

Anhang

- » Programm zum GÖG/ÖBIG-Workshop 2012 „Psychotherapieforschung. Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung“
- » Wissenschaftliches Poster der Österreichischen Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (ÖGWG)
- » Wissenschaftliches Poster der Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP) & der Universität Kassel / Institut für Psychologie
- » Wissenschaftliches Poster der Medizinischen Universität Wien / Abteilung für Psychoanalyse und Psychotherapie

Die Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich ÖBIG veranstaltet im Auftrag des BMG und in Kooperation mit wissenschaftlichen Expertinnen und Experten der österreichischen Psychotherapieforschung einen

Workshop „Psychotherapieforschung“

Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung

27. November 2012, 9.30 Uhr bis 17.30 Uhr

Ort: Veranstaltungsräumen der GÖG, 1010 Wien, Stubenring 6 / Eingang Biberstraße 20
(Seminarräume im Untergeschoß)

Ziel des Workshops ist es, **unterschiedliche Ansätze** des wissenschaftlichen Arbeitens in **der Psychotherapieforschung** und **aktuelle Beispiele typischer Studiendesigns** (aus laufenden Forschungsprojekten) zu vermitteln. Der Austausch über operative Forschungserfahrung bzw. geplante Forschungsprojekte soll gefördert werden. Der Workshop bietet Gelegenheit zur **Vernetzung** mit anderen Fachspezifika sowie mit akademischen und klinischen Einrichtungen.

Hintergrund des Workshops bzw. der neu eingerichteten Koordinationsstelle für Psychotherapieforschung an der GÖG bilden die gesetzlich verankerten Bestimmungen zu **Qualitätssicherung** (inkl. Bestimmungen zu Lehre und Forschung) in der Psychotherapie. Insgesamt soll mit diesem Projekt der Psychotherapieforschung in Österreich mittelfristig ein Impuls gegeben werden.

Eingeladen sind:

- » Lehrgangsleiter/innen (Ausbildungsleiter/innen) der psychotherapeutischen Fachspezifika bzw. deren Vertreter/innen, d. h. insbesondere
- » Mitglieder des fachspezifischen Lehrkörpers, die für die Betreuung der Abschlussarbeiten bzw. für wissenschaftliches Arbeiten und Forschungsanliegen (im Fachspezifikum) zuständig sind,
- » Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten der Fachspezifika, die sich für die Erstellung einer wissenschaftlichen Abschlussarbeit interessieren (Forschungseinsteiger/innen),
- » ausgewählte akademische und klinische Institutionen, die Psychotherapieforschung betreiben oder initiieren möchten, und ausgewählte Vertreter/innen aus der Berufspolitik.

Veranstaltungsdesign (→ siehe Programmdetails):

- » **Impulsvorträge** vermitteln Information, Wissen und Anregungen zu ausgewählten Themen und Good-Practice-Beispielen der Psychotherapieforschung.
- » **Methoden-Workshops** (→ **Level I Einführung** für „Forschungseinsteiger/innen“ und **Level II Vertiefung** für „Forschungsfortgeschrittene“) sollen die wissenschaftlichen Kompetenzen stärken und Gelegenheit bieten, **Fragen** zu unterschiedlichen methodischen Ansätzen und Zielrichtungen (des wissenschaftlichen Arbeitens in) der Psychotherapieforschung (inkl. Publikationserfordernisse) zu diskutieren. **Ideen** zur Initiierung oder Durchführung von Studien oder wissenschaftlichen Abschlussarbeiten können **praxis- und umsetzungsnahe** erörtert werden.
- » **Workshop zu Vernetzung** bietet einen **Rahmen** für **Erfahrungsaustausch** über das Forschungs-selbstverständnis und zur **Initiierung möglicher Kooperationen** in Bezug auf Psychotherapieforschung mit anderen Fachspezifika (z. B. im methodenhomogenen oder -übergreifenden Forschungscluster) sowie mit akademischen und klinischen Einrichtungen.
- » **Poster-Präsentationen** stellen interessante und gelungene Studien (Good-Practice-Beispiele) der Fachspezifika vor.
- » Die **Plenumsdiskussion** zu **Möglichkeiten und Grenzen angewandter Psychotherapieforschung** im Fachspezifikum bzw. in der Ausbildung reflektiert und resümiert zukunftsorientiert die Ergebnisse der Workshops.

Programmablauf

9.30 Eröffnung – Begrüßung und Einleitung

- » **Mag. Georg Ziniel, MSc**
(Geschäftsführer der GÖG)
Begrüßung
- » **Hon.-Prof. Dr. Michael Kierein**
(Bundesministerium für Gesundheit, Auftraggeber)
Einleitung zu „Qualitätssicherung in Praxis und Ausbildung der Psychotherapie
(Wissenschaftlichkeit und Forschung) und ihre gesetzlichen Grundlagen“
- » **Mag.^a Gabriele Rieß**
(GÖG/ÖBIG, Projektkoordinatorin)
„Historie und aktueller Stand der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung“

10.00 – 12.00 Impulsreferate (je 30 Minuten inkl. Diskussion)

- » **Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Henriette Löffler-Stastka**
(Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie der Medizinische Universität Wien)
„Geschichte und Entwicklung der Psychotherapieforschung,
ihre unterschiedlichen Paradigmen und Zielsetzungen“
- » **Dr. Brigitte Schigl, MSc**
(Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität
Krems)
„Risiko und Nebenwirkungen von Psychotherapie“
(→Good-Practice-Beispiele zu aktuellen Forschungsprojekten mit typischen Studiendesigns I)
- » **Ao. Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter**
(Abt. für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Salzburg)
„Ausbildungsforschung – Entwicklung der therapeutischen Kompetenz“
(→Good-Practice-Beispiele zu aktuellen Forschungsprojekten mit typischen Studiendesigns II)
- » **Ass.-Prof. Dr. Michael Wieser**
(Abt. für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse der Universität Klagenfurt)
„Empowerment und Verarbeitung von Gewalterfahrung im Vergleich“
(→Good-Practice-Beispiele zu aktuellen Forschungsprojekten mit typischen Studiendesigns III)

12.00 – 13.00 Mittagspause mit Buffet und Poster-Präsentationen

13.00 – 15.30 Fünf parallele Workshops

Methoden-Workshops Level I (Einführung)

- » **Dr. Brigitte Schigl, MSc**
(Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität Krems)
„Von der Idee zur Eingrenzung der Forschungsfrage (über die Thesenbildung) bis zum Design“
- » **Univ.-Ass. Dr. Diana Braakmann**
(Lehre und Forschung an der Sigmund Freud Privatuniversität)
„Vom klinischen Erkenntnisinteresse zur Konzeptualisierung realistischer Forschungsschritte“

Methoden-Workshops Level II (Vertiefung)

- Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Henriette Löffler-Stastka**
(Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie der Medizinischen Universität Wien)
„Quantitative und qualitative Methoden der Psychotherapieforschung inkl. Beurteilungsmöglichkeiten von Studien“
- » **Ao. Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter**
(Abt. für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Salzburg)
„Wirksamkeitsforschung und ihre vielfältigen Ansätze und Methoden“

Workshop Vernetzung

- » **Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka (Fakultät für Psychologie der Universität Wien)**
und **Ass.-Prof. Dr. Michael Wieser (Abt. für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse der Universität Klagenfurt)**
„Forschungsselbstverständnis und schulenübergreifende Brückenkonzepte (v. a. für Leiter/innen der psychotherapeutischen Fachspezifika bzw. Ausbildungsverantwortliche)“

15.45 – 16.30 Plenumsdiskussion

- » **Markus Hochgerner, MSc**
(Vorsitzender des Fachspezifikum-Ausschusses im PTH-Beirat)
und **alle Referentinnen und Referenten**
„Möglichkeiten und Grenzen angewandter Psychotherapieforschung in der Ausbildung“

16.30 – 17.00 Ausblick und Service der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung

anschließend Abschlusscocktail

Programmdetails

» **Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Henriette Löffler-Stastka**

(Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie der Medizinische Universität Wien)

„Geschichte und Entwicklung der Psychotherapieforschung, ihre unterschiedlichen Paradigmen und Zielsetzungen“

Psychotherapieforschung entwickelte sich historisch gesehen entlang unterschiedlicher Phasen, in denen jeweils unterschiedliche Wissenschaftsparadigmata und Forschungsmethoden vorherrschten. Die Bedeutung der unterschiedlichen Forschungsmethoden, deren Einsatz und Zielsetzungen hat wesentlich zur Entwicklung der klinischen Theorien und im Folgenden der wissenschaftlichen Theorien beigetragen. Um Wissenschaftlichkeit zu erreichen bzw. um dem Forschungsgegenstand gerecht zu werden, ist die Anwendung naturwissenschaftlicher, geistes- und sozialwissenschaftlicher Methoden angebracht. Die Subjektivität des Einzelnen, unterschiedliche anthropologische Prämissen, Gesundheitsbilder und Normvorstellungen machen den Einsatz verschiedener forschungsmethodischer und auch wissenschaftstheoretischer Herangehensweisen nötig, die sich historisch entlang der Zielsetzung von Forschung nachzeichnen lassen.

» **Dr. Brigitte Schigl, MSc**

(Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit der Donau-Universität Krems)

„Risiko und Nebenwirkungen von Psychotherapie“

(→Good-Practice-Beispiele zu aktuellen Forschungsprojekten mit typischen Studiendesigns I)

Am Beispiel unseres mehrstufigen Forschungsprojekts wird ein mehrstufiges Design von Psychotherapieforschung mit einer Triangulation von qualitativen und quantitativen Datenquellen vorgestellt. In einer ersten Dokumentenanalyse wurden (anonymisierte) Daten aus Beschwerdebriefen an die Ethikkommission extrahiert. Sodann mit den VertreterInnen aller Psychotherapiemethoden als ExpertInnen Gruppendiskussionen durchgeführt. Aus diesen Ergebnissen entstand ein Fragebogen, der über die NÖ Gebietskrankenkasse flächendeckend für ein Quartal an PsychotherapiepatientInnen in NÖ ausgesandt wurde, sowie eine später vom Department ins Netz gestellte, modifizierte und gekürzte Onlineversion dieses Fragebogens. Die unterschiedlichen Datenquellen zeigen Perspektiven auf die Fragestellung nach Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Risikopotenzial kann aus Sicht der ExpertInnen in allen Struktur- und Prozessvariablen begründet sein – und ist im therapeutischen Prozess immer gegeben. Neben-Wirkungen sind Folgen eines „normalen“ therapeutischen Prozesses und können positiv wie negativ sein. Schäden entstehen erst durch systematische Handlungsfehler bzw. einen inadäquaten Umgang damit. Die Situation in NÖ scheint aus Sicht der PatientInnen sehr zufriedenstellend, Probleme, Fehler und daraus folgende Schäden treten in den Onlinedaten wesentlich deutlicher zu Tage, es zeigen sich Unterschiede in Bezug auf Gender, Therapieorientierung, und Prozessphasen.

» **Ao. Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter**

(Abt. für Klinische Psychologie und Psychotherapie Universität Salzburg)

„Ausbildungsforschung – Entwicklung der therapeutischen Kompetenz“

(→Good-Practice-Beispiele zu aktuellen Forschungsprojekten mit typischen Studiendesigns II)

Die Ausbildungsforschung hat sich in den letzten Jahren durch eine Reihe von internationalen Entwicklungen aus ihrem Schattendasein, das sie über Jahrzehnte gefristet hat, etwas herausentwickelt. Zu nennen wären hier das Forschungsgutachten von Strauß und Mitarbeitern aus Deutschland zu einer Novelle des deutschen Psychotherapeutengesetzes, die darauf zurückgehende Gründung des internationalen Forschungsnetzwerks „EuroPTrain“ zur Ausbildungsforschung und die Gründung einer SPR-Interestgroup zu diesem Thema. In dem Vortrag wird eingangs der Begriff Ausbildung und Ausbildungsforschung in der Psychotherapie erörtert, daran anschließend werden zentrale Themen der aktuellen Ausbildungsforschung vorgestellt (Effekte von Ausbildungselementen, Entwicklung von Psychotherapeuten, Expertenentwicklung, Evaluation von Ausbildung etc.). Vertieft wird das EU-Projekt EuroPTrain und dessen Inhalte vorgestellt bzw. ein Studienschwerpunkt, der sich mit der Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenzen durch die Ausbildung beschäftigt. Abschließend wird die vom Referenten geplante Teilstudie zu diesem Projekt besprochen.

- » **Ass.-Prof. Dr. Michael Wieser**
(Abt. für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse der Universität Klagenfurt)
Empowerment und Verarbeitung von Gewalterfahrung im Vergleich
(→Good-Practice-Beispiele zu aktuellen Forschungsprojekten mit typischen Studiendesigns III)

One aim of the investigation (with qualitative and quantitative approach) coordinated by Ines Testoni from University of Padua is to find out if psychodrama is helpful in the field of women victims of violence. With an EU Daphne grant against violence the project provides in the experimental group counseling with an integrated-ecological approach and a psychodrama intervention group. The control group gets counseling. 20 women in each country like Albania, Austria, Bulgaria, Italy, Portugal, and Rumania receive intervention which we evaluate with CORE-OM (Clinical Outcome in Routine Evaluation) and Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R) translated into appropriate languages. There is to discuss how to overcome the problems with different languages and (sub-)cultures in (group-)intervention. As well there are underlining questions like female subordination, (sexual) abuse, mafia's power, and how is the transmission in a intergenerational perspective from mother to daughter. Conclusions: The theoretical and empirical findings show that psychodrama is an intervention that strengthens the empowerment of women to say no to violence, to change the victim role and to avoid the violence transmission over generation. The ongoing project will give preliminary results, limitations and outlook.

12.00 – 13.00 Mittagspause mit Buffet und Poster-Präsentationen

13.00 – 15.30 Parallele Workshops

Methoden-Workshops Level I

- » **Dr. Brigitte Schigl, MSc**
(Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit der Donau Universität Krems)

„Von der Idee zur Eingrenzung der Forschungsfrage (über die Thesenbildung) bis zum Design“

In diesem Workshop sollen für interessierte Praktiker/innen und Forschungseinsteiger/innen, Kandidatinnen/Kandidaten der Psychotherapieausbildung und ihre Betreuer/innen grundlegende Denkweisen zur Formulierung von Forschungsfragen und zur Gestaltung von durchführbaren Forschungsdesigns an (von den WS-Teilnehmenden) mitgebrachten Beispielen aufgezeigt werden. Nach einer kurzen theoretischen Einführung zum Thema wissenschaftliche Anforderungen (Kennzeichen von Wissenschaft/lichkeit, Ordnung wissenschaftlicher Theorien „Tree of science“) und Forschungstypen (Literaturarbeiten, theoretische Arbeiten, empirische Arbeiten mit qualitativem und quantitativem Design inkl. Entscheidungskriterien für das Design) können die Beispielthemen bearbeitet werden: Die konkrete Vorgangsweise bei wissenschaftlichen Arbeiten und die (formalen und inhaltlichen) Kennzeichen guter Forschungsarbeiten /Masterthesen werden besprochen und auf spezielle Fragen und Themen (z.B. Literatursuche, Zitation, Anonymisierung) kann eingegangen werden (zur Struktur des wissenschaftlichen Vorgehens: Themenpräzisierung, Forschungsfragen, Thesengenerierung/Thesenüberprüfung, Designerstellung, Exposee, Ressourcen der Forscher/Forscherin).

- » **Univ.-Ass. Dr. Diana Braakmann**
(Lehre und Forschung an der Sigmund Freud Privatuniversität)
„Vom klinischen Erkenntnisinteresse zur Konzeptualisierung realistischer Forschungsschritte“

Eine besondere Herausforderung des wissenschaftlichen Arbeitens stellt die Einengung eines Interessenbereichs auf eine konkrete und damit auch bearbeitbare Fragestellung dar. Diese nimmt wesentlich Einfluss auf die Wahl des Forschungsdesigns und die Gestaltung der einzelnen methodischen Schritte. In diesem Workshop wird der Weg von einem interessanten Thema zu einer wissenschaftlichen Forschungsfrage anhand von Beispielen der Teilnehmer/innen skizziert. Hierbei werden typische Stolpersteine diskutiert und Techniken vermittelt, die diesen komplexen Prozess unterstützen können.

Methoden-Workshops Level II

- » **Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Henriette Löffler-Stastka**
(Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie der Medizinische Universität Wien)
„Quantitative und qualitative Methoden der Psychotherapieforschung inkl.
Beurteilungsmöglichkeiten von Studien“

Ziel ist es, eine Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten und vertiefte Informationen zu aktuellen Entwicklungen in den wesentlichen Gebieten der Psychotherapieforschung zu geben. Dabei wird vorrangig auf qualitative Forschungskriterien eingegangen, und diskutiert werden die Vor- und Nachteile von qualitativen, idiographischen und quantitativen, nomothetischen Forschungsmethoden (u.a. auch Mixed-methods-Ansätze). Dabei können laufende und in Vorbereitung befindliche Forschungsfragestellungen der TeilnehmerInnen besprochen und unterstützt werden. Qualitäts- und Gütekriterien der qualitativen Methodologie werden präsentiert und den Bewertungskriterien der quantitativen Methodologie gegenübergestellt.

- » **Ao. Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter**
(Abt. für Klinische Psychologie und Psychotherapie Universität Salzburg)
„Wirksamkeitsforschung und ihre vielfältigen Ansätze und Methoden“

Wirksamkeitsforschung hat verschiedene Schwerpunkte. Neben der klassischen RCT-Forschung (randomisiert, kontrolliert, zufallszugeteilt) gehören dazu die Praxisforschung (effectiveness-Forschung nach Seligman), die Prozess-Wirksamkeitsforschung und die generalisierende Forschung (Metaanalyse, Reviews). In dem Workshop werden zunächst die verschiedenen Forschungsbilder dieses Ansatzes sowie einige Aspekte seiner historischen Entwicklung dargeboten. Daran anschließend werden der Forschungsprozess quantifizierender Wirksamkeitsforschung besprochen und zentrale Design- und Methoden Aspekte der RCT sowie der praxisbezogenen Effectiveness-Forschung. Auch werden die zentralen Schritte und Methoden einer Metaanalyse vermittelt. Stark praxisbezogen sollen unter Bezugnahme auf eigene Beispiele oder auf solche von Teilnehmern des Workshops folgende Themen behandelt werden: Planung quantitativer Studien, Findung von Kooperationspartnern, Ethik quantitativer Forschung, Stichprobenkriterien und Ziehung geeigneter Stichproben, Findung und Einsatz geeigneter Instrumente, Studiendurchführung und Qualitätssicherung der Datenerhebung, Datenauswertung und Präsentation, Forschungsförderung, Vernetzung.

Workshop Vernetzung

- » **Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka (Fakultät für Psychologie der Universität Wien)**
und Ass. Prof. Dr. Michael Wieser (Abt. für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse der Universität Klagenfurt)
„Forschungsselbstverständnis und schulenübergreifende Brückenkonzepte (v. a. für Leiter/innen der psychotherapeutischen Fachspezifika bzw. Ausbildungsverantwortliche)“

Mit diesem Workshop wollen wir erarbeiten, wie eine gute Verbindung von Ausbildung, Praxis und Forschung eingegangen werden kann. Zudem widmen wir uns den Fragen, welche Forschungsinstrumente wir schulen-übergreifend verwenden können bzw. welche Forschungsfragen wir gemeinsam bearbeiten könnten. Nach einem kurzen Einleitungsstatement werden wir uns darüber austauschen, was in den einzelnen Ausbildungseinrichtungen an Forschung gemacht wird. Ev. lassen sich Forschungscluster bilden im Sinne von übergreifenden Abschlussarbeiten und struktureller Vernetzung bilden. Der Workshop ist prozessorientiert und richtet sich nach den konkreten Interessen und Fragen der Teilnehmer/innen.

Einleitung

Insgesamt wurden im Vorjahr von der ÖGwG 468 Psychotherapeut/innen (337 Frauen, 131 Männer) – davon 77 Therapeut/innen in Ausbildung unter Supervision – für eine demographische Erhebung („Phase 1“) angeschrieben.

Die erste Datenerhebung wurde Ende Juli 2011 abgeschlossen, eine Aktualisierung der Daten erfolgte kürzlich (Nov. 2012). Dies ermöglicht eine aktualisierte Bestandsaufnahme der österreichweit behandelten Klient/innen durch ÖGwG-Psychotherapeut/innen (siehe auch Haug-Eskevig et al., 2003) und dient zudem als wichtige Information für zukünftige berufspolitische Diskussionen.

Zusammen mit deskriptiven Informationen vom behandelnden Psychotherapeuten sowie allgemeinen Kennwerten, wie durchschnittliche Sitzungsanzahl, stellen die erhobenen Daten einen ersten interessanten Datenpool für wissenschaftliche Auswertungen dar.

Demographische Kennwerte der Psychotherapeut/innen

Insgesamt nahmen an der Untersuchung 68 Therapeut/innen (Altersmittelwert 51.25, SD= 10.06, Spannweite: 31-75) bzw. 1978 Klient/innen teil, wobei 64,7% (n= 44) der Therapeut/innen weiblich, und 35,3% (n= 24) männlich waren. Dies entspricht einem Gesamtrücklauf von 14,50% Prozent.

Die teilnehmenden Th. stammen aus der Bundeshauptstadt Wien (n= 20), aus Salzburg (n= 11), OÖ (n= 10), Steiermark (n= 9), Kärnten (n= 5), Tirol (n= 5) sowie NÖ, Vorarlberg und Burgenland (je 1).

Tabelle 1. ICD-10 Hauptdiagnosen

ICD-10 Hauptdiagnose	n
F43.21 — Längere depressive Reaktion (nicht länger als zwei Jahre dauernd)	130
F32.1 — Mittelgradige depressive Episode	113
F41.2 — Angst und depressive Störung, gemischt	105
Nicht krankheitswertige Symptome	100
F33.1 — Rezidivierende depressive Störung, gegenw. mittelgradige Episode	93
F43.2 — Anpassungsstörungen	84
Keine (weitere) ICD 10 Diagnose	80
F43.22 — Angst und depressive Reaktion, gemischt	70
F41.0 — Panikstörung	65
F32.2 — Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	60
F43.1 — Posttraumatische Belastungsstörung	56
F43.0 — Akute Belastungsreaktion	45
F48.0 — Neurasthenie	41
F43.23 — Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen	41
F33.2 — Rez. Depr. Störung, gegenw. schwere Episode ohne psychot. Sympt.	41
F32.0 — Leichte depressive Episode	40
F41.1 — Generalisierte Angststörung	39
F34.1 — Dysthymia	37
F50.4 — Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen	35
F31 — Bipolare affektive Störung (mit Subgruppen)	34
F60.31 — Borderlinetyp (Selbstbild-Störung, instabile Beziehungen, Leere u.a.)	30
F50.2 — Bulimia nervosa	22
F33 — Rezidivierende depressive Störung	22
F33.0 — Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	21
F10 — Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	20
F60.6 — Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (Vermeidung u.a.)	18
F60.7 — Abhängige Persönlichkeitsstörung (abhängig von anderen Menschen)	16
F43.25 — Mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten	16
F40.1 — Soziale Phobien	16

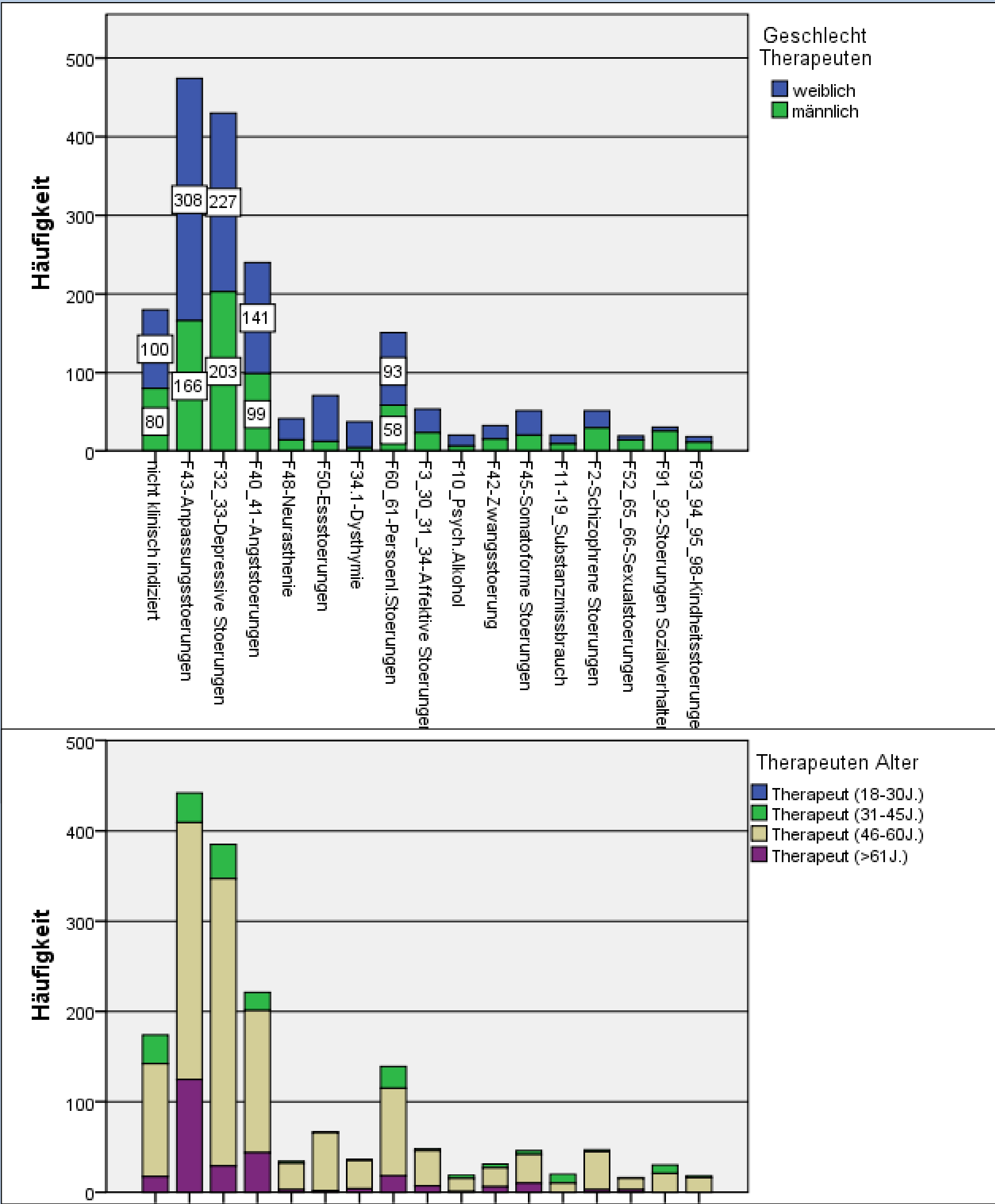


Abbildung 1. ICD-10 Diagnosegruppen. Man beachte die Ungleichverteilung mancher behandelter Diagnose abhängig vom Therapeutengeschlecht (Anm. 2/3 weibliche Therapeutinnen) (oben). Unten ist die Häufigkeit behandelter Diagnosen in Abhängigkeit vom Alter der Therapeut/innen dargestellt.

Demographische Klient/innen Kennwerte

Verrechnet wurden 1978 Klientendatensätze (exklusive „Lehrtherapien“). 63,1% (n = 1248) der Klient/innen, die an der Studie teilnahmen, waren Frauen, 36,9% (n = 729) der Klienten waren männlich.

Die meisten der Klient/innen hatten wöchentliche (55,9%) oder zweiwöchentliche (27%) Therapiesitzungen. Das klz. Therapiesetting war dabei überwiegend ein klassisches Einzelsetting (88,2% Einzelsetting vs. 3.7% Paar-, 5,8% Gruppen-, 1.5% Familien- Setting).

Zum Zeitpunkt der Erhebung waren 68,1% (n = 1347) der Therapien noch nicht abgeschlossen, sowie 631 Therapien (31.9%) beendet. Die Therapiezufriedenheit bei den abgeschlossenen Therapien wurde dabei mit 70% als „sehr zufrieden“ bzw. „zufrieden“ angegeben.

Bezüglich der durchschnittlichen Therapiedauer: Der weniger auf Ausreißer anfällige „5% getrimmte Mittelwert“ weist mit 36,2 Therapiestunden (laufende Therapien) bzw. 28,6 (abgeschlossene Therapien) einen bereinigten und glaubwürdigeren mittleren Richtwert aus. Frühzeitige Therapieabbrüche (<4 Stunden) sowie außerordentlich lange Therapien (>400 Stunden) wurden gänzlich von dieser Berechnung ausgenommen.

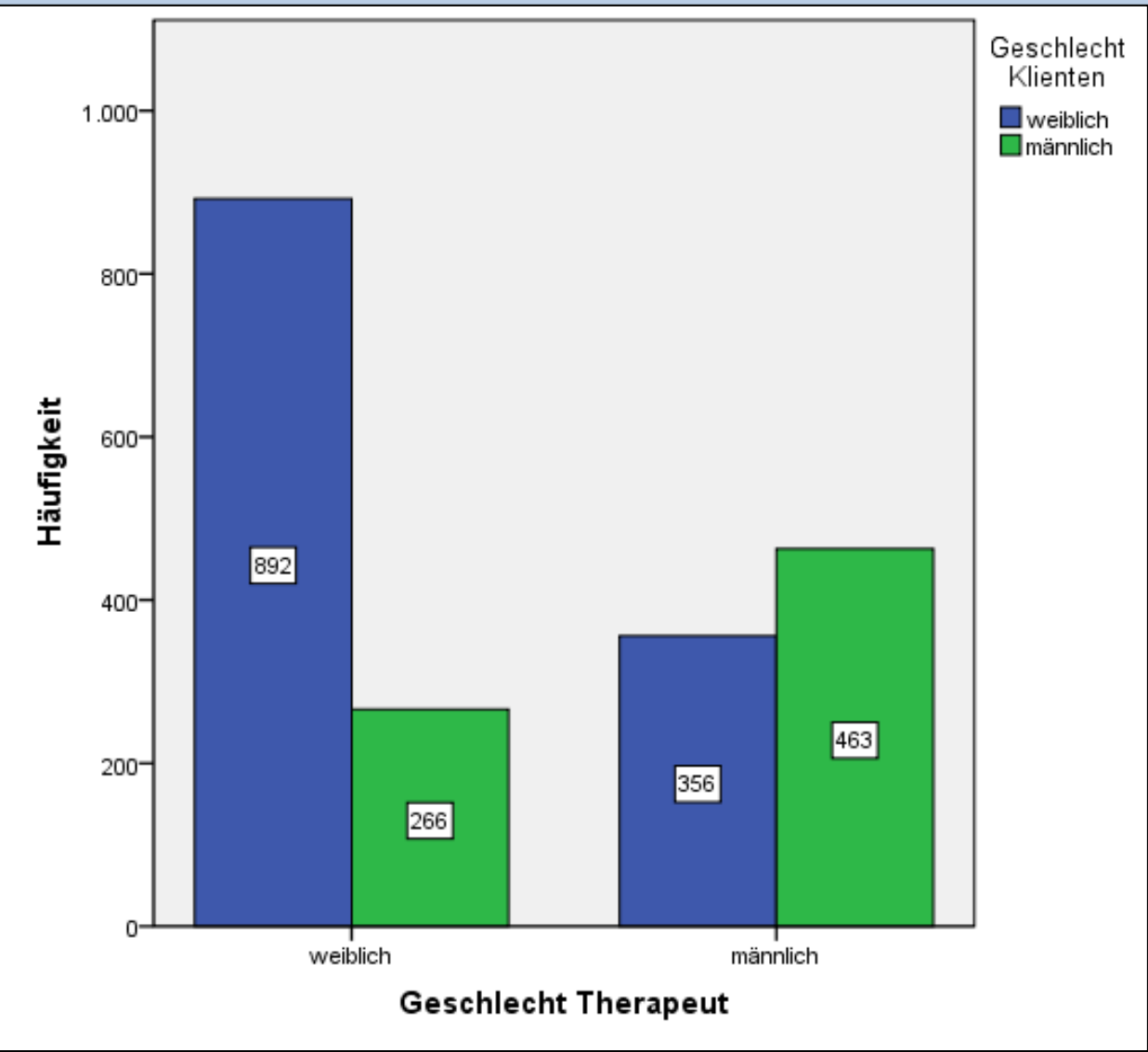


Abbildung 2. Geschlechter Interaktion Therapeut/innen – Klient/innen.

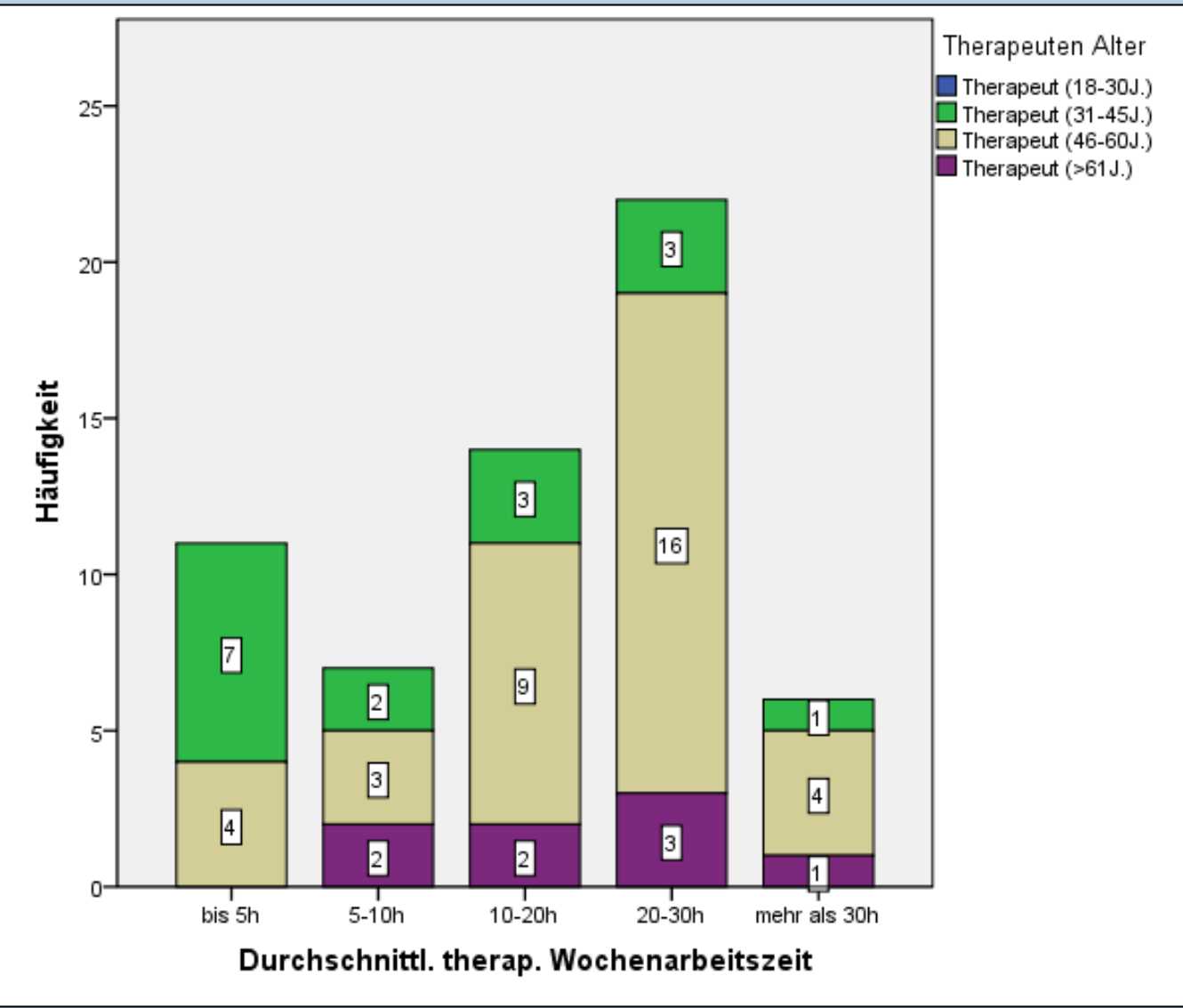


Abbildung 3. Hauptberuflichkeit psychotherap. Tätigkeit abh. von Therapeut/innen Alter.

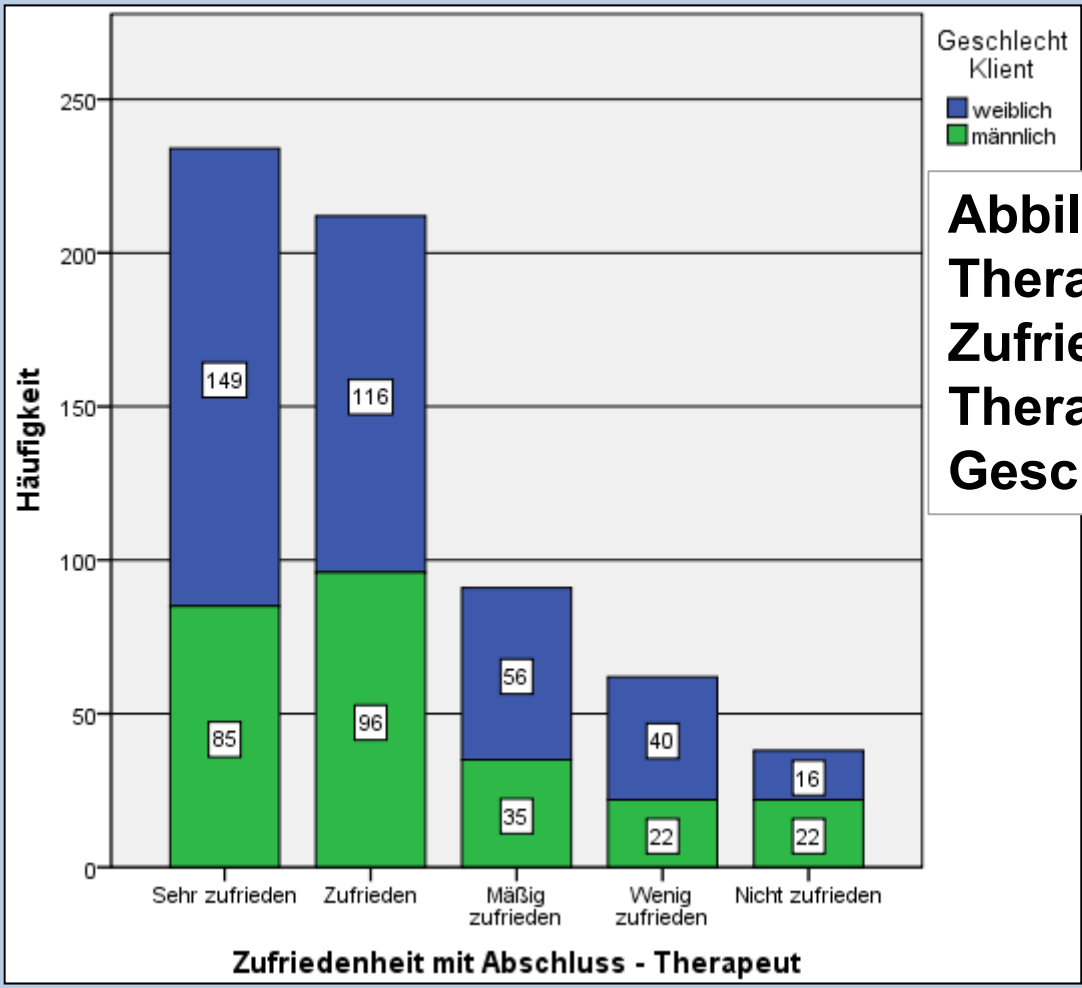


Abbildung 4. Therapie-Abschluss-Zufriedenheit Therapeut nach Kl. Geschlecht

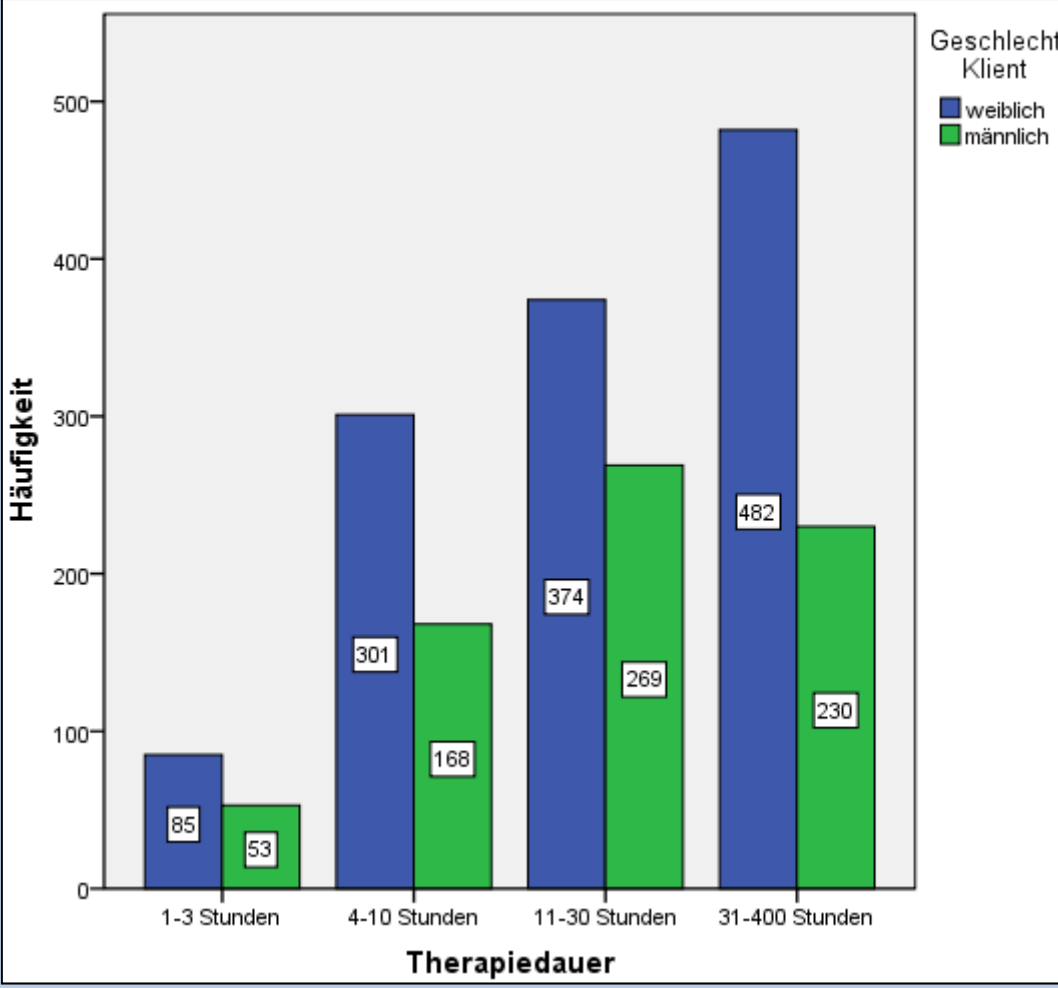


Abbildung 5. Therapiedauer nach Geschlecht der Klient/innen (laufend & abgeschlossene). Aufgeteilt nach laufend/abgeschlossen lauten die Häufigkeiten wie folgt: 89/49, 255/214, 465/179, 526/186.

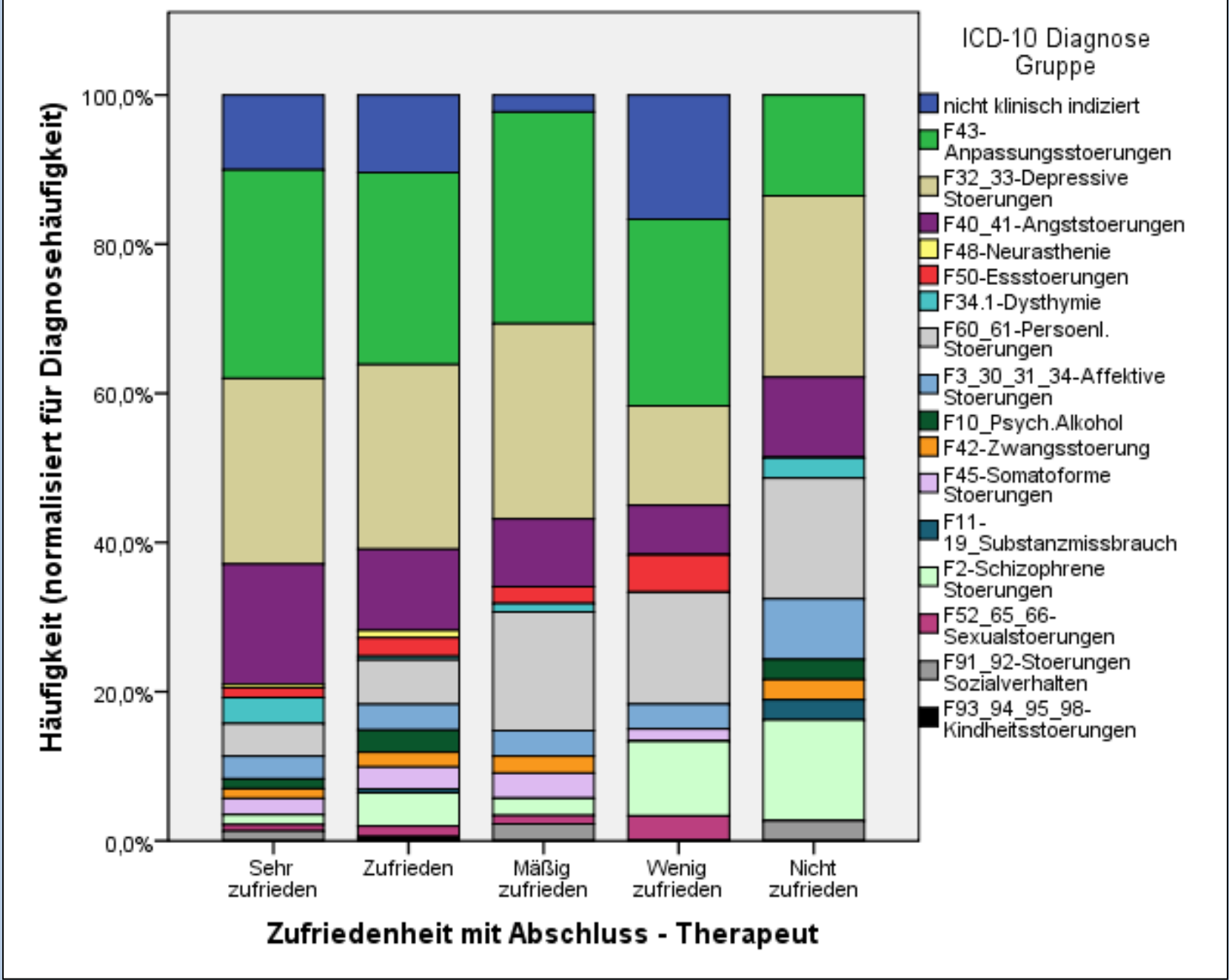


Abbildung 6. Therapie-Abschluss-Zufriedenheit (Therapeut) nach ICD-10 Diagnose. Man beachte die relative Häufung von ICD-10 Diagnosen wie Persönlichkeitsstörungen (F60, F61) und schizotypen Störungen (F20-29) bei den wenig zufriedenstellenden Abschlüssen (lt. Therapeut/innen Einschätzung).

Schlussfolgerung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass mit 1978 Klientendatensätzen bereits eine beachtliche Anzahl von Daten von ÖGwG-Mitgliedern gesammelt werden konnten. Die Daten erlauben somit einen aktuellen Überblick über die klientenzentrierte (ÖGwG) Arbeit in Österreich (siehe auch Haug-Eskevig et al., 2003). Besonders interessant erscheint dabei zunächst der generelle Umfang klientenzentrierter ÖGwG Arbeit in Österreich sowie die überwiegend behandelten Störungsbilder in unserem Ansatz. Eine vorsichtige Hochrechnung der behandelten Fälle lässt somit vermuten, dass in Österreich zur Zeit etwa 16.000 Klienten bei „klientenzentrierten“ oder „personenzentrierten“ Psychotherapeuten/innen in Behandlung sind (Anm. ca. 1.000 Psychotherapeut/innen führen die oben genannten Zusatzbezeichnungen; 50.000 Österreicher befinden sich insgesamt in von Krankenkassen finanzierter Psychotherapie). Davon suchen etwa 7.000 Klient/innen ÖGwG-Psychotherapeut/innen auf, wobei 1700 Klient/innen (24,7%) unter Anpassungsstörungen (F43) und 1500 (22,4%) unter depressiven Störungen (F32, F33) sowie etwa 900 Klient/innen (12,5%) an Angststörungen (F40, F41), 550 (7,9%) an Persönlichkeitsstörungen (F60) und etwa 250 (3,7%) an Essstörungen (F50) leiden.

Interessant erscheinen auch erste Analysen, die andeuten, dass depressive Klient/innen überzufällig männliche ÖGwG-Psychotherapeuten aufsuchen wogegen sich Klient/innen mit Essstörungen überzufällig häufig an weibliche Psychotherapeuten für die Behandlung wenden. Gründe für derartige Häufungen können zum jetzigen Zeitpunkt nur spekuliert werden, zeigen jedoch das Potential demographischer Daten.

Zusammenfassend lässt sich äußerst erfreulich feststellen, dass bereits in „Phase 1“ des ÖGwG Forschungsvorhabens zahlreiche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Mitarbeit gewonnen werden konnten. Diese Tradition soll nun in zukünftigen ÖGwG Ausbildungsgruppen eingeführt bzw. weitergeführt werden.

Mit der nun eingeleiteten (und hier ebenfalls ausgestellten) „Phase 2“ des ÖGwG Forschungsvorhabens gehen wir einen nächsten großen Schritt in Richtung systematischer, begleitender Psychotherapieforschung und steuern damit bei, dem klientenzentrierten Psychotherapieansatz ein neues, solides wissenschaftliches Fundament zu geben.

Besten Dank für Eure/Ihre Mitarbeit!
Die Wissenschaftskommission

Symptom- und Persönlichkeitsveränderungen durch Klientenzentrierte Psychotherapie



File, N., Schabus, M., Sauer, J., & Keil, W. W.

Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (ÖGwG)

Einleitung

Die Wirksamkeit Klientenzentrierter Psychotherapie ist bereits seit Jahrzehnten empirisch zweifelsfrei bestätigt worden (eine ausführliche Diskussion der Arbeiten von 1991 - 2008 findet sich in einem narrativen Review von File et al., 2008).

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, ob sich neben Verbesserungen auf der Symptomebene (BSI - Brief Symptom Inventory) der KlientInnen auch Veränderungen auf den Dimensionen eines Persönlichkeitsfragebogens (SEE - Skalen zum Erleben von Emotionen), der auf einem klientenzentrierten Konzept beruht, nachweisen lassen. Theoriekonforme Veränderungen der emotionalen Organisation einer Person (SEE) wären wichtige Hinweise für die Effektivität Klientenzentrierter Psychotherapie auf der Persönlichkeitsstrukturebene.

Untersuchungsdesign

Bisher wurden 34 KlientInnen (22 weiblich, 12 männlich) im Alter von 26,1 bis 64,5 Jahren (M = 41,1 Jahre) gebeten, 2 Fragebögeninventare (BSI, SEE) zu drei Meßzeitpunkten auszufüllen. Meßzeitpunkt 1 (MZ1): Therapiebeginn (innerhalb der ersten 3 Sitzungen). Meßzeitpunkt 2 (MZ2): nach 15 Stunden Klientenzentrierter Psychotherapie. Meßzeitpunkt 3 (MZ3): am Ende der Psychotherapie. Statistische Vergleiche beziehen sich immer auf Veränderungen relativ zu Meßzeitpunkt 1 (Eingangserhebung).

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte zentral, die Testergebnisse wurden den TherapeutInnen für den therapeutischen Prozess zur Verfügung gestellt. Von den 34 KlientInnen haben 16 die Therapie bereits beendet, 8 innerhalb der ersten 15 Stunden. Die psychotherapeutische Behandlung wurde von 12 LehrtherapeutInnen (4 weiblich, 8 männlich) der ÖGwG mit langjähriger Therapieerfahrung durchgeführt.

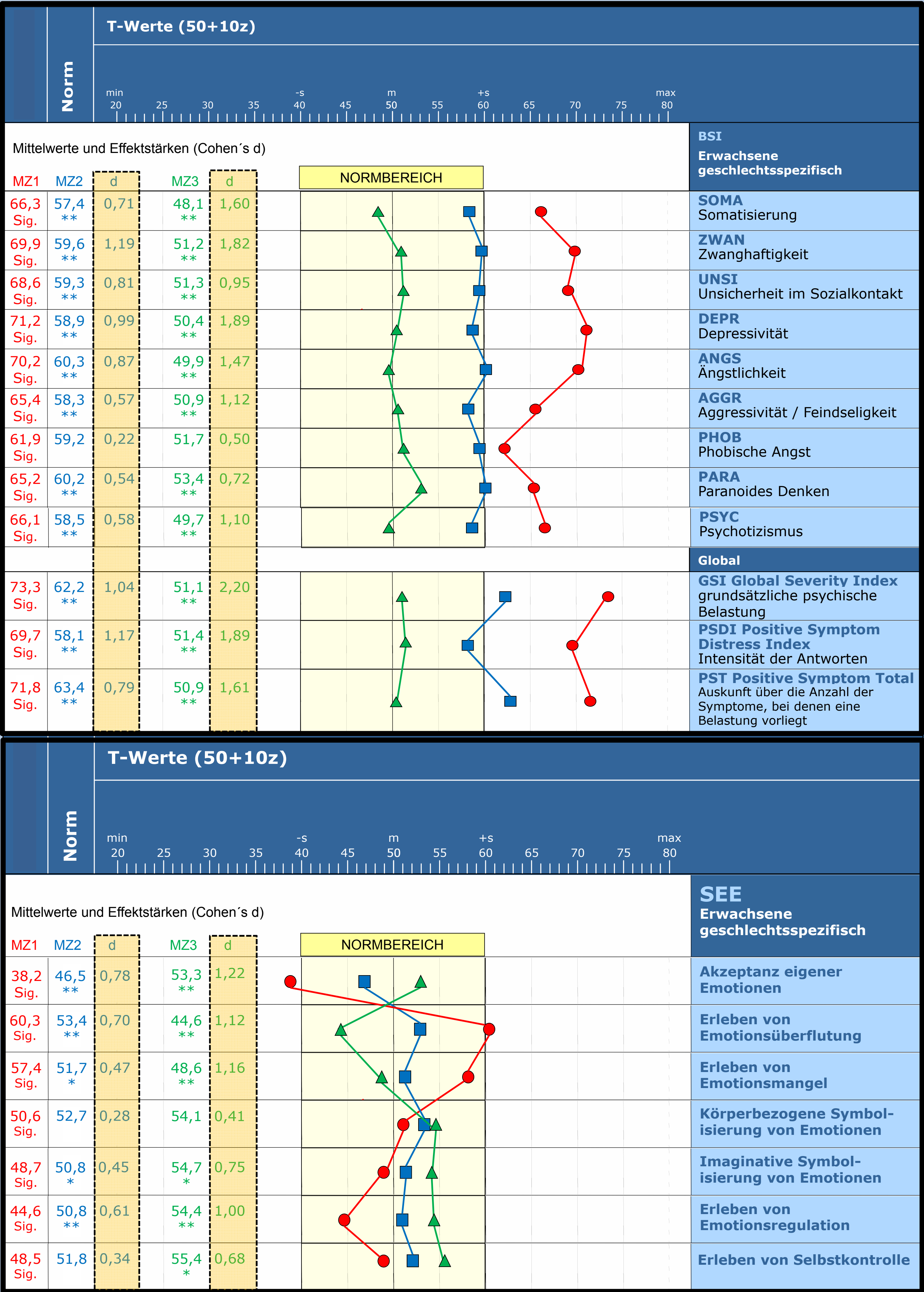
Fragebögen: BSI - Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90, deutsche Version Franke, 2000). Es handelt sich um ein international anerkanntes Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung psychischer Belastung anhand von 53 Items, aus denen sich 9 Skalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus) und drei globale Kennwerte (GSI Goba Severity Index – grundsätzliche psychische Belastung, PSDI Positive Symptom Distress Index – Intensität der Antworten, PST Positive Symptom Total – Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt) ergeben.

SEE - Skalen zum Erleben von Emotionen (Behr & Becker, 2004). „Die Skalen zum Erleben von Emotionen stellen ein theoriegeleitetes multidimensionales Instrument zur Erfassung zentraler Konstrukte der klientenzentrierten Persönlichkeitstheorie ... dar“ (ebda, S. 7). Die Subskalen 1 - Akzeptanz eigener Emotionen, 2 – Erleben von Emotionsüberflutung und 3 – Erleben von Emotionsmangel repräsentieren das Konstrukt „Kongruenz“, die Subskalen 4 und 5 (körper- bzw. imaginative Symbolisierung von Emotionen) fragen nach Symbolisierungsprozessen. Die Subskalen 6 – Erleben von Selbstkontrolle und 7 – Erleben von Emotionsregulation beziehen sich auf Konzepte zur emotionalen Intelligenz.

Ergebnisse

Beim BSI zeigten sich zum Meßzeitpunkt 2 (nach 15 Stunden) bei 8 von 9 Subskalen (außer Phobische Angst) und bei allen drei globalen Kennwerten signifikante (t-Test für abhängige Stichproben; $p < 0.01$) Verbesserungen. Beim SEE finden sich höhere Werte bei der Akzeptanz eigener Emotionen (Skala 1; $p < 0.01$), ein geringeres Maß an Emotionsüberflutung (Skala 2; $p < 0.01$) sowie niedrigere Werte bei Emotionsmangel (Skala 3; $p < 0.05$). Auch bei der imaginativen Symbolisierung von Emotionen ($p < 0.05$) und beim Erleben von Emotionsregulation ($p < 0.01$) zeigten sich signifikante Verbesserungen im Vergleich zum Therapiebeginn. Die Effektstärken der signifikanten Skalenwerte sind durchwegs als „groß“ bis „sehr groß“ einzuschätzen (vgl. Abbildung 1). Auch zu Therapieende sind diese Effekte noch stark ausgeprägt und nicht nur von statistischer, sondern auch klinischer Relevanz (alle Testwerte im statistischen Normbereich).

Abbildung 1. Testwerte BSI und SEE (mit Mittelwerten, Signifikanzen und Effektstärken)



Schlussfolgerung

Die Ergebnisse belegen die Effektivität Klientenzentrierter Psychotherapie bereits nach einer Therapiedauer von 15 Stunden (MZ 2). Symptomverbesserungen waren auf 8 der 9 BSI Skalen nachweisbar. Beim SEE weisen die Veränderungen auf den ersten drei Subskalen (Akzeptanz eigener Emotionen, Erleben von Emotionsüberflutung, Erleben von Emotionsmangel) auf eine Organisation der Persönlichkeit in Richtung zunehmender Kongruenz hin. Bezüglich der Symbolisierung (körper- bzw. imaginative Symbolisierung) von Emotionen wurden jedoch lediglich geringfügige Veränderungen sichtbar. Während sich bei der körperbezogenen Symbolisierung von Emotionen keine systematische Veränderung ergab, deutet die Skala „imaginative Symbolisierung von Emotionen“ eine leichte (statistisch signifikante) Verbesserung an. Bei Therapieende liegen die Testwerte der KlientInnen in beiden Fragebögen durchwegs im standardisierten Normbereich, womit bedeutsame „klinische Signifikanz“ angedeutet ist.

Nach Vorliegen weiterer Daten (vor allem eine größere Anzahl von Therapieabschlüssen) sind weitere Detailanalysen geplant. Zudem wird überlegt, diese quantitativen Methoden zur begleitenden Qualitätssicherung in den Fachspezifika der ÖGwG zu implementieren.

Zusammenfassend belegt die vorliegende Untersuchung die Wirksamkeit von Klientenzentrierter Psychotherapie nicht nur auf der Symptomebene, sondern auch auf der Persönlichkeitsebene der KlientInnen. Die beeindruckenden Effektstärken unterstreichen die Robustheit der Ergebnisse.

Psychotherapiestudie zur Wirksamkeit der Katathym Imaginativen Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie und Autogenen Psychotherapie

Christian Sell, Heidi Möller & Svenja Taubner

Einleitung & Forschungsansatz

Im Rahmen einer Längsschnittstudie soll die therapeutische Wirksamkeit der ambulanten tiefenpsychologischen Verfahren Katathym Imaginative Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie und Autogene Psychotherapie untersucht werden. Um detaillierte Aussagen zu Verlaufsscharakteristika und differentieller Indikation der Verfahren zu ermöglichen, werden dabei zusätzlich zur Symptomatik der PatientInnen auch Faktoren im Zusammenhang mit Persönlichkeit, Lebenszufriedenheit und Beziehungsgestaltung erhoben.

Die Studie ist als prospektiv-naturalistische Untersuchung konzipiert: Die Erhebung erfolgt in Zusammenarbeit mit niedergelassenen PsychotherapeutInnen in der *Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie* (ÖGATAP). Als Kontrollgruppe wird eine vergleichbare Stichprobe in der ärztlichen Allgemeinversorgung erhoben. Die PatientInnen werden während und nach der ambulanten Therapie insgesamt über 2,5 Jahre begleitet, der Verlauf der Behandlung wird dabei alle 6 Monate erhoben.

Ziele der Studie:

1. Nachweis der therapeutischen Effektivität der Verfahren
2. Untersuchung von Verlaufs- und Patientencharakteristika (differentielle Indikation)
3. Identifizierung von Faktoren, welche Einfluss auf den Verlauf und den Erfolg der Therapie haben (Moderatorvariablen)

Stichprobe: Einschlusskriterien

- Alter: 18-65 Jahre
- Klinische F-Diagnose nach ICD-10
- Keine akute psychotische Symptomatik, keine Suchterkrankung als Hauptdiagnose, keine hirnrnorganische Störung, keine schwere neurologische Erkrankung
- Ausreichende Deutschkenntnisse
- ‚informed consent‘

Erhebungsmethoden

Klinische Diagnose nach ICD 10 / DSM-IV

- **Klinische F-Diagnose nach ICD-10:** Wird durch die TherapeutInnen vergeben.
- **Gesundheitsfragebogen für Patienten, PHQ** (Gräfe et al. 2004): Erfasst die Art der Störung und die Schweregrade hinsichtlich "Depressivität", "somatischer Symptome", "Stress" und „Funktionseinschränkung durch psychische Symptome“.
- **Fragebogen zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen, ADP-IV** (Doering et al. 2007): Erfasst die Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV.

Symptomatik & psychosoziales Funktionsniveau

- **Brief Symptom Checklist, BSCL** (Franke, 2000): Die Kurzform der Symptom-Checkliste-90-R; ein bekanntes Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome (z. B. Somatisierung, Depressivität, Ängstlichkeit, Feindseligkeit, psychotisches Erleben).
- **Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme, IIP** (Horowitz et al. 2000): Das IIP ist ein verbreitetes Instrument zur Selbsteinschätzung interpersoneller Probleme. Es hat sich als besonders sensitiv für die Erfassung von spezifischen Veränderungen durch psychodynamische Therapien erwiesen.
- **Fragebogen zur Lebenszufriedenheit, FLZ** (Huber et al. 1988, Henrich & Herschbach 2000): Erfasst multidimensional die allgemeine subjektive Lebenszufriedenheit in verschiedenen Bereichen, jeweils getrennt nach subjektiver Wichtigkeit und subjektiver Zufriedenheit.
- **Inventar zur Persönlichkeitsorganisation, IPO-16** (Zimmermann et al. in Press): Das IPO erhebt die psychische Struktur nach dem Persönlichkeitsorganisationsmodell von Otto Kernberg.
- **Fremdbeurteilung durch den Therapeuten:** Anhand der **Clinical Global Impression, GCI** (Guy, 2000) und der Einschätzung des **Globalen Funktionsniveaus, GAF** (APA, 2000) erfolgt durch die behandelnden TherapeutInnen und ÄrztInnen eine Fremdbeurteilung der PatientInnen hinsichtlich der Schwere ihrer Symptomatik.

Therapeutische Beziehung & Haltungen

- **Working Alliance Inventory, WAI-SR** (Wilmers et al., 2008): Erhebt die vom Patienten wahrgenommene Qualität der therapeutischen Beziehung.
- **Fragebogen zur Therapeutischen Haltung, ThAt** (Sandell, et al., 2002): Erfasst Einstellungen, Werthaltungen und Überzeugungen der TherapeutInnen in Verbindung mit ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit.
- **Comparative Psychotherapy Process Scale, CPPS** (Hilsenroth et al., 2005, modifizierte Version): Adhärenzfragebogen; die TherapeutInnen werden gebeten zu Beginn anzugeben, welche Methoden sie in der Behandlung anzuwenden planen und nach der der Behandlung welche Methoden tatsächlich Anwendung fanden. Die Items der CPPS (für Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie allgemein) werden durch weitere Items, welche Spezifika der untersuchten Verfahren abfragen, ergänzt.

Wirtschaftlichkeit

- **Arbeitsfehl- und Krankentage:** Zusätzlich zu allgemeinen Angaben wie Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Schule/Beruf, Einkommen, Familienstand/Partnerschaft, Wohnsituation etc. werden auch organische Erkrankungen, Inanspruchnahme von Medizinischen Leistungen, Medikamentenverbrauch, Arbeitsfehltag etc. erfasst.

Das Projekt-Team



Prof. Dr. Heidi Möller
Projektleitung



Jun. Prof. Dr. Svenja Taubner
Projektkoordination



Dipl.-Psych. Christian Sell
Projektdurchführung

Literatur

- Beutler LE (1998) Identifying empirically supported treatments: What if we didn't? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 113-120.
- Leichsenring, F. (2004). Randomized controlled vs. naturalistic studies. A new research agenda. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68, 115-129.
- Orlinsky, D. (2008) Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung. Eine Kritik des herrschenden Forschungsparadigmas mit Korrekturvorschlägen. *PPmP*, 58: 345-354.
- Westen D. & Morrison K. (2001) A multidimensional meta-analysis for treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirical supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (6): 875-899.

Kontakt: Christian Sell, Institut für Psychologie, Universität Kassel, Arnold-Bode-Str. 10, 34127 Kassel, Deutschland
csell@uni-kassel.de

Development of Therapeutic Attitudes: Teaching and Learning in Psychotherapy



INTRODUCTION

The individual therapists’ characteristics, his or her subjective and objective traits and states, including also attitudes, account for as much as 9% of the variance in therapeutic outcome (Wampold, 2001). Therefore considering the influence of the therapeutic attitude on treatment outcome (Sandell, Lazar, Grant, Carlsson, Schubert, & Broberg, 2007), acquisition of therapeutic identity and attitude, as well as its training (Sandell, Carlsson, Schubert, Broberg, Lazar, & Blomberg, 2002) is of importance. Research in the field of formation and development of therapeutic attitudes is sparse. This seems remarkable given that the identification of primary knowledge about therapeutic attitudes is necessary in order to develop further training possibilities.

OBJECTIVES

The aim of this study was to investigate how attitudes of potential trainees (medical students) form to build the basis for further training. We examined how potential trainees differ from regular trainees in a basic psychotherapeutic training in their therapeutic attitudes (Therapeutic Attitude Scales, TASC-2). Furthermore a sample of qualified psychotherapists enrolling in training were surveyed regarding their attitudes and how they differ from potential trainees in their therapeutic attitudes (TASC-2), including also their indirect attitudes (connotations and associations). Therapists were assessed before and after the training in order to evaluate changes in their therapeutic attitudes. content analyses (Mayring, 2003).

TABLE 1 SAMPLE

SAMPLE	POTENTIAL TRAINEES	
	n	179
	age	23 ± 3 age
	Sex-Rates	♀ 56 % ♂ 44%
	(Psycho-therapeutic) Orientation, Procedure	Medical students (Medical University of Vienna) attending the compulsory lessons of psychotherapy within the framework of the university course lasting for 5 weeks, titled „Psychic functions in health and illness“, were assessed afterwards.
SAMPLE	TRAINEES	
	n	52
	age	31 ± 9 age
	Sex-Rates	♀ : 89 % ♂ : 11%
	(Psycho-therapeutic) Orientation, Procedure	Trainees attending a basic psychotherapeutic training (Psychotherapeutisches Propädeutikum, University of Vienna) were assessed while attending the compulsory lessons.
SAMPLE	PSYCHOTHERAPISTS	
	n	61
	age	47 ± 8 age
	Sex-Rates	♀ : 81 % ♂ : 19%
	(Psycho-therapeutic) Orientation, Procedure	psychodynamic (59.5%), systemic (16.5%), humanistic (20.3 %), behavior therapists (3.8%); Participants of an advanced vocational training of the Department of Psychoanalysis and Psychotherapy.

METHOD

- (A) A demographic questionnaire (participants’ age and gender; in case of psychotherapists, education and psychotherapeutic direction)
- (B) The psychotherapeutic attitude (ThAt) questionnaire (Sandell, Carlsson, Schubert, Broberg, Lazar, & Grant, 2004); this instrument measures attitudes and assumptions towards psychotherapy in three sections (TASC-2 scales: e1, e2, f).
- (c) Connotations regarding the term psychotherapy (ratings on a standard semantic differential; Schäfer, 1983);
- (d) Associations regarding the term doctor-patient-communication in case of students; Associations regarding the term psychoanalytic orientated therapy as well as the individual psychotherapeutic approach in case of therapists.

STATISTICS

Data about sex, age and profession of the participants were extracted using descriptive statistics. Concerning the ThAt data we conducted principal component analyses of the TASC-2 scales with varimax rotation and Kaiser. Next the means of the groups were compared via multivariate analysis. Regarding the connotations, group differences were also checked via multivariate analysis. The participants’ associations related to psychotherapy were ranked by frequency and clustered according to the content corresponding to the methods of qualitative content analyses (Mayring, 2003).

RESULTS

Results are reported for the TASC – 2 scales and for indirect attitudes (associations and connotations).

TABLE 2 TASC-2 SCALES - PRELIMINARY RESULTS

CURATIVE COMPONENTS		
POTENTIAL TRAINEES	TRAINEES	PSYCHOTHERAPISTS
Kindness (2.44)	Kindness (2.99)	Kindness (1.57)
Insight (2.68)	Insight (2.78)	Insight (2.87)
Adjustment (2.97)	Adjustment (2.15)	Adjustment (2.40)
STYLE FACTORS		
POTENTIAL TRAINEES	TRAINEES	PSYCHOTHERAPISTS
Supportiveness (2.81)	Supportiveness (2.65)	Supportiveness (2.02)
Neutrality (2.44)	Neutrality (2.66)	Neutrality (2.82)
Self-doubt (1.41)	Self-doubt (0.99)	Self-doubt (1.18)

BASIC ASSUMPTIONS		
POTENTIAL TRAINEES	TRAINEES	PSYCHOTHERAPISTS
Pessimism (2.16)	Pessimism (2.75)	Pessimism (2.64)
Irrationality (1.97)	Irrationality (2,11)	Irrationality (1.81)
Art (2.19)	Art (1,89)	Art (2.70)

Comparing the means of potential trainees and therapists it appears that seven of nine scales show significant differences. Especially six scales (adjustment, supportiveness, kindness, neutrality, self-doubt and irrationality) show high differences. In table 3 the means of students and therapists are presented.

TABLE 3 MULTIVARIATE COMPARISON OF MEANS (TASC-2 SCALES; THAT) N=210

		n	Mean	Standard deviation	Standard error	Significance (p)
I. ADJUSTMENT***	STUDENT	147	2.44	.52	.04	.000
	THERAPIST	61	1.57	.62	.14	
II. INSIGHT*	STUDENT	146	2.68	.61	.05	.043
	THERAPIST	61	2.87	.61	.13	
III. KINDNESS***	STUDENT	149	2.97	.65	.05	.000
	THERAPIST	61	2.40	.58	.11	
IV. NEUTRALITY***	STUDENT	138	2.44	.59	.05	.000
	THERAPIST	61	2.82	.64	.13	
V. SUPPORTIVENESS***	STUDENT	137	2.81	.42	.04	.000
	THERAPIST	61	2.02	.53	.10	
VI. SELF-DOUBT**	STUDENT	138	1.41	.63	.05	.009
	THERAPIST	61	1.18	.60	.09	
VII. IRRATIONALITY***	STUDENT	149	2.16	.74	.06	.000
	THERAPIST	61	2.64	.64	.15	
VIII. ART	STUDENT	149	1.97	.71	.06	.130
	THERAPIST	61	1.81	.73	.16	
IX. PESSIMISM	STUDENT	149	2.19	.43	.04	.000
	THERAPIST	61	2.70	.52	.07	

NOTE: *p<.05; **p<.01; ***p<.001; non-marked significances [concerning the scale (IX)] can't be accepted because their co-variances are inhomogeneous.

- (c) The therapeutic attitudes of qualified psychotherapists changed during the course of training. Ther were significant findings for the factor Supportivness (before training: m = 2.15; after tarining: m = 1.85) and the factor Kindness (before training: m= 2.40; after tarining: m = 2.12).

TABLE 4 EFFECTS OF TRAINING ON THERAPEUTIC ATTITUDES OF QUALIFIED PSYCHOTHERAPISTS

SOURCE	Dependent Variable	Qsquare of Typ III	df	mean	F	Sig
Corrected Modell	ADJUSTMENT	.912 ^a	1	.912	2,457	.122
	INSIGHT	1,079 ^b	1	1,079	3,040	.086
	KINDNESS*	1,397 ^c	1	1,397	4,321	.042
	NEUTRALITY	.465 ^d	1	.465	1,145	.289
	SUPPORTIVENESS*	1,391 ^e	1	1,391	5,374	.024
	SELF-DOUBT	.114 ^f	1	.114	.315	.577
	IRRATIONALITY	1,101 ^g	1	1,101	2,724	.104
	ARTISTRY	.579 ^h	1	.579	1,098	.299
	PESSIMISM	.016 ⁱ	1	.016	.061	.805

NOTE: ^a...p<.05

- (d) Connotations regarding the term psychotherapy: Comparing the means of potential trainees and therapists of the semantic differential, not all co-variances are homogeneous. Thus, this matters in the scales (2), (3), (5) and (7) – hence the significance in these scales is not marked. Figure 1 gives an overview of the means of students and therapists.

FIGURE 1 SEMANTIC DIFFERENTIAL-BASED CONNOTATIONS OF PSYCHOTHERAPY/DOCTOR-PATIENT-COMMUNICATION N=225

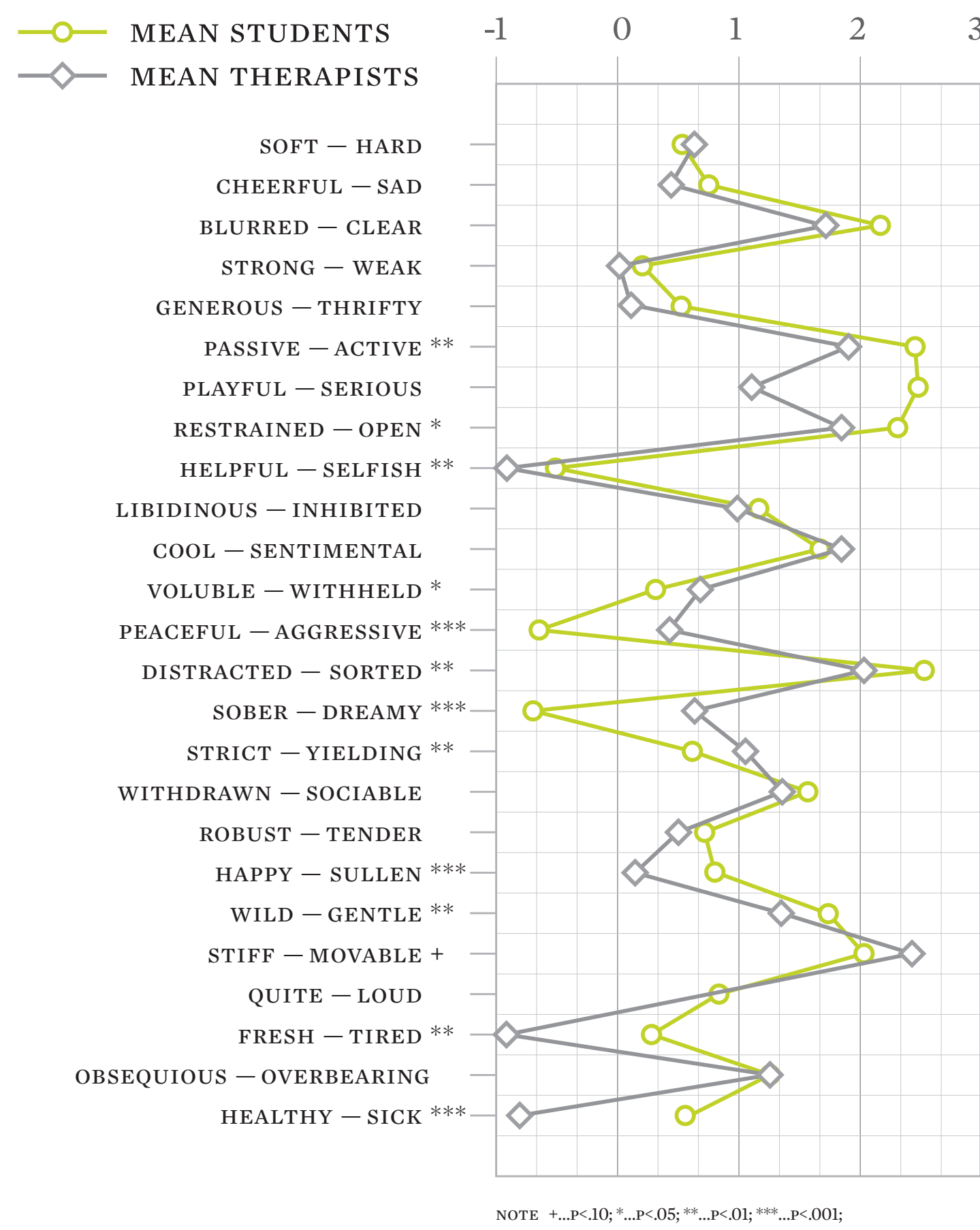


TABLE 5 ASSOCIATIONS REGARDING THE TERMS DOCTOR-PATIENT-COMMUNICATION AND PSYCHOTHERAPY:

STUDENTS’ ASSOCIATIONS	LEADING ASSOCIATIONS	CLUSTERS
In total: 400	“Empathy” (22%)	“Positive therapeutic attitude” (57%)
	“Confidence” (5%)	“Setting” (34%)
	“Openness” (3%)	“Negative associations” (10%)
THERAPISTS’ ASSOCIATIONS	LEADING ASSOCIATIONS	CLUSTERS
In total: 405	“Transference” (5%)	“Psychotherapeutic techniques” (48%)
	“Unconscious” (3%)	“Unspecific efficacy factors” (36%)
	“Interpretation” (3%)	“Negative associations” (10%)
		“Setting” (6%)

DISCUSSION

The performance of the potential trainees on the TASC-2-scales implies that a general education in the therapeutic field (medical curriculum) serves to form the base for establishing a therapeutic attitude. Potential trainees tend to a coping perspective and a more humanistic oriented approach. Psychotherapists tend to a clarification perspective. Trainees seem to show a mixed pattern of therapeutic attitudes. The therapeutic attitudes of qualified therapists changed during the course of training. The reported findings demonstrate the interference of therapeutic attitudes via teaching and may indicate a process of systematic change of therapeutic attitudes of potential trainees, trainees, and qualified therapists during the period of learning in the psychotherapeutic field.