenstherapie) befragt werden. Wir erhoffen uns davon, Anhaltspunkte für eine möglichst optimal auf die Bedürfnisse der Ausbildungsteilnehmer abgestimmte Gestaltung von Psychotherapie-Ausbildungen zu finden. Bisher wurden Interviews am Institut I geführt, weitere Interviews mit Ausbildungsteilnehmern an Institut III sind geplant.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns die Möglichkeit bieten würden, sechs bis acht (ca. einstündige) Interviews mit angehenden Therapeuten Ihres Instituts zu führen. Die Interviewpartner erhalten von uns eine Aufwandsentschädigung von 20 € für das

Interview. Wir wären insbesondere an Interviewpartnern interessiert, die mindestens 200 Stunden und max. 500 Stunden der ambulanten Behandlungstätigkeit absolviert haben (mindestens 200 Stunden, damit sie bereits genügend eigene praktische Erfahrungen mit der VT gesammelt haben; max. 500 Stunden, damit die Abschlussprüfung noch nicht zu stark im Vordergrund steht).

Frau Wolff wird Sie in den nächsten Tagen anrufen, um alles Weitere mit Ihnen zu besprechen. Selbstverständlich stehe aber auch ich für Nachfragen gern zur Verfügung.

Mit herzlichen Grüßen

Anna Auckenthaler

## ANHANG C – ANSCHREIBEN INTERVIEWPARTNERINNEN



Freie Universität Berlin, FB EWi & Psychologie  
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin

An das  
Institut II  
Adresse

FB Erziehungswissenschaft und  
Psychologie  
Arbeitsbereich Klinische  
Psychologie und Psychotherapie

Prof. Dr. Anna Auckenthaler  
Habelschwerdter Allee 45  
14195 Berlin

Telefon +49 30 838-55752  
Fax +49 30 838-54945  
E-Mail auckenth@zedat.fu-berlin.de  
Internet www.fu-berlin.de/psychologie/  
klinische/

Berlin, den 07.06.06

### Forschungsprojekt „Zwischen Schulenorientierung und Methodenvielfalt – die psychotherapeutische Identität von Verhaltenstherapeuten in Ausbildung“ – Interviewpartner gesucht

Liebe AusbildungsteilnehmerInnen,

im Rahmen eines Forschungsprojekts am Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie der FU Berlin (Leitung: Prof. Dr. Anna Auckenthaler und Dipl.-Psych. Sabine Wolff) suchen wir GesprächspartnerInnen, die bereit sind, über ihre *Erfahrungen als angehende VerhaltenstherapeutInnen* zu berichten.

Das Ziel des Projekts besteht darin, zu untersuchen, welche Beziehung Verhaltenstherapeuten in Ausbildung an verschiedenen VT-Instituten zu dem von ihnen gewählten Verfahren (also der Verhaltenstherapie) haben und wie ihr Verhältnis zu anderen Richtungen ist. Vor dem Hintergrund der Diskussion um eine schulenspezifische vs. integrative Psychotherapieausbildung interessiert uns insbesondere die *Perspektive der AusbildungsteilnehmerInnen*, um auf dieser Basis Anhaltspunkte für die Gestaltung von Psychotherapie-Ausbildungen zu finden. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie dieses Ziel für unterstützenswert halten und sich als InterviewpartnerIn zur Verfügung stellen würden.

Im Rahmen unseres Forschungsprojekts möchten wir uns auf AusbildungsteilnehmerInnen konzentrieren, die sich im zweiten Abschnitt ihrer Ausbildung befinden und bereits **mindestens 200h, aber nicht mehr als 500h** ihrer ambulanten Behandlungstätigkeit absolviert haben. Falls Sie zu dieser Gruppe gehören und bereit sind, sich für ein Interview im Umfang von ca. 1 bis max. 1½ Stunden zur Verfügung zu stellen, bitten wir Sie, eine **Email mit Ihrer Telefonnummer an die Adresse: [Kontaktemail-Adresse](#) (Kontakttelefonnummer) zu schicken**. Unsere Mitarbeiterin wird sich dann möglichst umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen, um einen Interviewtermin zu vereinbaren. Besonderes Interesse hätten wir an InterviewpartnerInnen, die entweder schon eine Ausbildung in einer anderen Therapierichtung gemacht haben oder im Gegenteil noch gar keine / wenig Erfahrungen außerhalb von Verhaltenstherapie aufweisen, wobei dies kein Einschlusskriterium darstellt. Für die Teilnahme am Interview erhalten Sie eine **Aufwandsentschädigung von 20€**.

Mit freundlichen Grüßen

Anna Auckenthaler; Sabine Wolff

## **ANHANG D – ABSAGE EINES INSTITUTS**

Sehr geehrte Frau Wolff,

nach der versprochenen Rücksprache im Institutsvorstand möchte ich Ihnen das Beratungsergebnis mitteilen. Wider eigenem Erwarten entstand durch Ihre Anfrage eine grundsätzliche Diskussion zu den Themen Berufsrecht - PTG - VT-Ausbildung etc. Daraus ergibt sich, dass wir keine Fundamentalkritik am PTG dergestalt üben wollen, dass die derzeitige Teilnahme an der Gesundheitsversorgung für PP oder KJP mit Grundausrichtung VT problematisiert werden könnte. Wir sehen darüberhinaus in der Beschränkung Ihres Forschungsansatzes auf die VT-Institute einen grundsätzlichen methodischen Einwand, denn die weiteren Richtlinienverfahren TP und PA müssten ebenfalls gebührendlich einbezogen werden. All das bewirkt, dass der Vorstand eine jetzige Teilnahme nicht unterstützen möchte.

Mit freundlichen Grüßen

## ANHANG E – KURZFRAGEBOGEN

Freie Universität Berlin, Erziehungswissenschaft und Psychologie,  
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin

Wissenschaftsbereich  
Psychologie  
**Klinische Psychologie und  
Psychotherapie**

Sabine Wolff, Dipl.-Psych.  
Habelschwerdter Allee 45  
14195 Berlin

Telefon +49 30 838 55743  
Fax +49 30 838 54945  
E-Mail wolffs@zedat.fu-berlin.de  
Internet www.fu-berlin.de/psychologie/  
klinische

### Kurzfragebogen im Anschluss an das Interview

#### Persönliche Daten:

- Wie alt sind Sie? \_\_\_\_\_ Jahre

**ID:** \_\_\_\_\_

#### Studium

- Wann haben Sie Ihr Diplom in Psychologie gemacht (MM/JJJJ)? \_\_\_\_\_
- An welcher Universität haben Sie studiert? \_\_\_\_\_
- Weitere Studienabschlüsse? \_\_\_\_\_
- Welche Therapierichtung(en) waren in der Klinischen Psychologie an Ihrer Universität vertreten? \_\_\_\_\_ bzw. mit welchen Richtungen sind Sie an Uni vertieft in Kontakt gekommen?  
\_\_\_\_\_
- Haben Sie bereits während des Studiums Erfahrungen im psychotherapeutischen Bereich gemacht? \_\_\_\_\_

#### Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin

- Haben Sie schon vor Beginn der Ausbildung zur Verhaltenstherapeutin eine andere psychotherapeutische Ausbildung absolviert? Ja / nein Welche? \_\_\_\_\_  
Dauer? \_\_\_\_\_ Vollzeit / berufsbegleitend?
- Wann haben Sie die Ausbildung zur Verhaltenstherapeutin begonnen (MM/JJJJ)? \_\_\_\_\_
- Dauer der Ausbildung: Vollzeit (3.J.) / Teilzeit (5 J.)?
- Voraussichtlicher Abschluss der Ausbildung (MM/JJJJ)? \_\_\_\_\_
- Wo haben Sie Ihr „Psychiatrie-Jahr“ (1200h) abgeleistet? \_\_\_\_\_  
Wann (MM/JJJJ – MM/JJJJ)? \_\_\_\_\_

- Wo haben Sie Ihre „Psychosomatik“ (600h) abgeleistet? \_\_\_\_\_  
Wann (MM/JJJJ – MM/JJJJ)? \_\_\_\_\_
- Wie viele Stunden ambulanter Behandlungen (praktische Ausbildung) haben Sie bereits absolviert? \_\_\_\_\_ h von 600h
- Wie würden Sie die Verhaltenstherapie-Ausbildung an ihrem Institut einschätzen?  
Klassische VT gar nicht 0 ---1-----2-----3-----4-----5 sehr  
Integrative VT gar nicht 0 ---1-----2-----3-----4-----5 sehr
- Was verstehen Sie unter klassischer, was unter integrativer VT?

### Praktische Arbeit / Beschäftigungen

- Wo sind Sie derzeit beschäftigt? \_\_\_\_\_
- In welcher Einrichtung / in welchem Setting sind Sie derzeit therapeutisch tätig?  
\_\_\_\_\_
- Gehen Sie noch einer anderen beruflichen Tätigkeit nach? Wenn ja, welcher?  
\_\_\_\_\_
- Welche Beschäftigungen hatten Sie bisher im klinisch-psychologischen Bereich außerhalb der Ausbildung zur Verhaltenstherapeutin?  
\_\_\_\_\_
- Gab es darüber hinaus weitere frühere Beschäftigungen, die Sie als relevant für Ihre jetzige psychotherapeutische Orientierung / psychotherapeutische Tätigkeit erachten? \_\_\_\_\_

### Theoretische Orientierung

- Wie sehr fühlen Sie sich den folgenden psychotherapeutischen Richtungen zugehörig? Wie sehr identifizieren Sie sich mit folgenden Therapierichtungen?
- |                                     |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| Verhaltenstherapie                  | 0 ---1-----2-----3-----4-----5 |
| Psychoanalyse                       | 0 ---1-----2-----3-----4-----5 |
| Tiefenpsychologische Psychotherapie | 0 ---1-----2-----3-----4-----5 |
| Systemische Therapie                | 0 ---1-----2-----3-----4-----5 |
| Gesprächspsychotherapie             | 0 ---1-----2-----3-----4-----5 |
| Sonstige _____                      | 0 ---1-----2-----3-----4-----5 |

*Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!*

## ANHANG F – POSTSKRIPT

**KURZPROTOKOLL****ID:**  
(Interview-Nr.)

Datum des Interviews:	_____
Uhrzeit:	_____
Ort:	_____
Länge des Interviews (in min): ca.	_____
Interviewer:	_____

Bitte einen kurzen Abriss zu folgenden Punkten:

- a) Interview-Verlauf:**
- b) Atmosphäre:**
- c) weitere anwesende Personen:**
- d) Was hatte InterviewpartnerIn für eine „message“?**
- e) Ist InterviewpartnerIn mir als VTlerIn begegnet?**
- f) Was fange ich auf an Identifikation?**
- g) weitere Anmerkungen:**

# ANHANG G – DATENSCHUTZVEREINBARUNG

Freie Universität Berlin, Erziehungswissenschaft und Psychologie,  
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin

Wissenschaftsbereich  
Psychologie  
**Klinische Psychologie und  
Psychotherapie**

Sabine Wolff, Dipl.-Psych.  
Habelschwerdter Allee 45  
14195 Berlin

Telefon +49 30 838 55743  
Fax +49 30 838 54945  
E-Mail wolffs@zedat.fu-berlin.de  
Internet www.fu-berlin.de/psychologie/  
klinische

## Datenschutzvereinbarung

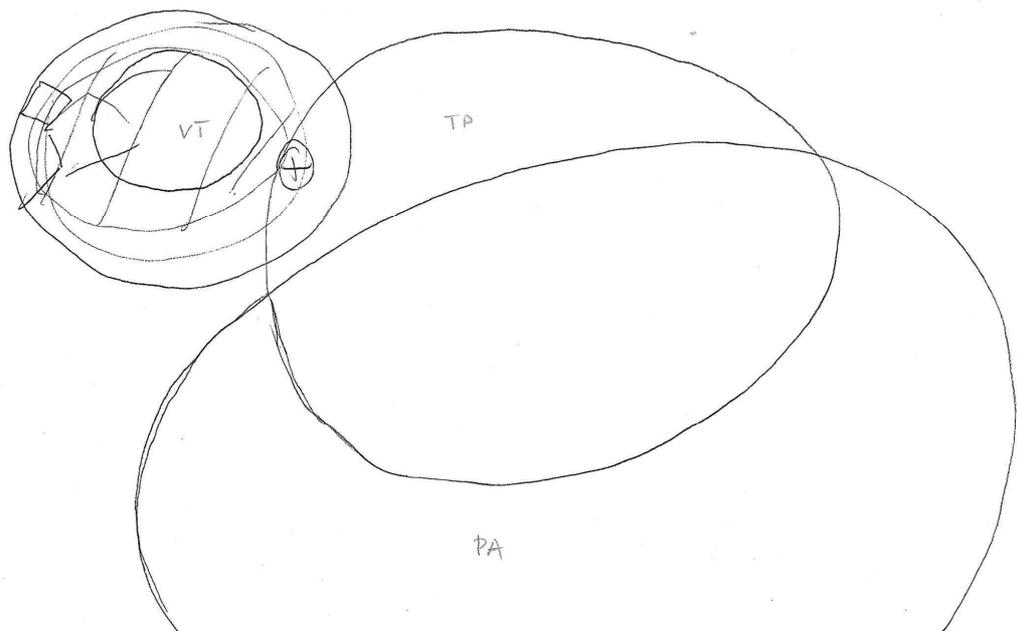
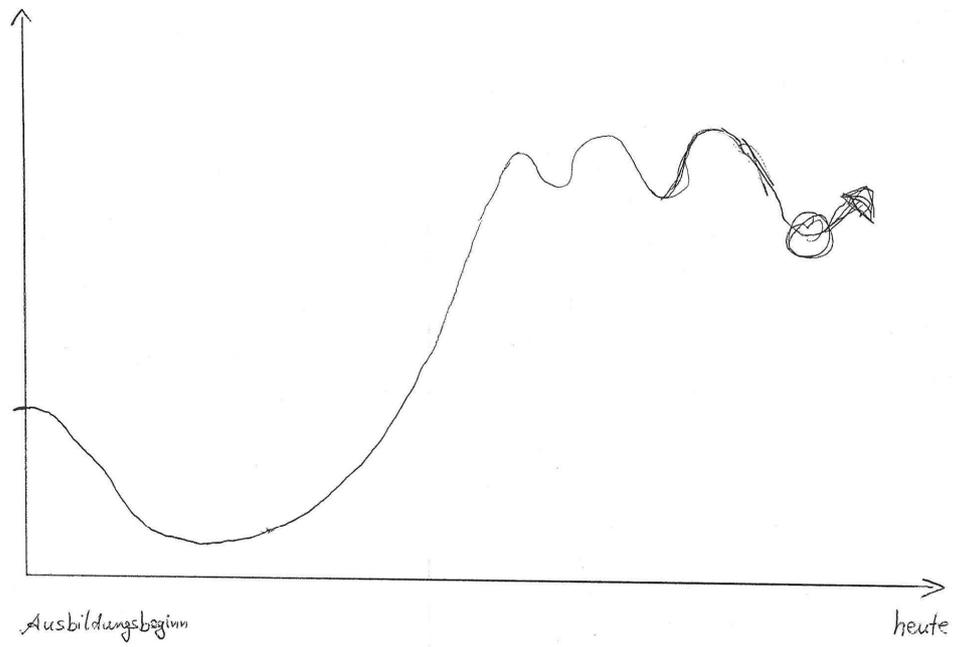
1. Die Teilnahme ist freiwillig.
2. Das Interview wird geführt im Rahmen einer Dissertation an der Freien Universität Berlin, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, Betreuung: Prof. Dr. Anna Auckenthaler.
3. Verantwortlich für die Durchführung und die wissenschaftliche Auswertung ist Sabine Wolff.
4. Die Verantwortliche trägt dafür Sorge, dass sämtliche im Rahmen des Interviews erhobene Daten (Interview und Kurzfragebogen) streng vertraulich behandelt und anonymisiert werden.
5. Die Bandaufnahme wird verschlossen aufbewahrt und nach erfolgter Transkription des Interviews gelöscht, sobald die Dissertation abgeschlossen ist. Sie ist nur der unter 3. genannten Person, den beiden Begutachtern der Dissertation sowie Hilfskräften für die Auswertung zugänglich. Sie kann zur Beratung in einer Arbeitsgruppe vorgespielt werden.
6. Ausschnitte aus dem Interview dürfen in anonymisierter Form in der Dissertation und eventuell daraus hervorgehenden Veröffentlichungen zitiert werden.

.....  
Unterschrift des Interviewpartner/in

.....  
Unterschrift Interviewerin

Berlin, den .....

## ANHANG H – BEISPIELZEICHNUNGEN



## ANHANG I – INTERVIEWTRAINING

Kommunikationsstrategien im PZI am Beispiel des Probeinterviews:

### **Vorformulierte Einstiegsfrage:**

„...ob Du mir-, ob Du Dich noch mal so zurück erinnern kannst und noch mal zurück überlegen kannst, wies dazu eigentlich gekommen ist, dass Du Dich entschieden hast, *Psychotherapeutin* zu werden? .. Und ob Du einfach mal erzählen kannst, was Dir dazu einfällt.“

### **Allgemeine Sondierung**

„Darf ich noch mal nachfragen, was kennzeichnet jetzt diese ... einmal die Gruppe der- wo Du gesagt hast „Angst, Depression, Zwang“, wo die VT ja Deiner Meinung nach gut passt und Du identifizierst bist, und auf der anderen Seite „Onkologie, Schizophrenie, Beziehungsprobleme“, ... - wenn Du jetzt noch mal sagen solltest - was ist das gemeinsame, warum Du einmal Dich identifizierst und einmal [nicht]..?“

### **Ad-hoc-Fragen**

Weitere Fragen des Interviewleitfadens zu Themenbereichen, die von den Interviewten bisher ausgeklammert wurden.

## **Verständnisgenerierende Kommunikationsstrategien**

### **Spezifische Sondierungen**

#### **Zurückspiegelung:**

*Beispiel 1:* Interviewte beschreibt Entscheidung PT zu werden; daraufhin Interviewerin:

„...Okay, also es war also sozusagen eine Mischung aus einmal wirklich halt inhaltlichem Interesse an der Klinischen Psychologie (B: genau), und ganz deutlich im Vergleich zu anderen Fächern, die dich nicht so angesprochen haben, und immer deutlicher weggefallen sind und dann pragmatisch das Gefühl, Du musst jetzt äh je näher das Studienende rückt, ... > du musst jetzt (B: dem Arbeitsmarkt gerecht werden und mich qualifizieren noch)...“

*Beispiel 2:* „...Also keine populärwissenschaftliche Psychologie (B: genau), sondern was, dir wars wichtig, dass es Hand und Fuß einfach hat (B: genau, hm ..).“

#### **Verständnisfragen:**

*Beispiel 1:* „Kannst Du noch mal sagen, was alles, was Du jetzt als esoterisch beschrieben hast?“

*Beispiel 2:* „...Und was meinst Du jetzt mit „systemisch“?“

*Beispiel 3:* „Du bist an die Grenzen gestoßen, hatte das auch was damit zu tun, dass Du das Gefühl hattest, die VT passt nicht zu *mir*, die würde vielleicht zu anderen passen, aber in dem Moment passt es nicht zu mir, oder würdest Du das als eine grundsätzliche Kritik < dann formulieren?“

### **Konfrontationen**

Therapeutin sagt am Anfang des Interviews sich bewusst für die VT entschieden zu haben, später sie habe sich nicht bewusst entschieden und sei auch nicht besonders interessiert gewesen:

„Aber vorhin hast Du doch gesagt, Du hättest Dich bewusst entschieden für die VT? Und würdest Dich auch wieder so entscheiden...?“

## **ANHANG J – LEITFADEN EXPERTENINTERVIEW**

### **Leitfaden Institut III**

#### **Persönliche Vorstellung und Organisatorischer Rahmen:**

Zunächst einmal vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, mit mir dieses Gespräch zu führen. Ich habe für das Gespräch 30 bis max. 45min. eingeplant. Selbstverständlich werde ich Aussagen, die Sie hier machen, vertraulich behandeln und, soweit möglich und sinnvoll, anonymisieren.

Ich habe mir einen Zettel vorbereitet, auf dem einige Fragen stehen. Ich werde diese Fragen nicht strikt abarbeiten, sondern würde Sie einladen, einfach zu erzählen. Ich frage nach, wenn ich etwas nicht verstanden habe oder ich ein Thema vertiefen möchte.

#### **Informationen zur Untersuchung:**

Aus den Vorgesprächen wissen Sie ja ungefähr, worum es gehen soll. Im Rahmen meiner Dissertation habe ich Interviews mit Therapeuten in VT-Ausbildung an vier Ausbildungsinstituten geführt. Außerdem mich auf der homepage der Institute über deren Ausbildungskonzept informiert, insbesondere was die Frage nach Konzepten wie Schulenorientierung (für mich relevant: Verhaltenstherapie) und integrative Ausbildung angeht. Ergänzend zu den Interviews mit Ausbildungsteilnehmern und der Internetrecherche möchte ich nun die Konzepte der Ausbildungsleitung detailliert kennen lernen und von Ihnen mehr darüber erfahren, damit ich weiß, wofür die verschiedenen Institute jeweils stehen. Haben Sie nun noch Fragen an mich? Wenn nicht, können wir dann anfangen, wenn Sie mögen.

#### **Einstiegsfrage:**

- Dürfte ich Sie zum Einstieg bitten, mir noch einmal in Ihren eigenen Worten zu beschreiben, wie Ihr Ausbildungskonzept aussieht? Erzählen Sie doch bitte mal.

#### **Ziel der Ausbildung:**

- Auf Ihrer homepage habe ich gelesen, dass an Ihrem Institut besonderer Wert auf methodenübergreifendes Wissen gelegt wird. Wie würden Sie das Ziel beschreiben, das Sie mit Ihrer Ausbildung (Grundausbildung: methodenübergreifend; Vertiefungsphase: methodenspezifisch) verfolgen? Was sollen die Therapeuten am Ende können, wissen, verstehen und gelernt haben? Was ist da Ihr Anspruch?

- *beispielsweise: ist das Ziel, dass a) Methoden und Techniken aus anderen Richtungen im Rahmen von VT angewendet werden, b) dass andere Richtungen bekannt sind und entsprechend überwiesen werden kann etc.?*
- Woran würden Sie fest machen, dass das Ziel, das Sie verfolgen (das genannte Ziel aufgreifen) erreicht ist? Woran würden Sie festmachen, dass sich das Konzept bewährt hat und in der praktischen Arbeit der Therapeuten angekommen ist? Können Sie mir dafür ein Beispiel geben?

### **Positionierung und Besonderheiten des Instituts im Vergleich zu anderen VT Ausbildungsinstituten in dieser Region**

- Wenn Sie an andere VT-Ausbildungsinstitute in Ihrer Stadt denken, wie würden Sie die Besonderheiten Ihres Instituts beschreiben?
  - *Wie würden Sie die Position Ihres Instituts beschreiben?*
  - *Könnten Sie mir das an einem konkreten Beispiel verdeutlichen?*

### **Bewertung der gesetzlichen Vorgaben** (zwei Ziele: Grundkenntnisse + Spezialisierung):

- Die Approbations- und Prüfungsverordnung gibt ja zwei Ziele vor: einerseits sieht sie die Vermittlung von eingehenden Grundkenntnissen in wissenschaftlichen Verfahren vor, andererseits die vertiefte Ausbildung in einem dieser Verfahren. Wie beurteilen und empfinden Sie diese Vorgabe?

### **Verständnis von VT**

- Es gibt ja verschiedene Auffassungen und Konzepte von VT (z.B. an verschiedenen VT Instituten). Könnten Sie mir beschreiben, was für ein Konzept von Verhaltenstherapie in den VT Seminaren Ihres Instituts vermittelt wird?
  - *Gibt z.B. VT, die sich viel darüber definiert, dass sie Konzepte und Techniken aus anderen Therapierichtungen umfasst.*
  - *Gibt z.B. VT, die bewusst die Vielfalt von Konzepten, die die VT vermittelt, vertieft und darauf ihren Schwerpunkt legt.*

### **Kontroverse „Standbein“ vs. „Scheuklappen“:**

- Es wird ja immer wieder kontrovers diskutiert, wie angehende Therapeuten denn nun idealerweise ausgebildet werden können: Auf der einen Seite wird argumentiert, dass Therapeuten zu Beginn erstmal ein Standbein, einen soliden Rahmen zur Orientierung brauchen und daher eher schulenspezifisch ausgebildet werden sollen. Auf der anderen Seite wird argumentiert, dass dies zu „irreversiblen Scheuklappen“ führe und daher von Anfang an Wert auf eine schulenübergreifende Ausbildung gelegt werden sollte. Wie würde sich hier Ihr Ausbildungsinstitut positionieren?

### **Kontroverse „Integration“ und „Therapieerfolg“:**

- Ein weiterer Streitpunkt bezieht sich auf den Zusammenhang von übergreifendem Vorgehen und Therapiequalität. Einerseits heißt es, dass methodenübergreifendes Arbeiten zu einer Verbesserung der Therapie führe, da die Therapie jeweils auf den Patienten zugeschnitten werden könne. Andererseits wird befürchtet, dass ein übergreifendes Vorgehen auch im Sinne eines „anything goes“ zu einer Willkür und schlechteren Therapie beitragen könnte. Wie sieht Ihr Ausbildungsinstitut das?

Einige speziellere Nachfragen:

- **Dozenten:** Wie ist der Hintergrund der Dozenten, die an Ihrem Institut tätig sind? (Haben Dozenten eine oder mehrere Ausbildungen? Welche? Wie viele?)
- **Gemeinsame Seminare:** Als einen wichtigen Bestandteil Ihrer methodenübergreifenden Ausbildung gelten ja die gemeinsamen Veranstaltungen, die VTler und TPler in Ihrem Programm gemeinsam besuchen. Können Sie mir dieses Konzept noch ein bisschen genauer erläutern?

### **ABSCHLUSS**

*Ich danke Ihnen, dass Sie so bereitwillig zu den unterschiedlichen Fragen Auskunft gegeben haben. Fallen Ihnen noch wichtige Dinge ein, die ich bis jetzt noch nicht angesprochen habe?*

*Kursive Fragen* = Aspekte, die man bei dieser Frage im Hinterkopf behalten kann, aber nicht als Frage stellen muss

*Methodenübergreifendes Wissen* = Möglichst den Begriff verwenden, da dies der offizielle Begriff dieses Instituts ist

## **ANHANG K – ANFRAGE EXPERTENINTERVIEW**

**Mail vom 22.10.2007**

Sehr geehrte Frau X,

letztes Jahr hatten Sie mir freundlicherweise ermöglicht, im Rahmen eines Forschungsprojektes an der FU Berlin Ausbildungsteilnehmer Ihres Instituts für Interviews zu gewinnen (Projekt: "Zwischen Schulorientierung und Methodenintegration – die psychotherapeutische Identität von Verhaltenstherapeuten in Ausbildung"). Ergänzend möchte ich das Ausbildungskonzept der Institute detailliert erfassen. Dazu habe ich zunächst eine Internetrecherche durchgeführt und möchte nun jeweils Experteninterviews mit der Ausbildungsleitung führen. Dabei sollen Fragen der Konzeption der Ausbildung – insbesondere auch bezüglich des Themas „methodenspezifische und methodenübergreifende Ausbildungsgestaltung“ – im Vordergrund stehen. Daher wollte ich nun höflich anfragen, ob Sie bereit wären, als Leiter der verhaltenstherapeutischen Ambulanz Ihres Instituts mit mir ein Experteninterview (max. 30-45min.) zu führen? Was Termin und Ort eines möglichen Interviews angeht, würde ich mich natürlich nach Ihnen richten. Wenn Sie selbst zeitlich keine Kapazitäten für ein solches Interview haben, würde ich mich über eine Empfehlung sehr freuen, an wen ich mich sonst stellvertretend an Ihrem Institut wenden könnte.

Herzlichen Dank im Vorfeld. Ich verbleibe mit freundlichen Grüßen,

Sabine Wolff

## ANHANG L – TRANSKRIPTIONSREGELN

### Transkriptionsregeln (nach Mergenthaler, 1992)

1. *Verbale Äußerungen*: Es wird in Standardorthographie transkribiert. Spricht der Sprecher Dialekt, so wird in der entsprechenden hochsprachlichen Form verschriftet.
2. *Paraverbale Äußerungen*: Alle Laute und Lautfolgen, die nicht als Wörter bezeichnet werden können (z.B. „hm“), werden in literarischer Umschrift nur dann transkribiert, wenn sie für eine Aussage relevant sind.
3. *Nicht verbale Äußerungen*: Alle sonstigen geräuschvollen Sprechhandlungen (z.B. Lachen, Husten usw.) werden in Klammern nur dann transkribiert, wenn sie einer Aussage eine andere Bedeutung geben.
4. *Namen*: Alle Namen werden anonymisiert bzw. durch Pseudonyme (z.B. Frau A) oder Codes (z.B. Institut 1) ersetzt, um keinen Rückschluss auf die befragte Person zu ermöglichen.
5. *Zentrale Fragen des Leitfadens* werden fettmarkiert und unterstrichen.

Zeichen:

I	Interviewer
B	Befragte
?	Frage oder steigende Stimmführung
-	Wortabbruch
;	abgebrochener Gedanke, gefolgt von einem anderen Gedanken
(???)	unverständliche Äußerung
(ist es?)	nicht genau verständlich, vermuteter Wortlaut
A: Doch <	Beginn gleichzeitigen Sprechens oder Einwurf des anderen Sprechers; nur ganz
< B: Aber	kurze Einwürfe wie z.B. „Ja“, „ok“, „klar“ stehen in Klammern innerhalb des Textes des „Hauptsprechers“, z.B. (I: Ja.)
(lacht)	Charakterisierung von nonverbalen Vorgängen und Sprechweise; steht <i>vor</i> der entsprechenden Stelle
[Lachen]	Charakterisierung von nonverbalen und sprachlichen Vorgängen, die auf beide Gesprächspartner bezogen sind
...	Pause
(Pause)	lange Pause (> 30 sec.)
<i>unbedingt</i>	auffallende Betonungen
,	Auslassungszeichen wird nur verwendet, um die Grenzen bei zwei verschiedenen Wörtern zu kennzeichnen, die zu einem zusammengezogen werden. (hab's, aber nicht: 'ne)
'o gott'	Wörtliche Zitate werden in Abgrenzung zu dem sonst vom Sprechen eingebrachten Redeteile in Hochkommata eingeschlossen

Mergenthaler, E. (1992). Die Transkription von Gesprächen. Eine Zusammenstellung von Regeln mit einem Beispieltranskript (3 neu überarb. Aufl.). Ulmer Textbank.

**ANHANG M - ERKLÄRUNG**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorgelegte Arbeit selbständig verfasst habe. Andere als die angegebenen Hilfsmittel habe ich nicht verwendet. Die Arbeit ist in keinem früheren Promotionsverfahren angenommen oder abgelehnt worden.

---

**Datum****Unterschrift**

**AUSWERTUNGSBEISPIEL 1 – AUSWERTUNG  
EXPERTENINTERVIEW INSTITUT III**

<b>Überschrift</b>	<b>Paraphrase</b>
<b>Keine Richtung hat alle Antworten</b>	<p>Keiner kann alle Antworten für sich beanspruchen            Studie: geringe Unterschiede zwischen erfahrenen Therapeuten verschiedener Richtungen → gute Therapie = mehr als nur Schule            Eine Richtung reicht nicht bis ans Ende des therapeutischen Lebens            Nicht: mit einer Richtung die beste Therapie aller Zeiten            Zugeben, dass eine Richtung nicht alle Antworten</p>
<b>Eine Richtung richtig lernen, das jeweils andere respektierend kennen lernen</b>	<p><u>Eine Richtung (VT) gut können:</u>            In gewählter Richtung gute Ausbildung            Für eine Richtung entscheiden            Erstmal seine Methode richtig lernen, bevor man anfängt zu integrieren            Seins im Kopf haben, dann kann man integrieren            Eine Sache richtig verstehen, um neues integrieren zu können            Sonst: Verwirrung des Patienten            Sonst: Aneinanderklatschen von Sachen            Eine gut gelernt, dann integrieren            Wirklich wissen: was ist Problemanalyse, was ist Bedingungsanalyse, was ist BASIC → erstmal VT gut können  <u>Gleichzeitig von Anfang an:</u>            Haltung: es gibt andere Richtungen; Schulenstreit nicht sinnvoll;            Günstig sich miteinander zu befassen            Methodenübergreifende Kleingruppen            Das jeweils andere respektierend kennen lernen            Respektierender Umgang            Atmosphäre von Respekt und Gegenseitigkeit</p>
<b>Vermeidung von Schulenstreits und Energieverlust</b>	<p>Das Allerschlimmste = alte Schulenstreits            Vorurteile nicht entstehen lassen            Konstruktive Auseinandersetzung            Einsparen und Nichtverschwenden von Energie            Bessere Kooperation            Keine Berührungsangst</p>
<b>Dozenten: ihre Therapierichtung vertreten, kein Etikettenschwindel</b>	<p>Dozenten: ihre Richtung vertreten können            Zweite Therapieausbildung: kein Hindernis            Eher Vorteil            Basistheorie muss sein            Nicht etwas anderes unterrichten            Nicht Dramatherapie unter Etikett Verhaltenstherapie            Zweite Ausbildung kein Hindernis, aber Bereitschaft wirklich das [VT] zu unterrichten            Erstmal wirklich VT unterrichten            Klar kennzeichnen, wann man andere Elemente mit rein nimmt            Zweite Ausbildung: 50% der Dozenten</p>

## AUSWERTUNGSBEISPIEL 2 – KURZCHARAKTERISTIK INTERVIEWPARTNERIN C

**C\_DGVT\_w: „Ich weiss gar nicht mehr so richtig, was jetzt eigentlich VT ist und was nicht – ich bin verwirrt!“**

C ist sehr verunsichert und verwirrt, was klassische oder „mainstream“-VT ist und was nicht. Sie gibt an, in den verschiedenen Seminaren und bei verschiedenen Supervisoren unterschiedliches zu lernen und daher sehr oft verwirrt zu sein. Ihr fehlt eine klare Linie, ein Überbau, der die verschiedenen Bestandteile miteinander verbindet. Dies ist für sie sowohl schwierig im Hinblick auf die Antragsformulierung und bevorstehende Prüfung als auch bezüglich ihrer praktischen therapeutischen Arbeit. Sie glaubt, dass „wenn ich da selbst zu wenig das für mich klar habe, dass vielleicht die Therapie auch schlechter ist“. Sie glaubt, dass etwas mehr VT-Struktur besser wäre anstatt es sich patchworkmässig zusammenzuflicken. Der Wunsch nach klaren VT-Techniken ist da: „Ich mach im Moment fast gar nicht Techniken, sondern mach fast nur Verstehen, ähm .. ja, also nicht, nicht sehr viel mehr. Und das find ich schwierig.“ Als besonders erfolgreiche Therapie nennt sie ihre erste Therapie, in der sie sehr stark verhaltenstherapeutisch gearbeitet hat (Flugangsttherapie), wobei sie an anderer Stelle sagt, dass diese Therapie zu stark an der Oberfläche blieb, was sie schade fand. Im Interview finden sich viele Widersprüche und Ambivalenzen, sie revidiert sehr häufig ihre Aussage innerhalb eines Satzes. Auch stellt sie einerseits fest, dass in ihrer Ausbildung so viele Methoden vermittelt werden und ihr dies zu viel ist, wohingegen sie an anderer Stelle betont, dass ihr ein integratives Arbeiten sehr wichtig ist. In einer idealen Ausbildung wünscht sie sich Seminare, die ganz klar VT sind und die verschiedenen Störungsbilder abdecken und daneben Seminare zu anderen Ansätzen, die jedoch klar als solche gekennzeichnet sind. Sieht sich selbst noch nicht als typische Verhaltenstherapeutin, sondern als „totale Anfängerin“, die vielleicht irgendwann mal eine typische Verhaltenstherapeutin wird.

## AUSWERTUNGSBEISPIEL 3 – KODIEREN MIT HILFE VON ATLAS.TI

P15: Auszug H.rtf

1 I: Ja. Hast du in deiner Ausbildung oder in deiner praktischen Arbeit so besonders positive Erfahrungen mit der VT gemacht, wo du sagst: „Boah, das, da passt die VT total zu mir?“

2 B: (leicht schmunzelnd, ironisch das folgende). Ach, ich bin so. Die VT ist ja so .. also auf der einen Seite hat sie ja so was ganz Konkretes und so was, die bricht die Dinge so runter auf so ganz einfache Din-, auf so ganz einfache Sachverhalte. Und oftmals bläst sie die dann wissenschaftlich verbräht auf, wo man so denkt: Was wun-, weiß der Gott, was dahinter ist. Aber dabei sind das im Grunde genommen Pipifax-Alltags-Bewältigungsstrategien, die die Mehrheit der Menschen sowieso für sich anwendet, nur halt irgendwie dann in dem konkreten Fall von Destabilisierung von dem Menschen vielleicht nicht mehr, gerade nicht mehr genutzt werden kann. Also wird dann irgendwie wunder wie verpackt und bla und toll und so. Das ist so was, wo ich merke: „Hey, VT kann so profan sein!“ Das ist echt so, bisschen beschämend auch. (lacht) Und gleichzeitig muss man ganz einfach sagen: Hey, das, was die Leute machen, ist, dass die vermeiden ohne Ende. Die wollen einfach nicht hingucken, dahin wo's wehtut, dahin wo's irgendwie unangenehm wird. Und dadurch, dass man mit denen Verhaltensanalysen macht, dadurch, dass man die einfach einlädt zu sagen: „Hey, lassen sie uns doch mal gucken.“ Und auch n Stück weit diesen Beistand gibt, ja, also diesen Raum anbietet, mit denen zusammen machen. Dadurch löst das schon so ganz viel. ... Also es ist, es funktioniert auf ner ganz banalen Ebene. Also es ist ganz banal. Es war am Anfang so n bisschen so: Häh. Auch n bisschen enttäuschend. Und gleichzeitig funktioniert es aber auch. Und das find ich irgendwie auch geil so. Das ist eigentlich beides.

- ☒ einladende Haltung einnehmen
- ☒ enttäuscht sein
- ☒ Erfahrung dass VT viel bewirken kann
- ☒ gleichzeitig beeindruckt und enttäuscht sein
- ☒ jeder denkt: wunder was - VT kann beeindrucken
- ☒ Konkretheit von VT hervorheben
- ☒ sich für VT schämen
- ☒ sich über VT lustig machen
- ☒ Verhaltensanalysen für wirksam halten
- ☒ verwundert sein
- ☒ von VT beeindruckt sein
- ☒ VT = gemeinsames Arbeiten
- ☒ VT bläst Dinge wissenschaftlich auf
- ☒ VT bricht Dinge runter
- ☒ VT funktioniert auf banaler Ebene
- ☒ VT für banal halten
- ☒ VT für profan halten
- ☒ VT für trivial halten
- ☒ VT hilft Vermeidung aufzulösen
- ☒ VT mobilisiert Vorhandenes
- ☒ VT verpackt Dinge gut
- ☒ wissen es funktioniert
- ☒ zwei Seiten von VT aufzeigen

### Anmerkungen zur Kodierung mit ATLAS.Ti:

Codes werden von ATLAS.ti automatisch alphabetisch gelistet, nicht nach Reihenfolge der Eingabe.

## AUSWERTUNGSBEISPIEL 4 – ENTWICKLUNG VON KONZEPTEN, KATEGORIEN, EIGENSCHAFTEN

### Schritt 1: Entwicklung textnaher Konzepte

*Für die konkrete Entwicklung textnaher Konzepte siehe Auswertungsbeispiel 3 – Kodieren mit Hilfe von ATLAS.ti*

Die Entwicklung textnaher Konzepte erfolgte dabei in Anlehnung an Strauss & Corbin (1996) und Charmaz (2006) nach folgenden Prinzipien:

- Es wird Vorfall mit Vorfall verglichen
- Codes sollen eher Handlungen als Themen beinhalten (z.B. eher „VT für trivial halten“ statt „Trivialität von VT“)
- Codes sollen konzeptualisieren, nicht einfach nur zusammenfassen (z.B. eher „VT hilft Vermeidung aufzulösen“ als „Leute wollen nicht hingucken, wo es wehtut“ + „VT macht Verhaltensanalyse“ usw.)
- Codes sollten spontan und schnell vergeben werden; sie sind vorläufig und können umbenannt werden – wichtig ist zu benennen, damit man anfangen kann, über das Konzept / die Kategorie nachzudenken und sie zu entwickeln (z.B. „wissenschaftlich verbrämt aufblasen“ als Platzhalter nutzen, solange kein besserer Kode einfällt)
- Codes sollen kurz und präzise sein
- Konzepte aus der Literatur sind mit Vorsicht zu benutzen, da sie mit bestimmten Assoziationen verbunden sind. Sie sind daher mit einer Definition zu versehen; lieber in-vivo-Kodes oder alltagssprachliche Begriffe wählen
- Dieselbe Textstelle kann mehrfach kodiert werden, wenn sie mehrere Konzepte enthält (Beispiel: „Pipifax-Alltags-Bewältigungsstrategien“ → „VT für alltäglich halten“ / VT abwerten“ usw.)
- Begriffe wie „oftmals“, ein „bisschen“ sind für die Entwicklung von Konzepten und Kategorien zunächst irrelevant; sie zeigen die Ausprägung der Kategorie in diesem konkreten Interview an und fließen in die Eigenschaften ein, jedoch nicht in die Kategorien selbst.
- Dieselbe Textstelle kann auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen kodiert werden; die gewählte Ebene verändert sich im Verlaufe des Auswertungsprozesses

### Schritt 2: Entwicklung abstrakterer Kategorien

**Kategorie:** Kritik an VT äußern

**Definition der Kategorie:** Die Kategorie bezieht sich auf alle Textstellen, in denen Kritik an VT geäußert wird. Hier wird nicht schwerpunktmäßig festgehalten, *welche Inhalte* von Verhaltenstherapie die Therapeutin kritisiert (z.B. untergeordnete Rolle von Emotionen in der VT, Schwierigkeit an zugrunde liegenden Konflikten und Identität in VT zu arbeiten usw.), sondern eher *WIE* diese Kritik geübt wird und wie grundsätzlich die Kritik formuliert wird. Denn in dieser Arbeit soll ja die *Beziehung* der Verhaltenstherapeutinnen zu Verhaltenstherapie (und anderen Richtungen) untersucht werden und nicht Verhaltenstherapie per se. Es interessiert hier also eher die Art der Positionierung und zugrunde liegende Haltung der Therapeutinnen. Die Art des Kritikübens wird als eine Ausdrucksform dieser Positionierung angesehen. Dieses wird auch besonders dadurch hervorgehoben, dass die

Kategorie nun nicht mehr wie anfänglich als „Kritik an VT“ bezeichnet wird, sondern als „Kritik an VT äußern“. Dadurch soll der aktive und handlungsbezogene Aspekt der Positionierung betont und verhindert werden, dass der Fokus immer wieder verschwimmt und sich unbemerkt auf die inhaltlichen Kritikpunkte von VT verschiebt.

**Eigenschaft der Kategorie:** partiell vs. grundsätzlich (Kontinuum)

### **Schritt 3: Entwicklung der Eigenschaften der Kategorie**

Es wurde schnell deutlich, dass die Kategorie „Kritik an VT äußern“ dimensional ausgeprägt ist: Die Therapeutinnen (und auch innerhalb einzelner Interviews: die Textstellen) unterscheiden sich darin, wie partiell oder grundsätzlich die geäußerte Kritik an VT ausfällt. Um diesen zunächst intuitiv gewonnenen Eindruck zu systematisieren und damit die Kategorie „Kritik an VT äußern“ auch in ihren Eigenschaften zu entwickeln, wurden induktiv aus dem Text heraus verschiedene Indikatoren erarbeitet, an hand derer sich in der Folge für verschiedene Textstellen bestimmen ließ, wie grundsätzlich oder partiell Kritik geübt wurde. Dabei lässt sich jedoch nicht jeder Indikator für jede Textstelle bestimmen. Für die Gesamteinschätzung einzelner Interviews bezüglich der Ausprägung der Kritik an VT war die Gesamtheit an Textstellen mit Kritik an VT ausschlaggebend.

#### ***Indikatoren für eine grundsätzliche (vs. partielle) Kritik an VT:***

spontan (vs. auf Nachfrage)  
 theoretisch und abstrakt (vs. praxisnah)  
 Kernbereiche von VT betreffend (vs. Randbereiche)  
 wertend (vs. beschreibend)  
 nicht relativiert (vs. relativiert)  
 situativ formuliert (vs. generell)

#### ***Textstellenbeispiel für eher PARTIELLE Kritik (Ausprägung der Kategorie: min-mittel)***

I: Ja, und würdest du dann selber sagen, du bist eine typische Verhaltenstherapeutin?

B: Ich fahr damit ganz gut. Ich lass auch manchmal Freiräume zu, ähm, das kann gut gehen, weil es manchmal Ecken freilegt die, auf die ich sonst nicht gekommen wäre. Mit einer starken Strukturierung verbau ich mir manchmal bestimmte Zugänge. Zum Beispiel dass der Tod des Großvaters mit 7 Jahren eine große Rolle gespielt hat, darauf komm ich dann nicht. Wenn`s nicht am Anfang bei der Anamnese mit eine Rolle gespielt hat. Manche Sachen kommen eben erst im Nachhinein. ... Das verbau ich mir, wenn ich immer nur strukturiere, strukturiere, strukturiere und nachfrage und ich bau aber jetzt, also ich lass Leute manchmal reden, weil ich denke vielleicht, ähm, ist das ein Hinweis. Und dann lass ich Freiraum. Nicht die ganze Stunde, aber, ähm, ich fahr mit dieser Situation sehr gut. Das ich immer wieder auf`s Verhaltensanalytische komme. Es ist aber auch eine Erfahrung von mir, dass es o.k. ist, wenn das mal nicht passiert. Weil sich dann einfach interessante Dinge ergeben. (K: 495-508)

#### **Ausprägung der Indikatoren:**

Praxisnah, beschreibend, relativiert, situativ formuliert → eher partiell, aber:  
 spontan genannt → auch grundsätzlich

#### ***Textstellenbeispiel für eher GRUNDSÄTZLICHE Kritik (Ausprägung der Kategorie: mittel-max)***

Und oftmals bläst sie [Verhaltenstherapie; Einfügung durch S. W.] die dann wissenschaftlich verbräht auf, wo man so denkt: Was wun-, weiß der Gott, was dahinter ist. Aber dabei sind das im Grunde genommen Pipifax-Alltags-Bewältigungsstrategien ... Also wird dann

irgendwie wunder wie verpackt und bla und toll und so. Das ist so was, wo ich merke: „Hey, VT kann so profan sein!“ Das ist echt so, bisschen beschämend auch. (lacht) Und gleichzeitig muss man ganz einfach sagen: ... dadurch, dass man mit denen Verhaltensanalysen macht, dadurch, dass man die einfach einlädt zu sagen: „Hey, lassen sie uns doch mal gucken.“ Und auch n Stück weit diesen Beistand gibt, ja, also diesen Raum anbietet, mit denen zusammen machen. Dadurch löst das schon so ganz viel.

Ausprägung der Indikatoren:

spontan formuliert, eher abstrakt, wertend, eher generell formuliert → eher grundsätzlich, aber:

Kernbereich/Randbereich (+/-), relativiert → auch partiell

**Schritt 4: Abgrenzung der Kategorie von anderen Kategorien**

**Memo – „Kritische Haltung gegenüber VT“ und „Kritik an VT äußern“ – zwei getrennte Kategorien? – 21.08.07**

Kritik an VT zu äußern und eine kritische vs. überzeugte Haltung von VT zu haben, sind zwei getrennte Dinge. Daher sind auch zwei getrennte Kategorien zu bilden. Denn es ist wichtig, Personen zu unterscheiden, die eine kritische Haltung zu VT haben und VT kritisieren von solchen Personen, die hinter VT stehen und dennoch in der Auseinandersetzung mit VT Kritikpunkten äußern.

Es gibt also vier Fälle:

- 1) kritische Grundhaltung gegenüber VT, aber es wird wenig Kritik direkt geäußert
- 2) kritische Grundhaltung gegenüber VT und es wird viel Kritik geäußert
- 3) überzeugte Grundhaltung gegenüber VT und es wird wenig Kritik geäußert
- 4) überzeugte Grundhaltung gegenüber VT und es wird viel Kritik geäußert.

# AUSWERTUNGSBEISPIEL 5 – AUSZUG AUS DER KATEGORIEN-TABELLE

Kategorie	Definition	Min	Mittel	Max
<b>Eindeutigkeit der Entscheidung für VT</b>	Diese Kategorie gibt an, wie eindeutig B sich für eine VT-Ausbildung entschieden hat. Die Entscheidung wird umso weniger als eindeutig angesehen, je mehr auch andere Richtungen ernsthaft in Erwägung gezogen wurden (und nicht nur als Abgrenzung genannt werden) und je mehr nicht-inhaltliche Gründe für die Entscheidung angeführt werden. Je mehr VT-bezogene Argumente genannt werden (z.B. als Hauptgrund), desto eindeutiger wird die Entscheidung bewertet.	Wollte eigentlich lieber eine andere Richtung machen, bekam aber keinen Platz  <b>ESH</b> <b>TLB</b>	1) auch andere Richtung(en) wurde(n) in Erwägung gezogen, dann aber pragmatische Entscheidung für VT, 2) VT wurde gewählt, da Ablehnung von anderen Richtungen  <b>CADOPMT</b>	Es wurde eine bewusste und deutliche Entscheidung FÜR VT getroffen, es werden Argumente für VT genannt, VT war die Ausbildung, die überhaupt oder vorrangig in Erwägung gezogen wurde. (z.B. Q: „es stand nie etwas anderes zur Debatte“; G: „das dachte ich eigentlich von Anfang an“)  <b>KINQFGR</b>
<b>Stärken von VT nennen</b> Gefallen an VT  spontan - auf Nachfrage abstrakt/theoretisch - praxisnah/mit Leben gefüllt nicht relativiert - relativiert erwartet - unerwartet situativ - situationsübergreifend	bezieht sich auf alle Textstellen, in denen Stärken von VT benannt werden. Hier wird ähnlich wie bei Kritik an VT - nicht schwerpunktmäßig festgehalten, welche <i>Inhalte</i> von VT als Vorteile hervorgehoben werden, sondern eher WIE diese Vorzüge beschrieben werden und wie deutlich diese hervorgehoben werden.	Stärken von VT werden eher auf Nachfrage genannt, nur selten spontan, sie werden schnell wieder relativiert, die Stärken werden eher abstrakt und auf einzelne Situationen beschränkt formuliert.  <b>BMSTHL</b>	  <b>CDKPEGIJR</b>	Erwähnt viele und deutliche Stärken von VT; diese werden nicht relativiert oder eingeschränkt, spontan genannt, überraschen nicht und werden als situationsübergreifend beschrieben  <b>NFAQOQ</b>

## AUSWERTUNGSBEISPIEL 6 – VORGEHEN BEIM AXIALEN KODIEREN

Das Ziel des axialen Kodierens besteht darin, eine Kategorie (*Phänomen*) in Bezug auf die *Bedingungen* zu spezifizieren, die das Phänomen verursachen, den *Kontext* (ihren spezifischen Satz von Eigenschaften), in den das Phänomen eingebettet ist; die *Handlungs- und interaktionalen Strategien*, durch die es bewältigt, mit ihm umgegangen oder durch die es ausgeführt wird; und die *Konsequenzen* dieser Strategien (Strauss & Corbin, 1996). In dieser Untersuchung kamen zwei Vorgehensweisen beim axialen Kodieren zum Einsatz: 1. Textstellenimmanentes axiales Kodieren, 2. Fallübergreifendes axiales Kodieren.

### 1. Textstellenimmanentes axiales Kodieren

Bei dieser Art des axialen Kodierens wird gezielt nach Textstellen gesucht, in der eine bestimmte Kategorie vorkommt. Die genaue Analyse des unmittelbaren inhaltlichen Kontextes gibt dann Aufschluss über Verbindungen dieser Kategorie. Hier können einerseits Schlüsselwörter wie „wenn“, „da ja“, „infolge“, „wegen“ als Indikatoren für kausale Zusammenhänge (aus Sicht der Interviewten) hilfreich sein. Andererseits können in Anlehnung an das Kodierparadigma Fragen gestellt werden.

#### **Textstelle:**

I: Gab es Ereignisse, die dazu geführt haben, dass sich die Identifikation mit VT verändert hat?

B: Naja, war so kontinuierlich, sag ich mal, also mit Kennenlernen von, ähm, Verhaltenstherapeuten, die, äh, sympathische, also die Sympathieträger wirklich waren für mich. Meine eigene Lehrtherapie, die war auch wichtig für mich. Ähm, sozusagen, bis hin; ja, die hat auch dazu beigetragen, schon, mich damit zu identifizieren. Einfach weil ich gemerkt hab „wow, das ist gut, das tut mir gut“. (B lacht). So. Und ja, und dann halt, ja, negative Erfahrungen mit TP`lern auch, sowohl in der Praxis als auch theoretisch, also diese scheinbare integrative (B lacht) Ausbildung, vielleicht kommen wir ja noch dazu, auf der Theorieebene, die war auch nicht toll. (O: 183-192)

#### **Zusammenhänge:**

##### Phänomen:

VON VT ÜBERZEUGT SEIN: mittel-max („hat dazu beigetragen sich mit VT zu identifizieren“)

Vorauslaufende Bedingungen:

- EIGENTHERAPIE WÄHREND DER AUSBILDUNG („eigene Lehrtherapie war wichtig“)
- AUSTAUSCH MIT VT LERN („Kennenlernen von sympathischen Verhaltenstherapeuten“)

- AUSTAUSCH MIT TP AUSBILDUNGSKOLLEGEN („negative Erfahrungen mit TPlern auf der Theorieebene“ – hier wird Bezug auf die gemeinsamen Theorieseminare genommen)
- ERFAHRUNGEN IN DER KLINIK („negative Erfahrungen mit TPlern in der Praxis“ – hier wird Bezug auf das Praktikum genommen)

## **2. Fallübergreifendes axiales Kodieren:**

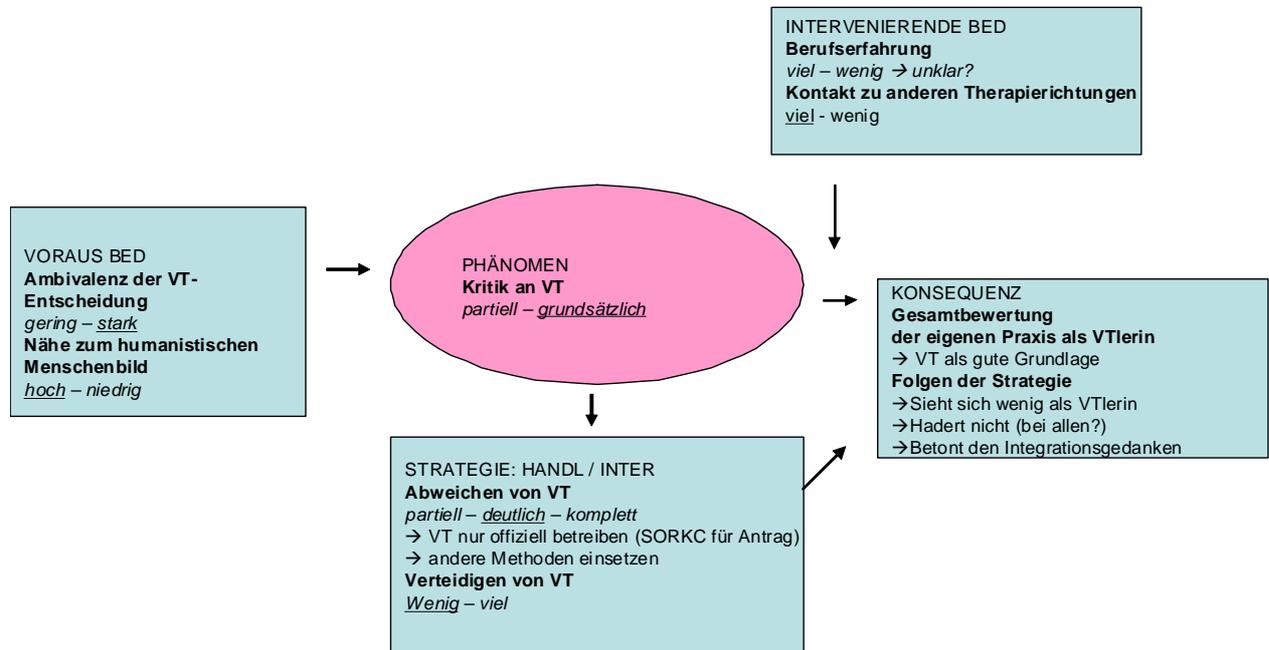
Eine weitere Möglichkeit des axialen Kodierens beinhaltet kein textstellenimmanentes, sondern ein fallübergreifendes Vorgehen. Hierbei wird für eine Kategorie, z.B. „Kritik an VT äußern“, geprüft, welche Interviewpartnerinnen eine hohe vs. niedrige Ausprägung aufweisen, um dann in einem zweiten Schritt zu prüfen, welche Merkmale diese Interviewpartnerinnen außerdem charakterisieren, die dann möglicherweise in einem Zusammenhang mit der Ausprägung der Kategorie stehen könnten. Mit dieser Hypothese im Hinterkopf kehrt man zurück zu den Daten und überprüft sie systematisch anhand weiterer Fälle:

1. Für welche Kategorie soll axial kodiert werden? → Kritik an VT
2. Wer weist eine hohe Ausprägung der Kategorie auf (grundsätzliche Kritik)? → Frau B
3. Welche Merkmale bringt Frau B mit? → a) wollte lieber TP Ausbildung machen, b) hatte viel Kontakt mit anderen Therapierichtungen, c) hat wenig Berufserfahrung, d) hat im Studium schlechte Erfahrungen mit VT gemacht usw.
4. Welche der Merkmale könnte als erstes auf einen möglichen Zusammenhang zur Ausprägung der Kategorie „Kritik an VT äußern“ untersucht werden? → schlechte Erfahrungen mit VT im Studium
5. Wie könnte eine mögliche Hypothese formuliert werden? → Je mehr schlechte Erfahrungen die Interviewpartnerin im Vorfeld gemacht hat, desto grundsätzlicher die Kritik
6. Untersuche alle Interviewpartnerinnen, die schlechte Erfahrungen mit VT gemacht haben (vorher definieren: was heißt „schlechte Erfahrungen“?). Findet sich bei allen grundsätzliche Kritik? Wenn nein: warum nicht?
7. Gibt es Interviewpartnerinnen, die gute Vorerfahrungen mit VT gemacht haben und dennoch eine grundsätzliche Kritik äußern? Wer? Warum?
8. usw.

Dabei kann dann auch die schon in Auswertungsbeispiel 5 erwähnte Kategorientabelle (gleichzeitig: Min-Max-Tabelle) hilfreich sein, aus der die Ausprägung jedes Interviews im Vergleich zu den anderen Interviews für die wichtigsten Kategorien ersichtlich ist.

## AUSWERTUNGSBEISPIEL 7 – VORLÄUFIGES MINI-SCHEMA

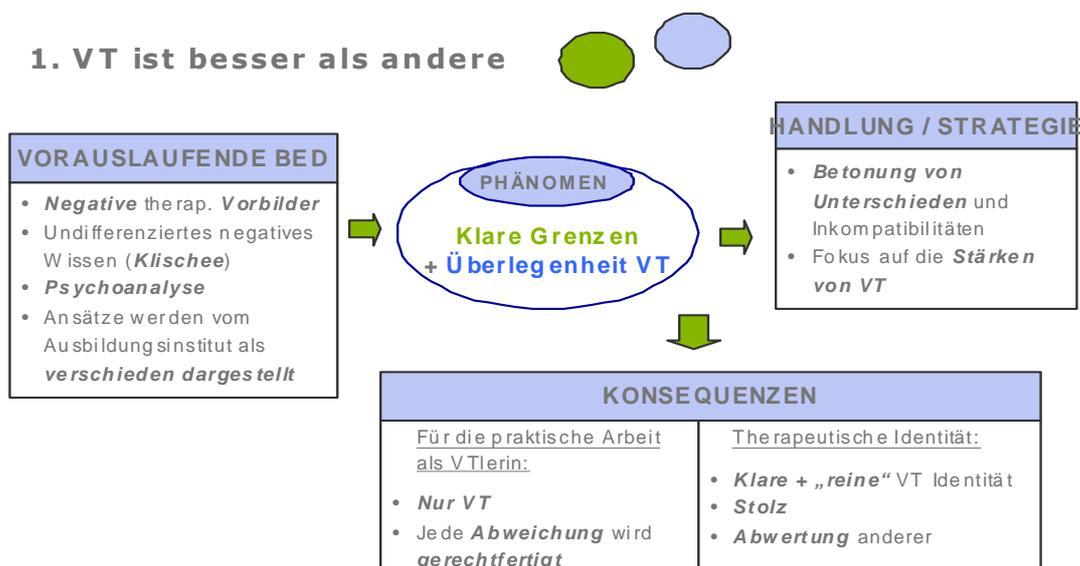
Memo – Achsenschema „Kritik an VT“ (grundsätzlich) – 08.05.07



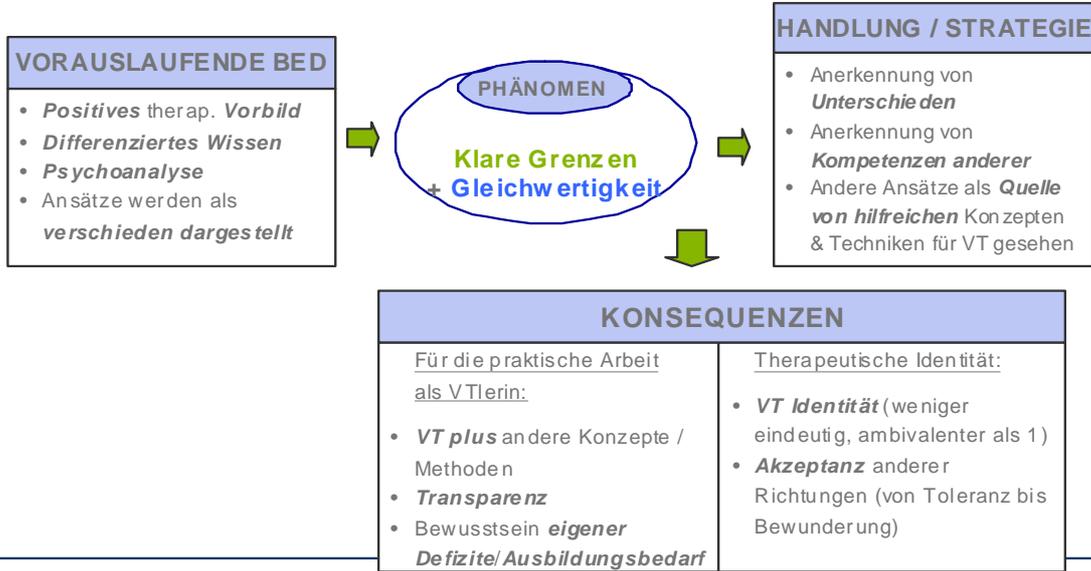
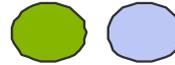
## AUSWERTUNGSBEISPIEL 8 – ERSTE ACHSENSCHEMATA

Nachdem sich Grenzziehung und Überlegenheit als wichtige Aspekte herausgestellt hatten, hinsichtlich derer sich die Interviewpartnerinnen unterschieden, wurde das axiale Kodieren auf diese beiden Phänomene fokussiert. Dabei wurde versucht, anhand der Daten zu rekonstruieren, unter welchen Bedingungen Grenzziehung bzw. Überlegenheit auftreten und welche Konsequenzen dies jeweils hat. Es ergaben sich vier vorläufige Achsenschemata mit jeweils unterschiedlicher Ausprägung von Grenzziehung und Überlegenheit, die vorläufig folgendermaßen benannt wurden: 1. VT ist besser als andere; 2. Wir sind verschieden, aber gleichwertig; 3. Alles ist VT: Grenzziehung; 4. Wir machen alle dasselbe.

### 1. VT ist besser als andere

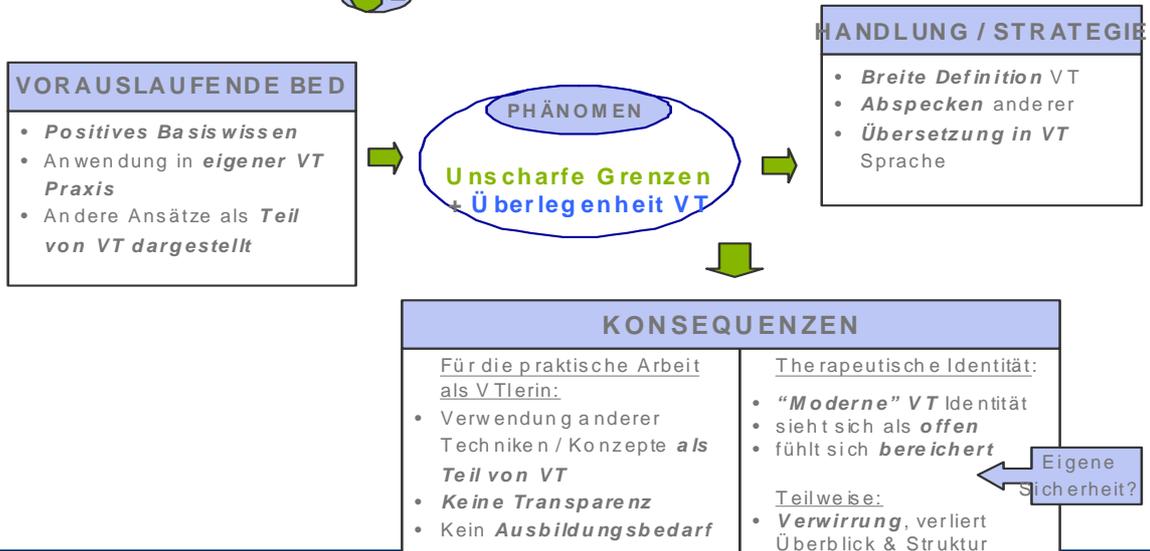


## 2. Wir sind verschieden aber gleichwertig



5

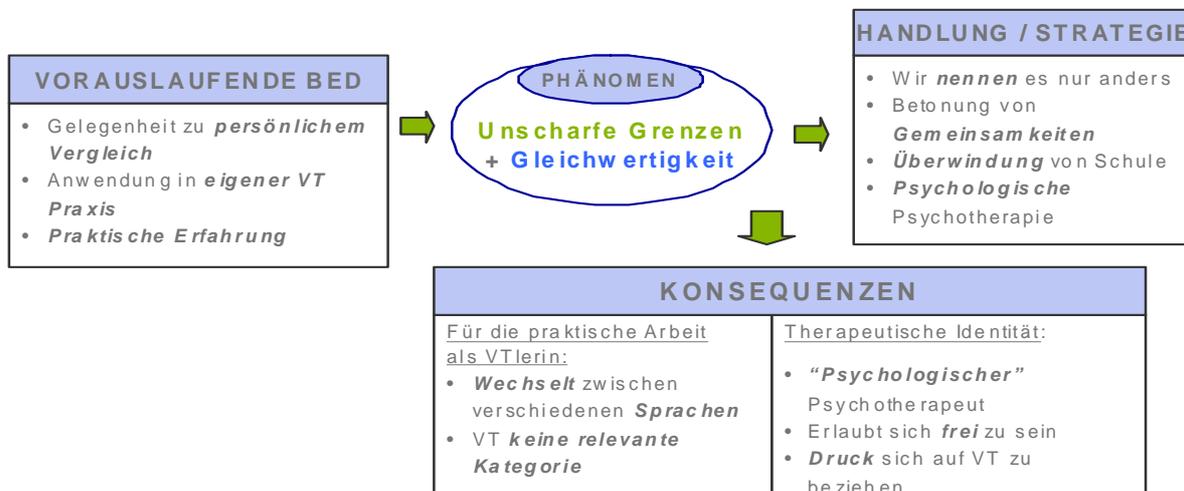
## 3. Alles ist VT



Eigene Sicherheit?

6

#### 4. Wir machen alle dasselbe



## AUSWERTUNGSBEISPIEL 9 – MEMOS ALS VORLÄUFER DER STORYLINE

### Memo - Was ist das zentrale Phänomen – ich begeben mich auf die Suche - 18.09.07

Die Kernkategorie, das zentrale Phänomen ist etwas, das alle Beforschten tun, das ihnen allen gemeinsam ist, das aber unter verschiedenen Kontexten unterschiedlich ausgeprägt auftritt. Ich schaue mir noch einmal an, wie das zentrale Phänomen in der Schwangerschafts-Studie von Corbin herausgearbeitet wurde, um dies dann auf meine Arbeit zu übertragen:

#### Beispiel: Schwangerschaftsstudie von Corbin

Alle Frauen mit einer Risikoschwangerschaft machen etwas, das Corbin als *schützendes Lenken* bezeichnet. Aber wie das schützende Lenken jeweils aussieht, fällt anders aus, je nach Kontext! D.h. für alle Frauen gilt:

#### Gemeinsamkeit - schützendes Lenken:

Unter der Bedingung einer Schwangerschaft, die durch eine chronischen Krankheit verkompliziert wird, greifen die Frauen zu schützenden Handlungen, um die wahrgenommenen Risiken mittels der Abschätzung des Risikoniveaus, dem Abwägen ihrer Behandlungsoptionen und dem Einsatz eines Bewältigungsprozesses – „Kontrollieren“ genannt – zu bewältigen, damit sie die Risiken begrenzen und ein gesundes Baby bekommen können.

#### Unterschiede – schützendes Lenken je nach Kontext:

Das schützende Lenken gestaltet sich ganz anders, je nach Risiko- und Verlaufskontext (siehe mind map)

#### Nun die Übertragung auf meine Diss:

Was ist es, das alle Ausbildungsteilnehmerinnen tun, das ihnen allen gemeinsam ist, das aber unter verschiedenen Kontexten ganz unterschiedlich ausfällt? Und zwar vor dem Hintergrund, dass sie sich alle in einer VT Ausbildung befinden und gleichzeitig mit anderen Richtungen in Kontakt kommen, d.h. dass sie alle „gezwungen“ sind, sich zu VT und anderen Richtungen zu positionieren?

Diese Gemeinsamkeit gilt es einzufangen. Die hat doch wohl etwas damit zu tun, was wir mal als *Jonglieren* bezeichnet haben. Was ich in einem früheren Memo mal unter dem Stichwort *Passung zwischen eigenen Bedürfnissen und Konstruktion* versucht habe einzufangen. Allen gemeinsam ist es, eine innere Haltung / Konstruktion / Konstellation hinzubekommen, ein Arrangement, das die *psychische Energie* auf einem angenehmen Level hält. Eine *stärkende Konstellation, ein Klären und Austarieren*.

Und je nachdem, wie die Überzeugung von VT und wie die Überzeugung mit anderen Richtungen aussieht, fällt diese Konstellation unterschiedlich aus. Der ausgeglichene Psychohaushalt von B wird vielleicht darüber hergestellt, dass sie bei niedriger Überzeugung mit VT und mittlerer Überzeugung mit anderen Richtungen eher eine Art Convenience / Pragmatismus Lösung findet und eingeht. Bei Interviewpartnerin N oder K werden eigene Bedürfnisse dagegen vielleicht eher über eine inhaltliche Überzeugung befriedigt.

## **Memo – Was ist das zentrale Phänomen – etwas analytischer formuliert – 07.11.07**

**Worum geht es? (das „Phänomen“):** konstruierendes Jonglieren

Was ist allen Ausbildungsteilnehmern gemeinsam?

***Jonglieren mit der Konstruktion von VT, um eine sinnvolle / stimmige therapeutische Identität aufzubauen***

Also: Vor dem Hintergrund, das die Interviewpartner sich in einer VT Ausbildung befinden und fortwährend Erfahrungen mit VT und auch mit anderen Richtungen machen (Bild: ein Jonglierer, dem immer ein neuer Ball zugeworfen wird, auf den immer neue Bälle einprasseln, muss diese in sein Jonglieren einfügen), sind sie alle damit befasst, irgendwie eine positive, stimmige therapeutische Identität zu entwickeln (dem einen gelingt das besser, dem anderen nicht so gut, aber bemühen tun sich alle). Dabei müssen sie immer wieder ihre Identitätskonstruktion, die ein ständiger Prozeß ist, aktualisieren, ins Gleichgewicht bringen und neue Aspekte bzw. Erfahrungen („Bälle“) einordnen. Dabei nutzen sie verschiedene Strategien bzw. Wege, um diese Identität aufzubauen / aufrechtzuerhalten: Sie ziehen Grenzen scharf oder unklar, sie betonen die Überlegenheit von VT oder auch nicht, je nachdem welche Erfahrungen sie gemacht haben und wie unter diesen Umständen eine sinnvolle Identität herstellbar ist.

Wie könnte das also konkret aussehen?

Ein Beispiel könnte sein: Wenn man positive Erfahrungen mit anderen Richtungen gemacht hat, kann es eine gute Strategie sein, die Grenzen zwischen VT und anderen Richtungen fließend zu konstruieren, um diese positiven Erfahrungen als Teil der VT-Identität auch nutzen zu können; wenn negative Erfahrungen mit anderen Richtungen gemacht wurden, kann es Sinn machen, diese eher als verschieden von VT zu sehen (dies nur als zwei vereinfachte Beispiele, es gibt natürlich intervenierende Bedingungen für die verschiedenen Strategien). Oder:

Eine Überlegenheitskonstruktion (VT ist besser als andere) kann positiv sein für die therapeutische Identität als VTler, da man als VTler gleich mit aufgewertet wird. Aber warum machen das dann nicht alle? Z.B. weil einige ggf. positive Erfahrungen mit anderen Richtungen gemacht haben, die sie nicht einfach ignorieren können; sie müssen dann also andere Strategien entwickeln, betonen eher Gleichwertigkeiten, das Nebeneinander etc.

**Welche Ausprägungen kann das konstruierende Jonglierens annehmen?  
(die „Eigenschaften“ des zentralen Phänomens):**

*Bisher:*

Grenzziehung

Überlegenheitskonstruktion VT

## AUSWERTUNGSBEISPIEL 10 – VIERFELDER-TAFELN

	<b>ÜBERLEGENHEIT VON VT</b> gegenüber anderen Richtungen	
<b>GRENZZIEHUNG</b> zwischen VT und anderen Richtungen	<b>Überlegen</b>	<b>Gleichwertig</b>
<b>Scharf</b>	Scharfe Grenzen + Überlegenheit	Scharfe Grenzen + Gleichwertigkeit
<b>Unscharf</b>	Unscharfe Grenzen + Überlegenheit	Unscharfe Grenzen + Gleichwertigkeit

	<b>VT als Überbegriff</b>	
<b>GRENZZIEHUNG</b> zwischen VT und anderen Richtungen	<b>VT als Überbegriff</b>	<b>VT nicht als Überbegriff</b>
<b>Scharf</b>	???	Verschiedene Richtungen stehen getrennt nebeneinander
<b>Unscharf</b>	Grenzen zwischen den Richtungen aufgehoben + VT als Überbegriff („alles ist VT“)	Grenzen zwischen den Richtungen aufgehoben + VT nicht als Überbegriff

	<b>ÜBERZEUGUNG VON VT</b>	
<b>GRENZZIEHUNG</b> zwischen VT und anderen Richtungen	<b>Hoch</b>	<b>niedrig</b>
<b>Scharf</b>	Sehr überzeugt von VT + scharfe Grenzen	Wenig überzeugt von VT + scharfe Grenzen
<b>Unscharf</b>	Sehr überzeugt von VT + unscharfe Grenzen	Wenig überzeugt von VT + unscharfe Grenzen

	<b>ÜBERZEUGUNG VON VT</b>	
<b>ÜBERZEUGUNG VON ANDEREN</b>	<b>Hoch</b>	<b>niedrig</b>
<b>Hoch</b>	Sehr überzeugt von VT + Sehr von anderen überzeugt	Wenig überzeugt von VT + sehr von anderen überzeugt
<b>Niedrig</b>	Sehr überzeugt von VT + sehr überzeugt von anderen	Wenig überzeugt von VT + wenig von anderen überzeugt

	<b>ÜBERZEUGUNG VON VT</b>	
<b>ZUNEHMENDE GRENZZIEHUNG</b>	<b>Hoch</b>	<b>niedrig</b>
<b>MIN</b>	Sehr überzeugt von VT + Grenzziehung nimmt nicht zu	Wenig überzeugt von VT + Grenzziehung nimmt nicht zu
<b>MAX</b>	Sehr überzeugt von VT + Grenzziehung nimmt zu	Wenig überzeugt von VT + nimmt zu

Usw.