Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin,
Psychotherapie und Medizinische Psychologie der
Technischen Universität München
Klinikum rechts der Isar
(Direktor: Univ.- Prof. Dr. M. von Rad)

Unterschiede von Eigenschaften und Haltungen bei Psychotherapeuten

Ein Vergleich von zwei Münchener Ausbildungsinstituten

Anngrit Behrens

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Medizin

genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.- Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. Univ.- Prof. Dr. M. von Rad
2. Univ.- Prof. Dr. A. R. Ludwig

Die Dissertation wurde am 24.02.2005 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 06.07.2005 angenommen

Inhaltsverzeichnis

1. Abkürzungsverzeichnis 4

2. Einführung in die Fragestellung 5

2.1 Entwicklung der Psychotherapieforschung 5

2.2 Einführung in die therapeutische Variable 6

2.3 Die Entwicklung des Fragebogens „Therapeutic Identity“ (ThId) und der “Therapeutic Attitudes Scale” (TASC- 2) 9

3. Fragestellung und Hypothesen 17

4. Methode 19

4.1 Untersuchungsfeld 19

4.2 Erhebungsinstrumente 20

4.3 Stichprobenbeschreibung 21

4.4 Variablen 23

4.5 Statistische Auswertung 24

5. Darstellung der Ergebnisse 26

5.1 Vergleich der Ausbildungsinstitute Ärztlicher Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e.V. und der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V. 26

5.1.1 Persönlicher und beruflicher Hintergrund 26

5.1.2 Berufliche Erfahrung 27

5.1.3 Selbsterfahrung 32

5.1.4 Theoretische Orientierung 33

5.1.5 Freie Assoziationen 35

5.2 Vergleich Psychoanalytiker/ tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten 38

5.2.1 Persönlicher und beruflicher Hintergrund 38

5.2.2 Berufliche Erfahrung 40

5.2.3 Selbsterfahrung 44

5.2.4 Theoretische Orientierung 46

5.2.5 Freie Assoziationen 48

5.3 Vergleich der Psychoanalytiker beider Ausbildungsinstitute (Gruppe 1) und

Vergleich der Psychoanalytiker mit den Psychotherapeuten des Ärztlicher Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e.V. (Gruppe2) 49
5.3.1 Persönlicher und beruflicher Hintergrund 49
5.3.2 Berufliche Erfahrung 52
5.3.3 Selbsterfahrung 59
5.3.4 Theoretische Orientierung 61
5.3.5 Freie Assoziationen 64
5.4 Therapeutic Attitudes Scale (TASC- 2) 67
5.4.1 Zusammenhang der TASC- 2- Werte und des Ausbildungsinstituts 68
5.4.2 Zusammenhang der TASC- 2- Werte und der Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten 69
5.4.3 Zusammenhang der TASC- 2- Werte und der Psychoanalytiker der Institute 70
5.4.4 Zusammenhang der TASC- 2- Werte und der Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e.V. 71
5.4.5 Zusammenhang der TASC- 2- Werte und Geschlecht 72
5.4.6 Zusammenhang der TASC- 2- Werte und Alter 73
5.4.7 Zusammenhang der TASC- 2- Werte und Erfahrung 73
5.5 Kritische Stellungsnahme zum Fragebogen 74

6. Zusammenfassung der Ergebnisse 75
6.1 Vergleich der Ausbildungsinstitute Ärztlicher Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e.V. und der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V. 75
6.2 Vergleich Psychoanalytiker/ tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten 80
6.3 Therapeutic Attitudes Scale (TASC- 2) 82

7. Diskussion und weiterführende Fragestellung 83
7.1 Beurteilung der Methode 83
7.2 Diskussion der Ergebnisse 84

7.2.1 Vergleich der Ausbildungsinstitute Ärztlicher Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e.V. und der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V. 84
7.2.2 Vergleich von Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapeuten 85
7.2.3 Einfluss des Alters, des Geschlechts und der Erfahrung auf die Psychotherapeutische Einstellung 87
7.3 Ausblick 88

8. Zusammenfassung 90

9. Literaturverzeichnis 91

10. Tabellenverzeichnis 95

11. Abbildungsverzeichnis 96

Anhang A 97

Anhang B 125

1. Abkürzungsverzeichnis

AKA= Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V.

ÄWK= Ärztliche Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e.V.

EMDR= Eye Movement Desensitization and Reprocessing

grp 1= Gruppe 1 (Vergleich PA/ ÄWK und PA/ AKA)

grp 2= Gruppe 2 (Vergleich PA/ ÄWK und PT/ ÄWK)

KIP= katathym- imaginative Psychotherapie

NP= nationale Probe

PA/ AKA= Psychoanalytiker der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V.

PA/ ÄWK= Psychoanalytiker des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e.V.

PA= Psychoanalytiker

PT/ ÄWK= tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e.V.

PT= tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten

SD= Standardabweichung

STOPPP= Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project

TASC- 2= Therapeutic Attitudes Scale

ThId= Therapeutic Identity“

2. Einführung in die Fragestellung

Die Psychotherapieforschung wird nicht nur aus wissenschaftlicher Neugier auf Wirksamkeit und Wirkmechanismen der Psychotherapie betrieben, sondern auch, weil die verschiedenen Psychotherapierichtungen unter dem Druck stehen, die kritische Öffentlichkeit und die Krankenkassen von ihrer Wirksamkeit zu überzeugen. Besonders die psychoanalytische Psychotherapie ist auf Grund ihrer langen Dauer und den damit entstehenden hohen Kosten unter besonderem Legitimationsdruck geraten.

2.1 Entwicklung der Psychotherapieforschung

Die Entwicklung der Psychotherapieforschung wird in der Literatur häufig in Phasen eingeteilt (z.B. Meyer, 1990; Grawe, 1992):

Die Veröffentlichung der „Studien über Hysterie“ (Freud & Breuer, 1895) leiteten die „klassische Phase“ ein: hier stand der intraindividuelle Vorher- Nacher- Vergleich als zentrale Methode im Mittelpunkt der Psychotherapieforschung. Hier ist anzulasten, dass der ausschließlich intraindividuelle Vergleich nicht klärt, welche Veränderungen auf die Therapie zurückzuführen sind. So behauptete Eysenck (1952), dass die Psychotherapiewirkungen nicht größer als die Spontanremission seien.

Eysencks Idee des Kontrollgruppenvergleichs fand breite Zustimmung. Nach Meyer (1990) war dies der Beginn der „Rechtfertigungsphase“. Es wurde versucht, die Wirksamkeit der Therapieverfahren nachzuweisen und zu belegen, dass die eigene Therapieform anderen überlegen ist. Meyer (1990) bezeichnete das Ergebnis als „Äquivalenz-Paradox“: die verschiedenen Therapien erwiesen sich als etwa gleich wirksam. Dies wurde von Luborsky et al. (1975) mit dem Worten aus Alice im Wunderland beschrieben: „Everybody has won and all must have prizes“.

Nach der Feststellung, dass die meisten Psychotherapien wirksam sind, wurde die Phase der „Differentiellen Psychotherapie- Effizienz- Forschung“ eingeleitet: „Welches ist für dieses Individuum mit diesem spezifischen Problem die effektivste Behandlung, durch wen und unter welchen Umständen?“ (zitiert nach Margaf, 2000). Es wurde Fragen nach den therapeutischen Ansätzen, nach den spezifischen Störungen und nach der Therapeutischen Persönlichkeit nachgegangen. Erstmals wurde neben der Ergebnisforschung auch die Prozessforschung einbezogen.

Um wissenschaftliche Exaktheit zu erlangen, wurden die bisherigen Forschungen überwiegend unter Laborbedingungen durchgeführt und lassen sich oft nur schwer in die Praxis übertragen. So plädierte Rudolf (1998) für eine „praxisbezogene Psychotherapieforschung“.

Schwierig wird es, experimentelle Standards einerseits und Praxisnähe andererseits so miteinander zu kombinieren, dass ein verlässliches Abbild der Realität aktuell praktizierter Psychotherapie entsteht. Deshalb liegen auch in diesem Bereich erst wenige reliable und valide Daten vor (Roth & Fonagy, 1996).

Eine breit angelegte experimentelle orientierte Praxis- Therapiestudie wurde in München durchgeführt, die nach diesen aktuellen Anforderungen an eine differentielle Psychotherapieforschung konzipiert ist ((Huber et al., 1997; 2001; 2002)). Die Münchener Psychotherapie Studie (MPS) ist eine randomisierte Psychotherapievergleichsstudie an einer homogenen Stichprobe von depressiven Patienten. Es werden Outcome und Therapieprozess von Psychoanalyse, psychodynamischer Psychotherapie und Verhaltenstherapie miteinander verglichen.

Eine weitere Studie ist das STOPP- Projekt (Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project) (Sandell, 1997), auf das später näher eingegangen wird.

2.2 Einführung in die therapeutische Variable

In den letzten Jahren wurden viele Studien bezüglich des Einflusses des Therapeuten auf den therapeutischen Prozess und das Therapieergebnis durchgeführt. Es scheint selbstverständlich, dass die persönlichen Erfahrungen, Einstellungen, Empfindungen und die berufliche Erfahrung des Therapeuten in irgendeiner Weise Einfluss auf die Therapie haben muss. Interessant jedoch ist, was genau und in welchem Ausmaß die therapeutischen Variablen den therapeutischen Prozess beeinflussen.

In den letzten zwei Dekaden wurde vermehrt diesem Thema nachgegangen. Im „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ von 2004 nimmt das Kapitel über die therapeutische Variable einen großen Teil ein.

Schon in der vierten Auflage von 1994 behandelten Beutler, Machado und Neufeldt das Thema. Sie teilten die therapeutischen Variablen in vier Quadranten ein:

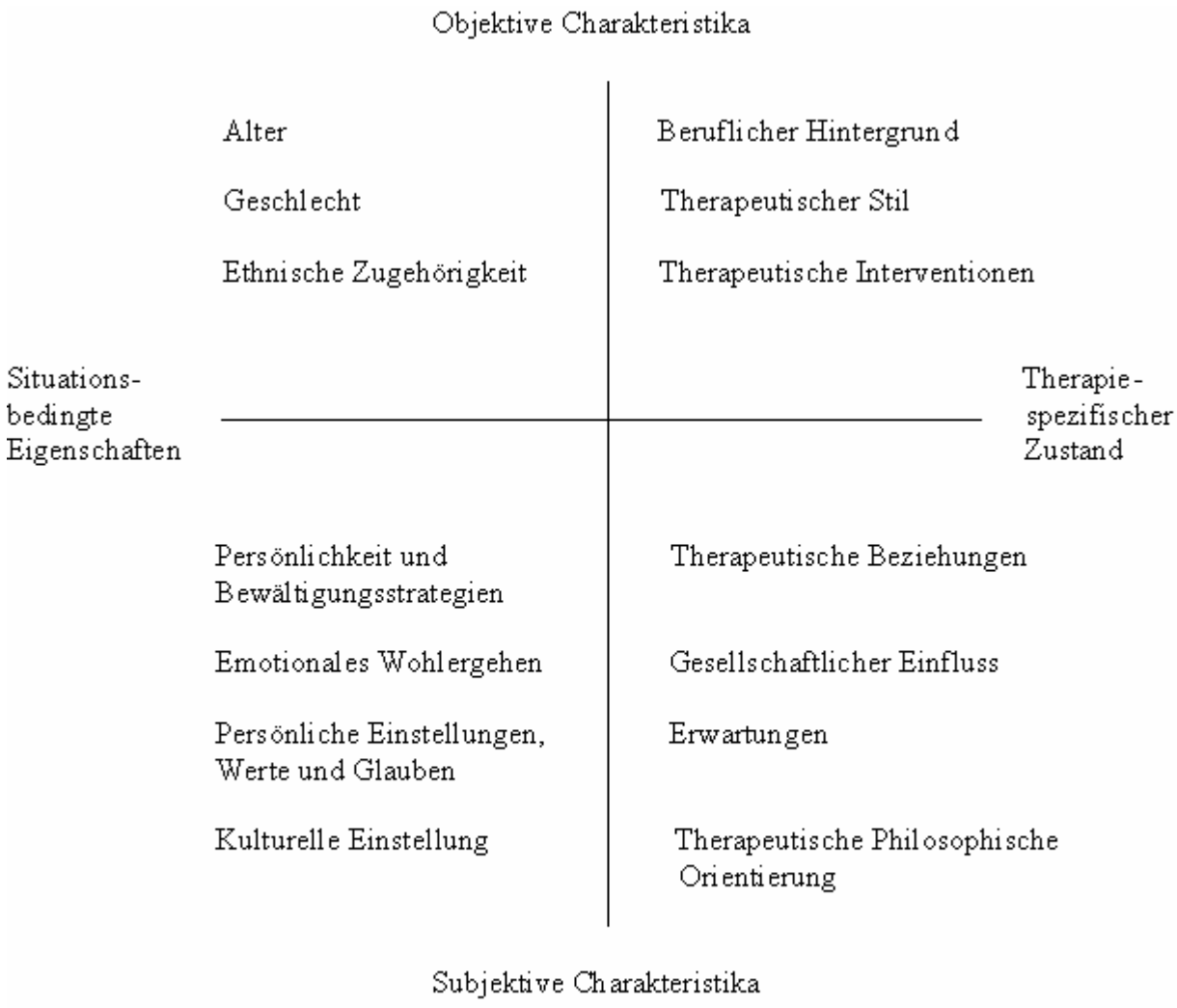


Abbildung 1: therapeutische Variablen nach Beutler, Machado und Neufeldt (1994)

Während die „Objektiven Charakteristika" ohne Befragung des Therapeuten zusammengetragen werden können (zum Beispiel durch Akteneinsicht), können die „Subjektiven Charakteristika" nur durch die persönlichen Aussagen des Therapeuten erhoben werden.

Beutler, Machado and Neufeldt (1994) stellten folgende Zusammenhänge fest:

I. Die „objective/ observable Traits" (beobachtbare Eigenschaften) wie Alter und Geschlecht haben wenig Einfluss auf das Therapieergebnis.

II. Die „objective/ observable States" (beobachtbare Zustand) wie therapeutische Erfahrung, Berufsausbildung und der therapeutische Stil gehören zu den meist untersuchten Variablen. Sie sind sehr unterschiedlich bezüglich des Einflusses auf den therapeutischen Prozesses, da zum Beispiel nicht jede Therapieform für jeden Patienten geeignet ist.

III. Die “subjective/ inferred Traits” (subjektiven Eigenschaften) wie persönliche Einstellungen, Glauben und emotionale Wohlergehen haben mit wenigen Ausnahmen keinen direkten Einfluss auf das Therapieergebnis.

IV. Die „subjective/ inferred States“ (subjektive Zustand) wie der gesellschaftliche Einfluss, Erwartungen, therapeutische Beziehungen haben Einfluss auf die Therapie, sind aber schwer zu spezifizieren.

Bezüglich des Geschlechts bestätigen Beutler et al. (2004) die Hypothese: von zehn Studien über den Zusammenhang von Geschlecht und Therapieergebnis zeigt nur eine Studie (Krippner & Hutchinson, 1990) einen signifikanten Effekt auf das Therapieergebnis (ES1(r)= .12; bei den weibliche Therapeuten). Eine weitere Studie (Sue, Fuijino, Hu, Takeuchi & Zane, 1991) stellt einen Zusammenhang zwischen der Geschlechter-übereinstimmung bei Therapeut und Patient und Therapieabbruch, Therapiedauer und des Therapieergebnisses dar.

Das Alter wird selten als primärer Focus in Studien erforscht, sondern spielt nur eine untergeordnete Rolle. Beispielsweise fließt das Alter mit in den Erfahrungswert ein.
Beutler et al. (2004) fanden nur eine Studie über den Zusammenhang von Alter und Therapieerfolg (Barber & Muenz, 1996): sie zeigte keinen signifikanten Einfluss des Therapeutenalters oder der Altersübereinstimmung von Patient und Therapeut auf das Therapieergebnis.

Beutler et al. (2004) untersuchten vier große Studien über den Zusammenhang von beruflicher Erfahrung des Therapeuten und des Therapieerfolges: Blatt et al. (1996) zeigte am deutlichsten die positive Beziehung zwischen Erfahrung und Therapieerfolg. Auch Propst et al. (1994) fanden heraus, dass erfahrendere Therapeuten bessere Therapieergebnisse lieferten. Luborsky et al. (1997) wiederum entdeckten, dass manche Therapeuten nur mit einer bestimmten Sorte, während andere mit eine breiten Spektrum von Patienten effektiv arbeiten konnten. Dies war teilweise abhängig von der therapeutischen Erfahrung. Eine wichtige Entdeckung der Re- Analyse von Hupert, Bufka et al. (in press) ist, dass das Therapieergebnis bei der Angsttherapie nicht nur von der Erfahrung des Therapeuten auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie, sondern auch von Erfahrung des Therapeuten auf anderen Gebieten der Psychotherapie abhängig ist. Daraus kann man vermuten, dass die Erfahrung nicht nur durch

die spezielle Psychotherapieform, sondern auch durch generellen klinischen Kontakt gewonnen wird.

2.3 Die Entwicklung des Fragebogens „Therapeutic Identity“ (ThId) und der “Therapeutic Attitudes Scale” (TASC- 2-2)

Eine wichtige Studie, die es zum Ziel hatte, mitzuhelfen, den Einfluss des Therapeuten auf den therapeutischen Prozess und auf das Therapieergebnis zu erforschen, entwickelte sich aus dem STOPPP (Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project):
Die nationalen schwedischen Krankenversicherungen unterstützten im Jahre 1989 Projekte, die Krankheiten, welche den Krankenversicherungen und dem Gesundheitssystem zu kostenintensiv waren, näher untersuchten.
Unter den Projekten war das STOPP- Projekt (Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project). Es sollte zeigen, welche Patienten eine Psychotherapie oder Psychoanalyse bekommen und was sie von den Therapien gewannen.
In Schweden übernehmen die nationalen Krankenkassen die Kosten einer Therapie nur solange sie von einem Arzt durchgeführt wird. Da die Mehrheit der Therapeuten aber keine Mediziner sind und die Patienten nicht die Möglichkeit haben, lange Behandlungen aus eigener Tasche zu zahlen, ergeben sich lange Wartelisten bei den Ärzten, während die Nicht-Mediziner ihre Kapazitäten nicht nutzen können.
In der Studie wurden neben 1200 Patienten, die 1994, 1995 und 1996 den „Well-being Questionnaire“ (WbQ) zugeschickt bekommen haben, auch erstmals 1996 der „Therapeutic Identity“ (ThId) an alle am Projekt teilnehmenden Psychotherapeuten und Psychoanalytikern geschickt.

Sandell und seine Forschungsgruppe (Sandell et al., 2001; Sandell et al., 2002; Blomberg et al., 2001; Blomberg & Sandell, in press) entwickelten einen Fragebogen, um die therapeutische Variable zu evaluieren. Er wurde Therapeutische Identität (ThId) genannt. Sandell setzte ihn unter anderem in dem Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project (STOPPP) ein.
Der ThId wurde 1996 per E- mail an alle 316 Therapeuten und Analysten, die zumindest einen Patienten beim STOPPP hatten, gesendet. Zur Normung und Standarisierung wurde der Fragebogen ebenfalls an 325 Psychotherapeuten in ganz Schweden versand. Sie stellten eine

randomisierte Stichprobe von den National Board of Social Welfare lizenzierten Psychotherapeuten in Schweden dar (nationale Probe).
Es brauchte vier Erinnerungsmails, um 209 von den 316 Psychotherapeuten und Psychoanalysten des STOPPP (66%) und 227 von den 325 schwedischen Psychotherapeuten (69%) die Fragebögen zurückzubekommen. Es zeigte sich, dass in der nationalen Probe die Therapeuten über 65 Jahre dazu tendierten, sich zu enthalten mit der Begründung, dass sie sich zu Ruhe gesetzt haben.
Das mittlere Alter war bei den Therapeuten des STOPPP 54 Jahre (SD=6) und bei der nationalen Probe (NP) 51 Jahre (SD = 7). Die Mehrheit der Therapeuten war weiblich (STOPPP 76 %; NP = 68%). Die akademische Grundausbildung war bei 72 % (STOPPP) bzw. 62 % (NP) Psychologie; 14 % bzw. 17 % Sozialpädagogik/ Sozialarbeit und nur 2 % (STOPPP) bzw. 11 % (NP) Medizin. Die therapeutische Grundausbildung war Psychoanalyse (26 % STOPP und 5 % NP); Universitätsabschluss (21 % bzw. 19 %), private Institute (47 % bzw. 42%), analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (6 % bzw. 9%). Eine Anerkennung als Supervisor für Psychotherapie hatten 60 % bzw. 43 %. Die mittlere Anzahl der Arbeitsjahre als Psychotherapeut nach Anerkennung war 10 Jahre (SD = 4) bei den Psychotherapeuten des STOPPP und 7 Jahre (SD= 4) bei der nationalen Probe, sowie 11 Jahre (SD = 4) bzw. 4 Jahre (SD = 5) vor Anerkennung.

Beim STOPP- Projekt fanden Sandell und seine Forschungsgruppe (Blomberg & Sandell, 2001) heraus, dass die Patienten, die eine Psychoanalyse gemacht haben, nach der Therapie wesentlich weniger Symptome zeigten, als die Patienten der Psychotherapie. Die diagnostischen und demographischen Faktoren beider Patientengruppen waren nicht unterschiedlich. Es stellte sich die Frage, inwieweit die „extrinsischen“ Faktoren wie Dauer und Frequenz der Behandlung oder „intrinsischen“ Faktoren wie die therapeutische Technik und der therapeutische Prozess die Ursache des unterschiedlichen Therapieausganges waren.
Die Forschungsgruppe fand heraus, dass die Dauer und Frequenz der Behandlung nicht im Wesentlichen Ursache sein konnten.
Daher konzentrierten sie sich auf die Untersuchung der therapeutischen Technik. Gab es Unterschiede zwischen Psychotherapeuten und Psychoanalytikern?
Hierbei ergab sich das Problem, dass es keine „standarisierte“ psychotherapeutische und psychoanalytische Technik gibt, da jeder Therapeut seine eigene Art entwickelt trotz ähnlicher Ausbildung und Orientierung. Daher wurde ein Fragebogen entwickelt, der neben den demographischen Daten auch das „Innenleben“, wie Empfinden und Glauben des

Therapeuten bezüglich der Therapie, sowie seine Einstellung gegenüber der Behandlungshandhabung etc. erheben soll. “If we think of the consulting room as a therapeutic „black box“, one could say that we have not been able hear exact what they are saying in it, but we can hear the tone of their voices” (Sandell, 2001).
Es wurde die “Therapeutic Attitudes Scale” (TASC- 2) entwickelt, die Teil des ThId ist.

Die TASC- 2 besteht aus drei Subskalen: 1) Kurative Faktoren („Curative factors“)
2) Therapeutischer Stil („Therapeutic style“)
3) Basis Vorraussetzung („Basic assumptions“)

Kurative Faktoren (Wie sehr tragen Ihrer Ansicht nach die folgenden Techniken oder „Zutaten“ zu einer anhaltenden und stabilen therapeutischen Veränderung bei?)

1) Anpassung („Adjustment“)
    1. e1.10: Dem Patienten konkrete Ziele geben (0,76).
    2. e1.12: Dem Patienten helfen, sich an die bestehenden sozialen Bedingungen/ Umstände anzupassen (0,68).
    3. e1.1: Den Patienten anregen, über seine Probleme positiver zu denken (0,64).
    4. e1.9: Dem Patienten helfen, die Wiederholung alter Fehler zu vermeiden (0,62).
    5. e1.13: Dem Patienten helfen, angstauslösende Situationen zu vermeiden (0,58).
    6. e1.25: Mit den Symptomen des Patienten arbeiten (0,56).
    7. e1.6: Dem Patienten konkrete Ratschläge geben (0,55).
    8. e1.26: Dem Patienten helfen, mit seinen Symptomen zurechtzukommen (0,55).
    9. e1.29: Dem Patienten helfen, realitätsorientierter zu werden (0,50).
    10. e1.2: Dem Patienten helfen, seine Gefühle zu kontrollieren (0,50).
    11. e1.11: Die Initiative ergreifen und die Sitzungen bestimmen (0,48).
    12. e1.8: Den Patienten über seine Symptome und psychischen Probleme instruieren (0,45).
    13. e1.5: Dem Patienten helfen, schmerzhafte Erinnerungen zu vergessen (0,44).

2) Entdecken („Uncovering“/ „Insight“)
    1. e1.22: Dem Patienten helfen, die Verbindungen zwischen seinen Problemen und seiner Kindheit zu sehen (0,68).
    2. e1.28: An der Abwehr des Patienten arbeiten (0,68).

3. e1.17: Dem Patienten verstehen helfen, dass alte Reaktionen und Beziehungen mit dem Therapeuten wiederholt werden (0,67).
4. e1.16: Dem Patienten verstehen helfen, dass er seine alten Verhaltensweisen und Beziehungen wiederholt (0,66).
5. e1.32: Die Sexualität des Patienten zum Vorschein bringen (0,66).
6. e1.33: Dem Patienten helfen, möglichen sexuellen Missbrauch zu erinnern und sich damit zu konfrontieren (0,64).
7. e1.18: Dem Patienten unterstützen, frühe, schmerzhafte Erlebnisse zu reflektieren (0,61).
8. e1.30: Die Körpersprache des Patienten interpretieren (0,60).
9. e1.19: Dem Patienten Gelegenheit geben, mit seinen Träumen zu arbeiten (0,59).
10. e1.4: Mit den Kindheitserinnerungen des Patienten arbeiten (0,58).
11. e1.14: Dem Patienten helfen, seine Gefühle zu klären (0,54).
12. e1.31: Dem Patienten seine Gefühle ausagieren lassen (Katharsis) (0,46).

3) Freundlichkeit („Kindness“)
   1. e1.21: Warmherzig und freundlich sein (0,76).
   2. e1.24: Den Patienten fühlen lassen, dass er vom Therapeuten gemocht wird (0,76).
   3. e1.3: Beachtung und Fürsorglichkeit (0,64).
   4. e1.23: Den Patienten unterstützen und ermutigen (0,60).
   5. e1.20: Dem Patienten helfen, seine Sorgen loszuwerden (0,58).

Therapeutischer Stil Faktoren (Was für ein Therapeut sind Sie?)

1) Neutralität („Neutrality“)
   1. e2.8: Ich halte meine persönliche Meinungen und Verhältnisse völlig aus der Therapie heraus (0,67).
   2. e2.4: Ich beantworte keine persönlichen Fragen des Patienten (0,67).
   3. e2.3: Ich drücke meine Gefühle in den Sitzungen nicht aus (0,63).
   4. e2.5: Meine verbalen Interventionen sind kurz und knapp (0,59).
   5. e2.11: Ich bin in der Therapie eher neutral als persönlich (0,59).

6. e2.17: Meine Gegenübertragung ist ein wichtiges Instrument in meiner Arbeit (0,54).
7. e2.6: Wenn ein Patient fragt, willige ich schon mal ein, mit einem Angehörigen zu sprechen (-0,51) *.
8. e2.22: Den therapeutischen Rahmen einzuhalten ist für meine Arbeit fundamental (0,50).
9. e2.13: Ich möchte, dass der Patient starke Gefühle in der Therapie entwickelt (0,50).
10. e2.29: Ich vermeide Körperkontakt mit dem Patienten (0,48).

2) Unterstützung („Supportiveness“)
    1. e2.19: Ich stelle dem Patienten häufig Fragen (0,62).
    2. e2.26: Ich teile die therapeutischen Ziele am Beginn der Therapie dem Patienten mit (0,61).
    3. e2.27: Ich mache mir die therapeutischen Ziele während der Therapie klar (0,61).
    4. e2.16: Es ist wichtig, das Material zu ordnen und zu strukturieren (0,60).
    5. e2.10: Ich stehe zusätzlichen Sitzungen positiv gegenüber (0,55).
    6. e2.21: Es ist wichtig, dem Patienten Hoffnung zu vermitteln (0,52).
    7. e2.1: Ich bin aktiv in den Sitzungen (0,48).
    8. e2.12: Ich möchte nicht, dass der Patient starke Gefühle gegenüber meiner Person entwickelt (0,46).
    9. e2.15: Es ist wichtig, für die Probleme des Patienten Empathie zu zeigen (0,45).

3) Selbst-Zweifel („Self-doubt“)
    1. e2.28: Ich kann am besten mit Patienten, die mir ähnlich sind (0,62).
    2. e2.25: Meine Betroffenheit über die Lebensziele des Patienten behindert meine therapeutische Arbeit (0,53).
    3. e2.24: Ich bezweifle meine Fähigkeit, die Gefühle des Patienten aufnehmen („containen“) zu können (0,50).
    4. e2.7: Ich lasse während der Sitzung keine langen Schweigepausen zu (0,49).
    5. e2.2: Ich finde es schwierig, mit der Aggression des Patienten umzugehen (0,44).

6. e2.18: Ich finde es nicht schwer, den Patienten zu enttäuschen (0,44).

Basis Vorraussetzung („Basic assumptions“) (In diesem Abschnitt geht es um Ihre Ansicht über das Wesen der Psychotherapie und des Menschen.)

1) Rationalität v. Irrationalität („Irrationality“)
    1. f3: Von Natur aus sind Menschen…..rational/ irrational (0,79).
    2. f4.1: Menschliches Verhalten wird beherrscht von……...freiem Willen/ unkontrollierbaren Faktoren (0,71).
    3. f4.2: Menschliches Verhalten wird beherrscht von……äußeren objektiven Faktoren/ inneren subjektiven Faktoren (0,63).
    4. f2.6: Psychotherapeutische Arbeit wird bestimmt durch…...bewusste Prozesse/ unbewusste Prozesse (0,57).

2) Handwerk / Kunst („Art“)
    1. f1.1: Psychotherapie kann beschrieben werden als eine……..….Kunstform/ Wissenschaft (-0,68). *
    2. f1.2: Psychotherapie kann beschrieben werden als ein……..Handwerk/ freie, kreative Arbeit (0,61).
    3. f2.3: Psychotherapeutische Arbeit wird bestimmt durch.....….relative Ansichten/ absolute Überzeugungen (-0,56). *
    4. f2.1: Psychotherapeutische Arbeit wird bestimmt durch……..Ausbildung/ Persönlichkeit (0,53).
    5. f2.2: Psychotherapeutische Arbeit wird bestimmt durch……...Intuition/ systemisches Denken (-0,53). *

3) Optimismus v. Pessimismus („Pessimism“)
    1. f7: Die grundlegenden Gesetzmäßigkeiten menschlichen Verhaltens sind…… völlig verstehbar/ überhaupt nicht verstehbar (0,67).
    2. f8: Menschen können sich entwickeln….unbegrenzt/ überhaupt nicht (0,66).
    3. f2.4: Psychotherapeutische Arbeit wird bestimmt durch……..dass alles verstanden werden kann/ dass nicht alles verstanden werden kann (0,61).
    4. f5: Die Persönlichkeit wird geformt durch…Vererbung/ Umgebung (-0,57). *
    5. f6: Die Persönlichkeit ist grundsätzlich……unveränderbar/ veränderbar (0,56).

Die Skalen des Kurativen Faktors und des Therapeutischen Stils sind fünf- Punkte- Skalen („nicht“, „wenig“, „etwas“, „ziemlich“, „viel“).
Die „Basic assumptions“ Skala ist eine bipolare Skala mit zwei gegensätzlichen Polen, auf der der Therapeut ein Kreuz setzten soll. Die Skala wurde anschließend in eine fünf- Punkte Skala umgeformt.
Bei den mit einem Sternchen (*) markierten Items wird die Skala umgedreht gewertet. Die Skalen sind nach Ladungsfaktoren geordnet (Sandell, 2004).

Anpassung („Adjustment“) zeigt verschiedene Strategien, Taktiken und Interventionen, die dem Patienten helfen, mit seiner Lebenssituation und seinen Gefühlen zurechtzukommen.
Entdecken („Uncovering“/„Insight“) dagegen zeigt verschiedene Taktiken und Interventionen, die das klassische Beispiel von psychodynamischer Psychotherapie sind: Traumanalyse, Interpretation von Körpersprache und unterdrückten Gefühlen, Konflikte aufdecken.
Freundlichkeit („Kindness“) beschreibt „die Zutaten“ für ein freundliches Miteinander.
Neutralität („Neutrality“) wurde ursprünglich von Freud (Laplanche & Pontalis, 1973) eingeführt: der Psychoanalytiker soll weder seine ethischen noch sozialen Maßstäbe an den Patienten anwenden.
Unterstützung („Supportiveness“) zeigt Wege auf, wie der Therapeut den Patienten während der Sitzung hilft, indem der Fragen stellt, aktiv in der Sitzung ist, den Patienten ermutigt etc.
Selbstzweifel („Self-doubt“) zeigt Schwierigkeiten, Hindernisse und Zweifel des Therapeuten auf.
Irrationalität („Irrationality“) beschreibt die Einstellung des Therapeuten zur menschlichen Natur.
Künstlertum („Artistery“) zeigt den Glauben an Talent, Intuition und Inspiration in der Psychotherapie.
Pessimismus („Pessimism“) beschreibt die Einstellung des Therapeuten bezüglich der Möglichkeit der Entwicklung der Persönlichkeit.

Blomberg & Sandell fanden heraus, dass Psychotherapeuten „Anpassung“ und „Freundlichkeit“ als kurativen Faktor höher schätzten als Psychoanalytiker ($p>.05$). Psychotherapeuten bevorzugen eine Technik, die weniger „neutral“ und mehr „unterstützend“ ist. Sie zeigten auch mehr „ Selbstzweifel“($p>.05$).

Ansonsten zeigten sich keine großen Unterschiede zwischen Psychotherapeuten und Psychoanalytikern bezüglich der „basic assumptions“. Psychoanalytiker zeigten ein wenig mehr „Pessimismus“ und „ Irrationalität“.
Zwischen Geschlecht und Alter der Therapeuten wurden nur geringe Unterschiede bezüglich der TASC- 2- Skalen festgestellt: die weiblichen Therapeuten hatten leicht höhere Werte auf den Skalen „Neutralität“ and „Entdecken“.

Sandell et al. (2004) unterstützten die Hypothese Fiedler´s (1950), der zufolge sich die therapeutische Einstellung mit wachsender Erfahrung trotz unterschiedlicher theoretischen Orientierung angleicht. So zeigten die hoch erfahrenden Gruppen untereinander keine signifikanten Unterschiede, die niedrig erfahrenden Therapeuten unterscheiden sich in „Anpassung“, „Unterstützung“, „Neutralität“ und „Entdecken“.

Sandell et al. (2004) untersuchten die Frage, inwieweit die von den Therapeuten angegebenen theoretischen Orientierung mit der auf ihre therapeutische Einstellung basierenden theoretischen Zuordnung besteht. Er benutzte Anderberg´s (1973) nearest neighbor Methode und fand vier Cluster: Cluster 1 (14 % der Therapeuten) hat hohe Werte bei „Anpassung“ und „Unterstützung“, sowie sehr niedrige Werte bei „Neutralität“ und „Entdecken“. Er wird als behavioral / kognitiv- behavior Cluster mit einer signifikanten Überrepräsentation an Verhaltenstherapeuten interpretiert.
Cluster 2 (32%) hat geringe Werte bei „Anpassung“, „Unterstützung“ und „Freundlichkeit“; er ist ein psychoanalytischer Cluster mit einer signifikanten Überrepräsentation (Haberman, 1978) an Therapeuten mit psychoanalytischer Ausbildung. Cluster 3 (33 %) hat hohe Werte bei allen Werten außer „Anpassung“ und „Unterstützung“: es sind eklektisch ausgebildete Therapeuten.
Cluster 4 (22 %) hat hohe Werte bei Anpassung“, „Unterstützung“, „Freundlichkeit“ und „Entdecken“, sowie niedrige Werte bei „Irrationalität“ und „Künstlertum“. Auch hier sind es Therapeuten mit eklektischer Orientierung, jedoch mit einer mehr kognitiven Richtung.
Interessant hierbei ist, dass von den schwedischen Therapeuten sich selbst nicht mehr als 24% als eklektisch und zu großer Mehrheit mit 65 % als psychoanalytisch bezeichnen; während jedoch 55 % ihrer therapeutischen Einstellung entsprechend als eklektisch bezeichnet werden würden. Es besteht also ein Unterschied zwischen der vom Therapeuten selbst bezeichneten Orientierung und der Zugehörigkeit basierend auf ihrer therapeutischen Einstellung.

3. Fragestellung und Hypothesen

Ziel der Studie ist es, mitzuhelfen, den Einfluss des Therapeuten auf den therapeutischen Prozess und auf das Therapieergebnis zu erforschen. Mit unserer Fragebogenaktion möchten wir einen Forschungsbeitrag leisten, den Psychotherapeuten, seine Ausbildung, seine berufliche Entwicklung und seine therapeutische Haltung als ein noch sehr wenig erforschtes Gebiet der Psychotherapie- Forschung zu erhellen.
Die epistemologische Natur der Studie ist Hypothesen- erzeugend und nicht Hypothesen-testend.

Der Fragebogen ThId ist ein geeignetes und sorgfältig ausgearbeitetes Mittel auf dem psychoanalytischen Feld, um die therapeutische Variable zu messen. Er kombiniert den ökonomischen Vorteil des Fragebogens, der erlaubt, eine genügend große Stichprobe für eine empirische Auswertung zu erfassen, und ermöglicht, ebenfalls die Einstellungen und Empfindungen der Therapeuten zu evaluieren.

Die Studie beinhaltet vier Punkte:

5.1 Vergleich der Ausbildungsinstitute Ärztlicher Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e.V. und der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V.

5.2 Vergleich Psychoanalytiker/ tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten

5.3 Vergleich der Psychoanalytiker beider Ausbildungsinstitute (Gruppe 1) und Vergleich der Psychoanalytiker mit den Psychotherapeuten des Ärztlicher Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e.V. (Gruppe2)

5.4 Therapeutic Attitudes Scale (TASC- 2)

Zuerst werden die beiden Ausbildungsinstitute Ärztliche Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse und die Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e. V. deskriptiv bezüglich der formalen beruflichen Kriterien beschrieben (Abschnitt A bis D des ThId).
Anschließend werden die Psychoanalytiker und die tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten deskriptiv beschrieben (Abschnitt A bis D des ThId).
Eine der entscheidenden Fragen ist: Gibt es Unterschiede bezüglich der formalen beruflichen Kriterien und welche sind es?

Um die auftretenden signifikanten Unterschiede der beiden ersten Punkte noch näher zu beleuchten, werden zwei Gruppen verglichen: in Gruppe 1 werden die Psychoanalytiker beider Institute verglichen; in Gruppe 2 die Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapeuten des ÄWK.

Der vierte Punkt der Studie soll den Einfluss des Alters, des Geschlechts und der Erfahrung auf die Psychotherapeutische Einstellung (Abschnitt E und F) untersuchen.

4. Methode

4.1 Untersuchungsfeld

Angeschrieben wurden Psychotherapeuten und Psychoanalytiker, die ihre Ausbildung an der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V., und Psychotherapeuten/ -analytiker, die bei dem Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse absolviert haben.

Die Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V. (AKA) wurde 1946 gegründet und ist eines der ältesten und nach der Mitgliederanzahl größten psychoanalytischen Ausbildungsinstitute Deutschlands. Die Akademie bietet Weiterbildung für Angehörige verschiedener psycho-sozialer Berufe an.

Der Ärztliche Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e.V. (ÄWK) wurde 1984 gegründet und ist mit in Mitgliedern stärkste gemeinnützige Vereinigung von Ärzten und Psychologen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Psychotherapie und Psychoanalyse in Bayern. Seit 2001 bietet der ÄWK Diplompsychologen psychotherapeutische Ausbildung an und wird „Ärztlich-psychologischer Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e. V. (ÄPK) genannt.

Aufgeteilt werden die Therapeuten in zwei Gruppen:

1)

Die Mitglieder des ÄWK, die den Zusatztitel: „Psychotherapie“ durch die Bayerischen Landesärztekammer erteilt bekommen haben. Der Zusatztitel: „Psychotherapie“ bedeutet, dass eine tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapie mit einer Sitzung pro Woche im Sitzen mit einer üblichen Dauer von 80 bis 100 Stunden durchgeführt wurde. Im Folgenden werden die Therapeuten mit dieser Ausbildung und die diese Behandlungsform anwenden „Psychotherapeuten“ (PT) genannt.

2)

- die Kandidaten und Mitglieder des ÄWK, die den Zusatztitel: „Psychoanalyse“ durch die bayrischen Landesärztekammer erteilt bekommen haben.

- die Kandidaten und Mitglieder der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie, die ihre Ausbildung mit einem Examen beendet haben und Mitglieder des Institutes sind. Sie tragen ebenfalls den Zusatztitel: „Psychoanalyse“.

Den Zusatztitel: „Psychoanalyse“ berechtigt eine Psychotherapie mit zwei bis drei Sitzungen in der Woche in einer aufrechten oder liegenden Position mit einer Dauer von 240 bis 300 Sitzungen durchzuführen. Im folgendem werden diese Therapeuten mit dieser Ausbildung und die diese Behandlungsform anwenden, als „Psychoanalytiker“ (PA) bezeichnet.

4.2 Erhebungsinstrumente

Der Fragebogen besteht aus 12 Seiten und hat über 100 Fragen und/ oder Items. Er ist in sechs Teile gegliedert: Abschnitt A bis D behandeln formale berufliche Kriterien.

Der erste Teil (A) erfragt Informationen über demographische Daten, persönlichen und beruflichen Hintergrund (Alter, Geschlecht, akademische Grundausbildung, psychotherapeutische Grundausbildung und Ausbildungsinstitut, Anerkennung als Supervisor, Zeitpunkt der psychoanalytischen/ -therapeutischen Zulassung); der zweite Abschnitt (B) Informationen über die berufliche Erfahrung (Dauer der Ausübung der Psychotherapie vor und nach Abschluss der Institutausbildung, Arbeiten mit stationären und ambulanten Patienten; Anzahl der Patienten, die mit verschiedenen Psychotherapieformen und Sitzungen pro Woche behandelt wurden; regelmäßig verwendete Techniken; Patienten mit speziellen Störungen; Supervisionen im vergangenem Jahr; berufliche Erfahrung auf anderen Gebieten).

Abschnitt C beschreibt die Art und Dauer der Selbsterfahrung.

Abschnitt D behandelt die theoretische Orientierung mit Hilfe einer Skala, in der die großen Schulen der Psychotherapie berücksichtigt werden und enthält ein freies Feld für Klartextinformationen über andere Orientierungen. Die Items dieser Abschnitte wurden teilweise von dem Common Core Questionaire (CCQ) übernommen (Orlinsky et al., 1999).

Abschnitte E und F behandeln den therapeutischen Stil (Blomberg & Sandell, in press).

Abschnitt E ist in zwei Teile unterteilt: E1 besteht aus 33 Items, die abfragen, wie verschiedene Techniken oder „Zutaten“ zu einer anhaltenden und stabilen therapeutischen Veränderung beitragen (z.B. den Patienten anregen, über seine Probleme positiver zu denken). Die Punkte werden auf einer fünf- Punkte Likert- Skala von „nicht“ bis „viel“ eingeschätzt.

E2 umfasst 31 Punkte zur therapeutischen Haltung, die zeigen sollen, welche Eigenschaften der Therapeut besitzt (z.B. Ich bin aktiv in den Sitzungen). Auch hier wurde eine fünf- Punkte Likert- Skala von „nicht“ bis „viel“ verwendet.

Die Punkte für Abschnitt E wurden von verschiedenen Quellen zusammengesucht: Erfahrung des Autors, Vorschläge von Kollegen, theoretische Literatur, und frühere Instrumente (Rice et al., 1974; Sundland & Barker, 1962; Wallach & Strupp, 1964; Weissman et al.; 1971).

In Abschnitt F geht es um die Ansicht über das Wesen der Psychotherapie und des Menschen (Annahmen über die Psychotherapie und Persönlichkeit). F ist unterteilt in sechzehn Punkte, in bipolare Skalen mit gegensätzlichen Polen (z.B. Psychotherapie kann beschrieben werden als eine…. Kunstform—Wissenschaft). Die Beantworter des Fragebogens sollten ihren Standpunkt mit einem Kreuz auf einer visuellen Analogskala markieren. Die Items wurden inspiriert durch Hjelle und Ziegler, 1981; Sundland und Barker, 1962; Wallach und Strupp, 1964.

Abschnitt G. besteht aus vier offenen Fragen über die größte Stärke als Psychotherapeut, die größte Einschränkung als Psychotherapeut, das primäre Ziel der Psychotherapie und den größten negativen Einfluss auf eine Psychotherapie.

Der letzte Abschnitt (H) beschäftigt sich mit dem Fragebogen selbst (z.B.: Wie anregend war der Fragebogen für Sie?) und gibt die Möglichkeit, Kommentare oder Gedanken, die der Therapeut zum Fragebogen hat, zu äußern.

4.3 Stichprobenbeschreibung

Der Fragebogen wurde im Februar 2003 an 431 Mitglieder und Ausbildungskandidaten der Akademie geschickt. Ebenfalls im Februar 2003 wurde der ThId an 608 Mitglieder und Ausbildungskandidaten des ÄWK versendet. Von den insgesamt 1039 angeschriebenen Therapeuten wurden bei den Mitgliedern des ÄWK 36 (6%) und bei den Mitgliedern der AKA 69 (16%) wieder abgezogen. Bei ihnen handelt es sich um so genannte „Life members“. Nach Doidge sind sie "retired or semi-retired, and they were not thought, for the most part, to be in active practice, or taking new patients, so that it was felt that that their participation would skew the results" (Doidge, 2004, personal communication). Wir definierten sie als Mitglieder, die zum Zeitpunkt der (letzten) Befragung 65 Jahre oder älter waren.

Der Rücklauf betrug im Mai 2003 102 von 362 (28%) der Fragebogen an die AKA und 132 von 572 (23%) Fragebogen an den ÄWK. In der Zeit von Juni bis September 2003 sind acht Fragebögen von der AKA zurückgeschickt worden. Die Erhebung der Daten ist anonym. Daher wurden alle Teilnehmer, inklusive denen, die schon den Fragebogen ausgefüllt haben, erneut angeschrieben und erinnert.

Nach einem Erinnerungsschreiben im September 2003 sind von den Mitgliedern der AKA sechs Antworten und nach einer erneuten Erinnerung im März 2004 noch einmal fünf Bögen zurückgekommen. Von den Mitgliedern des ÄWK sind im Zeitraum Juni 2003 bis Dezember 2003 elf Fragebögen zurückgeschickt worden und nach einem Erinnerungsschreiben im Januar 2004 an den ÄWK noch einmal fünf Antworten gekommen.

Anfang Juni 2004, als die Auswertung der Fragebögen begann, betrug die Anzahl aller Fragebögen 279 von 934 (30%); davon wurden insgesamt 62 Fragebögen von den Therapeuten, deren Grundausbildung weder Psychoanalyse noch tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie war (9 Verhaltenstherapeuten, 4 Gesprächstherapie nach Rogers, 3 Gestalttherapie, 1 Psychodrama, 1 katathymes Bilderleben, 1 Körpertherapie, 1 Sonstiges und 19 fehlende Daten) und von 23 Kinder- Jugendpsychotherapeuten abgezogen.

Die Stichprobe N= 217 besteht aus 151 Psychoanalytikern und 66 tiefenpsychologisch-fundierten Psychotherapeuten. Von den Psychoanalytikern gaben 53 (37,1%) an, die Grundausbildung an dem ÄWK gemacht zu haben und 90 (62,9%) an der AKA. Von den tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten waren 54 (93,1%) an dem ÄWK und 4 (6,9%) an der AKA.

In der Arbeit werden die Daten anhand des Ausbildungsinstitutes ÄWK (N=107) und AKA (N=94) verglichen. Anschließend werden die Psychoanalytiker und die tiefenpsychologische-fundierten Psychotherapeuten verglichen. Um signifikante Unterschiede näher zu betrachten, werden zwei Gruppen gebildet: in der Gruppe 1 werden die Psychoanalytiker, die ihre Grundausbildung in dem ÄWK gemacht haben, mit den Psychoanalytikern, die die Grundausbildung an der AKA absolviert haben, verglichen. In der Gruppe 2 werden die Psychoanalytiker, die ihre Grundausbildung in dem ÄWK gemacht haben, mit den tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten, die ihre Grundausbildung ebenfalls in dem ÄWK gemacht haben verglichen. Die tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten, die ihre Grundausbildung an der AKA gemacht haben, sind zu wenig (N=4), um signifikante Aussagen bei Vergleichen machen zu können.

Tabelle 1: Verteilung der Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierter Psychotherapeuten auf die Ausbildungsinstitute Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V. (AKA) und Ärztlicher Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e.V. (ÄWK)

			psychotherapeutische Grundausbildung		
			Psychoanalyse	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	Total
Ausbildungsinstitut	ÄWK	Count	53	54	107
		% within psychotherapeutische Grundausbildung	37,1%	93,1%	53,2%
	AKA	Count	90	4	94
		% within psychotherapeutische Grundausbildung	62,9%	6,9%	46,8%
Total		Count	143	58	201
		% within psychotherapeutische Grundausbildung	100,0%	100,0%	100,0%

4.4 Variablen

Die Abschnitte E1, E2 und F des Fragebogens wurden in die neun TASC- 2- Skalen Anpassung („Adjustment“), Entdecken („Insight“), Freundlichkeit („Kindness“), Neutralität („Neutrality“), Unterstützung („Supportivness“), Selbstzweifel („Self- doubt“), Irrationalität („Irrationality“), Künstlertum („Artistery“) und Pessimismus („Pessimism“) von Sandell (2004), wie sie in der Einleitung schon beschrieben wurden, umgewandelt. Zu diesen abhängigen Variablen wurden die unabhängigen Variablen Geschlecht, Alter und Erfahrung in Bezug gesetzt

Die Aufteilung der Altersgruppen hält sich an die Sandells (2002), jedoch wurden die Altersgruppen „55-60“ und „über 61“ Jahre zusammengefasst in „über 55“ Jahre, da die Anzahl der älteren Therapeuten in dieser Studie viel geringer war.

Die Variable „Erfahrung“ wurde in drei Gruppen eingeteilt: hoch, mittel und niedrig erfahren. Sie berücksichtigt die Anzahl der Jahre vor und nach Abschluss der Institutsausbildung, in denen die Therapeuten Psychotherapie ausgeübt haben, sowie die Anzahl der Patienten, die sie mit den verschiedenen Psychotherapieformen behandelt haben. Hierbei wurden die Therapieformen unterschiedlich gewichtet: es wurde die Anzahl der Sitzungen in der Woche,

die Dauer der Behandlung, sowie die Patientenanzahl berücksichtigt Dadurch ergaben sich die Gewichtungsfaktoren (GF) wie folgt:

Psychoanalyse, 4-5 Sitzungen pro Woche GF: 4

Psychoanalyse, 3 Sitzungen pro Woche GF: 3

Einzelpsychotherapie, 3 Sitzungen pro Woche GF: 3

Einzelpsychotherapie, 2 Sitzungen pro Woche GF: 2

Einzelpsychotherapie, 1 Sitzung pro Woche GF: 1

Fokaltherapie oder Kurztherapie GF: 0,5

Krisenintervention GF: 0,5

Gruppentherapie GF: 2

Familientherapie GF: 2

Andere Therapieform GF:1

Diese wurden mit den Werten 1 bis 5 entsprechend für „0“ bis „ >50“ Patienten in der Skala B3 multipliziert.

Für die Anzahl der Jahre vor und nach Institutausbildung, in denen Psychotherapie ausgeübt wurde, wurden jeweils drei Gruppen gebildet (eingeteilt in 1/3- Schritten):

Anzahl der Jahre vor Institutausbildung (Kumulative Prozent)

1= 0-2 Jahre (33,0%)

2= 3-5 Jahre (64,6%)

3= 6- 25 Jahre (100%)

Anzahl der Jahre nach Institutausbildung:

1= 0-2 Jahre (34,9%)

2= 3-9 Jahre (60,4%)

3= 10-51 Jahre (100%)

Die Gruppen 1 bis 3 für die Anzahl der Jahre vor bzw. nach Institutausbildung wurden beide gleich gewichtet (GF:8) und mit den Werten für die Anzahl der Patienten, die mit den verschiedenen Psychotherapieformen behandelt wurden, verrechnet. Die resultierenden Ergebnisse wurden erneut in drei Gruppen eingeteilt (in 1/3- Schritten) und als die Variablen „hoch- erfahren“, „mittel- erfahren“ und „niedrig- erfahren“ genommen.

4.5 Statistische Auswertung

Die erhobenen Daten wurden alle mit dem SPSS-Programm (Statistical Package for the Social Sciences), Version 12.0.1 ausgewertet.

Zum Vergleichen AKA/ ÄWK, PA/PT sowie Gruppe 1/ Gruppe 2 wurden für kategoriale und ordinale Variablen Kreuztabellen erstellt, die mittels Chi- Quadrat- Test auf eine Abweichung von den erwarteten Häufigkeiten überprüft wurden. Überschritt der berechnete Chi- Quadrat- Wert die 5%- Irrtumswahrscheinlichkeit, wurde die Ho-Hypothese abgelehnt und der Zusammenhang als signifikant gedeutet.

Zum Vergleich von Mittelwerten aus zwei unabhängigen Stichproben (zum Beispiel Gruppe 1/ Gruppe 2 oder Männer/ Frauen) wurde der t- Test benutzt. Zum Vergleich von Mittelwerten aus mehr als zwei unabhängigen Stichproben (zum Beispiel Altersgruppen und Erfahrung) wurde die einfaktorielle Varianzanalyse berechnet. Da die Messwerte zahlreiche Abweichungen von den Voraussetzungen der parametrischen Verfahren (Normalverteilung, Homogenität der Varianz) aufweisen, wurden zusätzlich entsprechende non- parametrische Verfahren eingesetzt (Mann- Whitney- U- Test, Kruskal- Wallis- Test), deren Ergebnisse jedoch im Text nicht erwähnt werden, da sie nicht im Widerspruch zu den parametrischen standen.

Um den Einfluss des Alters, des Geschlechts und der Erfahrung auf die psychotherapeutische Einstellung zu untersuchen, wurden diese als unabhängige Variablen in Bezug zu den abhängigen Variablen (Sektion E und F) gesetzt.

5. Darstellung der Ergebnisse

5.1 Vergleich der Ausbildungsinstitute ÄWK / AKA

5.1.1 Persönlicher und beruflicher Hintergrund

Aus der Tabelle 1 können soziodemographische Daten wie Alters- und Geschlechtsverteilung und die Schulbildung entnommen werden. Der Anteil der Frauen ist sowohl bei dem ÄWK wie auch der AKA erheblich höher. Die Altersverteilung ist ausgewogen.

Bei der Psychotherapeutischen Grundausbildung nimmt der Anteil der Psychoanalyse und der tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapie bei dem ÄWK jeweils die Hälfte ein; bei der AKA überwiegt deutlich die Psychoanalyse. Auffällig ist der höhere Anteil an anerkannten Supervisoren für Psychotherapie bei den Mitgliedern der AKA.

Tabelle 2: Persönlicher und beruflicher Hintergrund in Bezug auf das Ausbildungsinstitut : Ärztliche Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse (ÄWK) (N= 107), Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V. (AKA) (N=94): Chi- Quadrat- Test; Angabe in %

	ÄWK	**AKA**	**Chi-Quadrat**	**df**	**p**
Geschlecht männlich	29,0	31,9	0,205	1	0,651
weiblich	71,0	68,1			
Alter unter 44 Jahre	33,6	26,6	5,842	3	0,120
45 bis 49 Jahre	29,9	20,2			
50 bis 54 Jahre	20,6	29,8			
über 55 Jahre	15,9	23,4			
Akademische Grundausbildung:					
Medizin	92,5	33,0	77,659	1	**0,000**
Psychologie	7,5	62,8	68,835	1	**0,000**
Sozialpädagogik		3,2	3,467	1	0,063
Anderes		7,4	8,256	1	**0,004**
Psychotherapeutische Grundausbildung: Psychoanalyse	49,5	95,7	52,054	1	**0,000**
Tief.-fund. PT	50,5	4,3			
Zusätzliche Psychotherapieausbildung	50,5	53,8	0,219	1	0,640
Anerkennung als Supervisor für Psychotherapie	11,2	24,5	6,112	1	**0,013**
Weitere akademische Ausbildung	9,5	19,1	3,800	1	0,051

Bei der akademischen Grundausbildung wurde bei Angabe von „Medizin“ die Nennung des Facharztes erbeten. Bei den Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin (ÄWK= 29,0%; AKA= 25,5%; Chi- Quadrat= 0,298, df=1, p= 0,585), Neurologie (ÄWK= 6,5%; AKA= 3,3%, Chi-Quadrat= 1,188, df= 1, p= 0,276), Innere Medizin (ÄWK= 5,6%, AKA= 2,1%, Chi-Quadrat= 1,586, df= 1, p= 0,208) und sonstige Fachärzte (ÄWK= 7,5%;AKA= 3,2%, Chi-Quadrat= 1,776, df= 1, p= 0,183) liegen keine signifikanten Unterschiede vor; bei den Mitgliedern des ÄWK sind jedoch viele Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (ÄWK= 30,8%; AKA= 5,3%, Chi- Quadrat= 21,260, df= 1, p= 0,000) und Fachärzte für Allgemeinmedizin (ÄWK= 25,2%, AKA= 2,1%, Chi- Quadrat= 21,639, df= 1, p= 0,000).

Die Mitglieder der beiden Ausbildungsinstitute unterschieden sich hinsichtlich der psychotherapeutischen Grundausbildung nur geringfügig. Der Anteil an Verhaltenstherapie, Gestalttherapie, Körpertherapie, Systemische Therapie, Hypnose, katathymes Bildererleben und katathym- imaginative Psychotherapie, Psychodrama, Transaktionsanalyse, Gruppenpsychotherapie, Familientherapie, Paartherapie und sonstige betrug bei beiden Ausbildungsinstituten jeweils um die 5 %. Signifikante Unterschiede gab es bei der Gesprächstherapie nach Rogers (ÄWK= 1,0%; AKA= 6,6%, Chi- Quadrat= 4,391, df= 1, p= 0,036) und bei EMDR (ÄWK= 0; AKA= 4,4 %, Chi- Quadrat= 4,623, df= 1, p= 0,032).

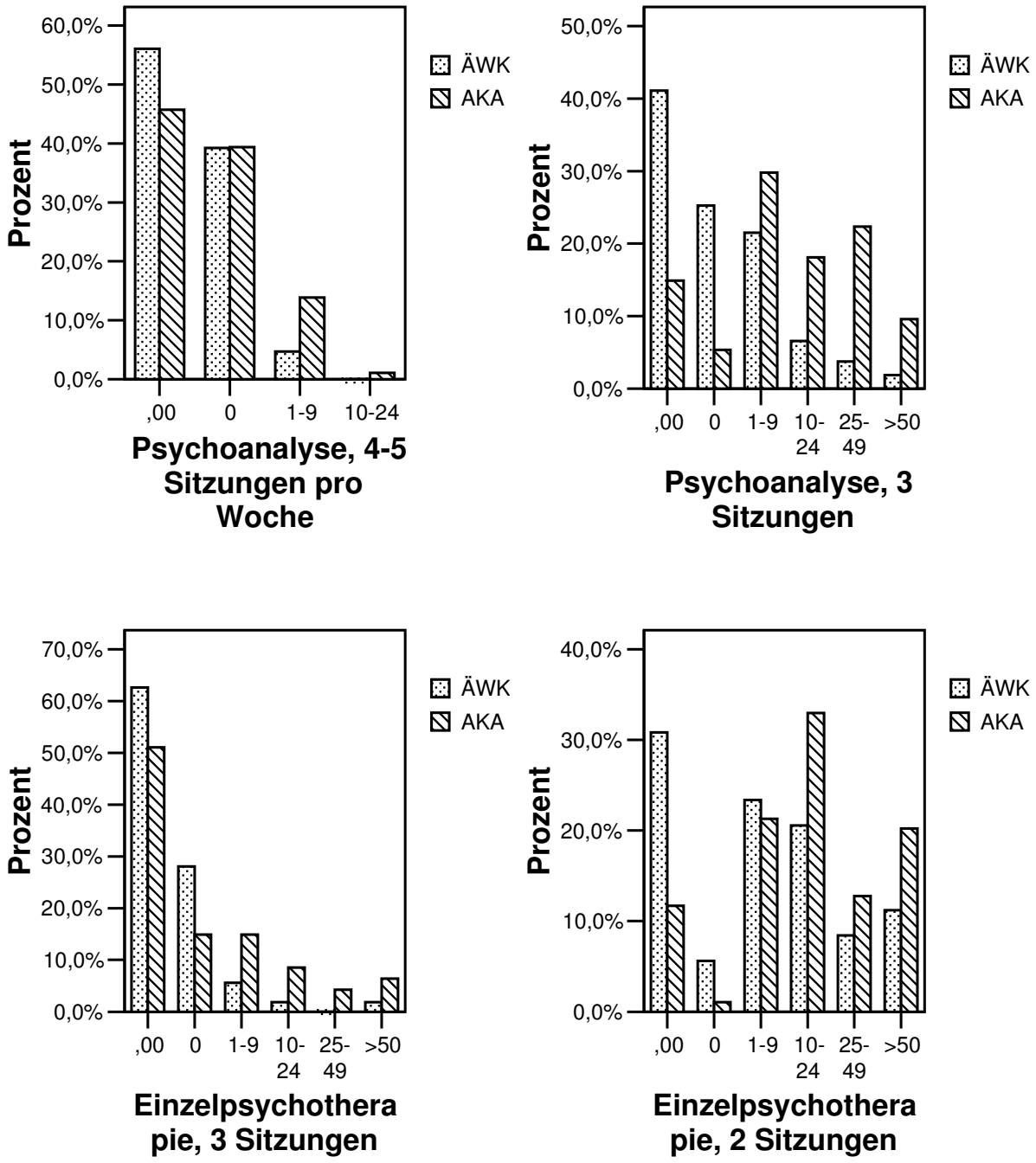
Die Mitglieder beider Institute haben ihren Institutsabschluss vor 11,5 Jahren gemacht. Den Zusatztitel Psychotherapie (12 Jahre), Psychoanalyse (10 Jahre) oder Verhaltenstherapie (13 Jahre) führen sie beide gleichlang. Die Mitglieder der Akademie haben ihre Approbation als psychologischer Psychotherapeut im Mittel vor 5,11 Jahren bekommen; die Mitglieder des ÄWK vor 2,71 Jahren (t= -2,860; df= 59; p=0,006).

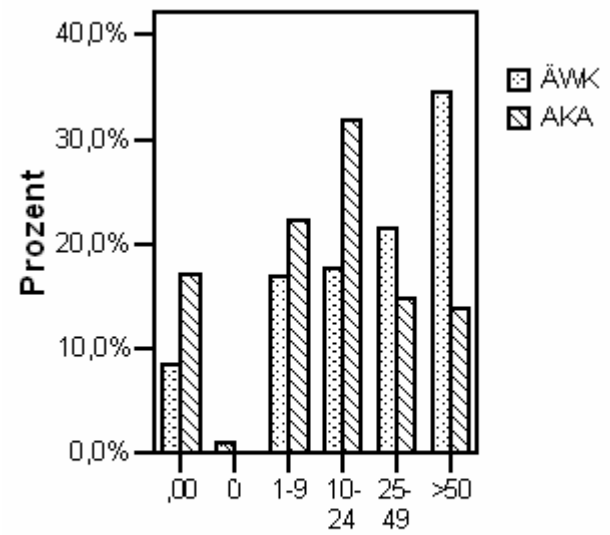
5.1.2 Berufliche Erfahrung

Die Mitglieder der Akademie haben vor ihrem Institutsabschluss doppelt so lang Psychotherapie ausgeübt wie die Mitglieder des ÄWK (ÄWK= 3,3 Jahre; AKA= 7,2 Jahre, t= -7,017; df= 195; p= 0,000). Nach Abschuss der Ausbildung haben beide Gruppen im Mittel 8 Jahre Psychotherapie ausgeübt. Die Anzahl der Jahre, die sie mit stationären Patienten der institutionellen psychiatrisch- psychotherapeutischen Krankenversorgung gearbeitet haben, betrug im Mittel 2,5 Jahre. Die Therapeuten der AKA haben mit ambulanten Patienten in der institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung (ÄWK= 1,8 Jahre;

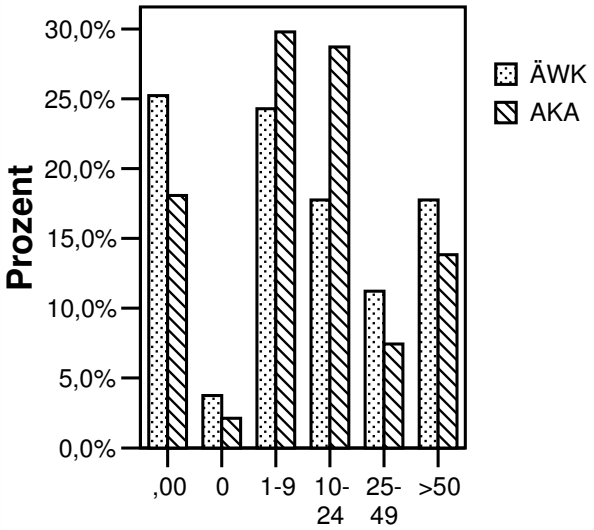
AKA= 4,1 Jahre; t= -3,330; df= 195; p= 0,001) als auch in der privaten Praxis (ÄWK= 8,3 Jahre; AKA= 12,1 Jahre; t= -1,568; p= 0,002) länger gearbeitet.

Die Abbildung 2 zeigt die Anzahl der Patienten, die mit den verschiedenen Psychotherapieformen behandelt wurden.

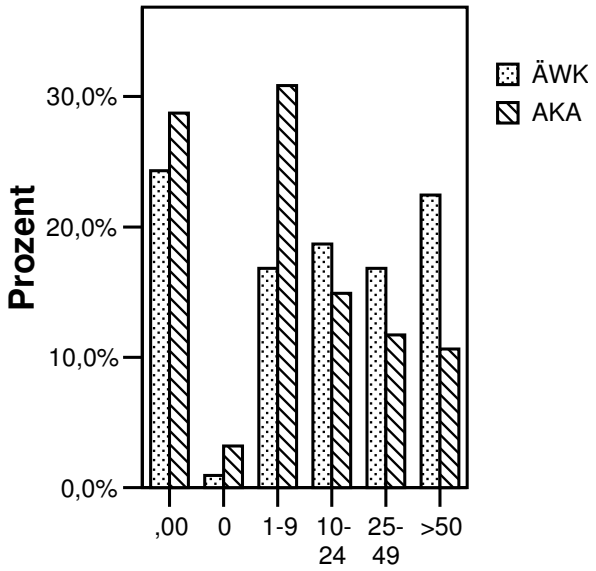




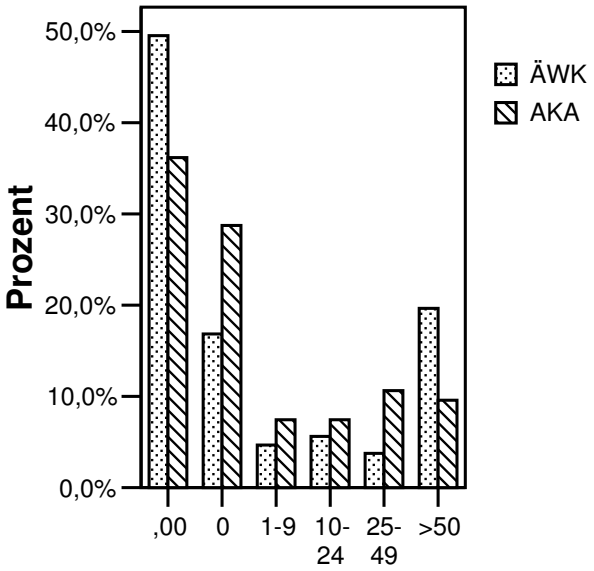
Einzelpsychotherapie, 1 Sitzung



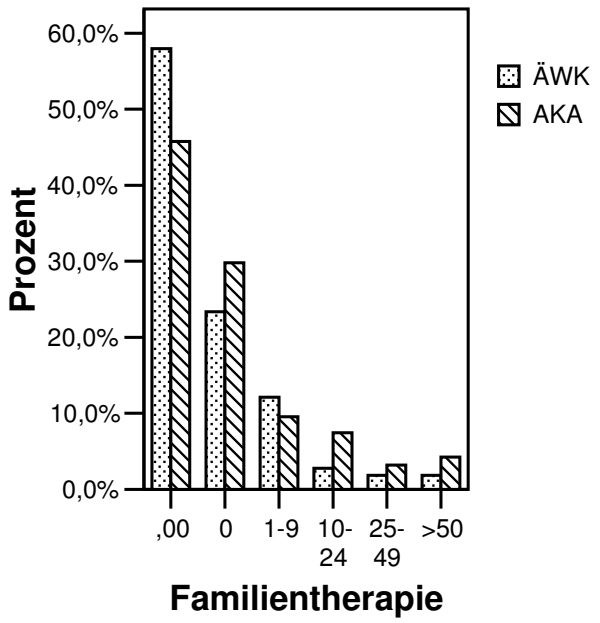
Fokaltherapie oder Kurztherapie



Krisenintervention



Gruppentherapie



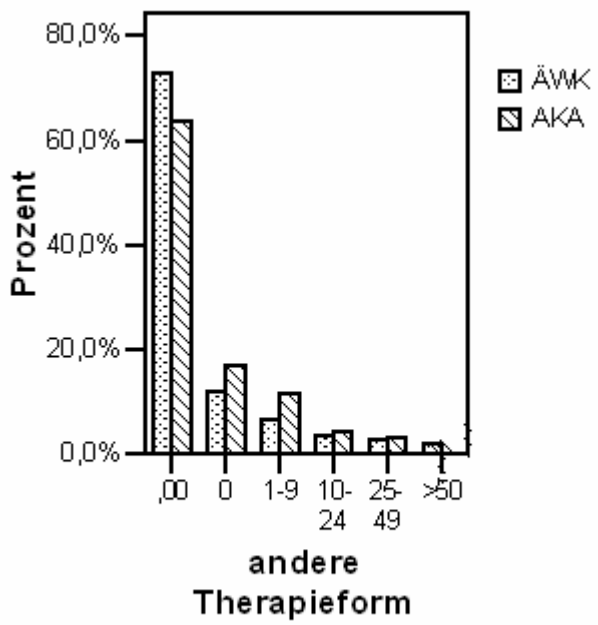


Abbildung 2 : Anzahl der Patienten, die mit den verschiedenen Psychotherapieformen behandelt wurden;
ÄWK: Ärztliche Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; AKA: Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V.
„00“= fehlende Angabe

Signifikante Unterschiede bezüglich der verschiedenen Therapieformen, die die Therapeuten für ihre Patienten anwendeten, bestehen in der Psychoanalyse mit drei Sitzungen in der Woche. Hier gaben 42,9% der ÄWK- Mitglieder an, keine Patienten zu haben. Bei den Mitgliedern der AKA gaben 11,3 % an, mehr als 50 Patienten mit dieser Therapieform zu behandeln (Chi- Quadrat= 34,260, df= 4, p= 0,000).

Auch bei der Einzelpsychotherapie mit drei Sitzungen pro Woche gaben 75 % der ÄWK-Therapeuten an, diese Form nicht anzuwenden, während 13 % der AKA-Therapeuten über 50 Patienten hatten (Chi- Quadrat= 18,289, df= 4, p= 0,001).

Bei der Einzelpsychotherapie mit einer Sitzung pro Woche war der Anteil bei der Behandlung von 25 bis 49 und von über 50 Patienten bei den Mitgliedern des ÄWK höher (Chi- Quadrat= 15,335, df= 4, p= 0,004).

Die ÄWK- Therapeuten lagen ebenfalls bei der Krisenintervention höher (Chi- Quadrat= 10,861, df= 4, p= 0,028).

Tabelle 3 gibt Auskunft über die berufliche Erfahrung der Therapeuten wie regelmäßiges Verwenden von anderen Techniken, regelmäßiges Arbeiten mit Patienten mit speziellen Störungen, Supervision und berufliche Erfahrung auf anderen Gebieten.

Tabelle 3 : berufliche Erfahrung; ÄWK: Ärztliche Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; AKA: Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V. : Chi- Quadrat- Test
Angabe in %

		ÄWK	**AKA**	**Chi-Quadrat**	**df**	**p**
Regelmäßige Verwendung von andere Techniken als das Gespräch in der Psychotherapie		33,0	10,9	13,759	1	**0,000**
Regelmäßiges Arbeiten mit Patienten mit speziellen Störungen		57,1	37,1	7,770	1	**0,005**
Im vergangenem Jahr Supervision gehabt	Ja, regelmäßig	62,9	69,9	2,240	2	0,326
	Ja, gelegentlich	24,8	16,1			
	Nein, überhaupt nicht	12,4	14,0			
Im vergangenem Jahr andere Psychotherapeuten oder Kollegen supervidiert						
	Ja, regelmäßig	24,0	46,2	17,651	2	**0,000**
	Ja, gelegentlich	19,2	26,4			
	Nein, überhaupt nicht	56,7	27,5			
Berufliche Erfahrung auf anderen Gebieten als Psychotherapie, Psychologie, Gesundheitswesen und ähnlichen		32,1	38,7	0,956	1	0,328

Die Mitglieder des ÄWK gaben drei Mal häufiger als die Mitgliedern der AKA an, regelmäßig andere Techniken anzuwenden. Die Therapeuten unterscheiden sich hinsichtlich der Häufigkeit bei der Kunsttherapie (ÄWK= 15,1 %, AKA= 4,3 %, Chi- Quadrat= 6,264, df= 1, p= 0,012), des Entspannungsverfahrens (ÄWK= 11,3 %, AKA= 1,1 %, Chi- Quadrat= 8,408, df= 1, p= 0,004) und sonstiger Techniken (ÄWK= 10,4 %, AKA= 2,2 %, Chi-Quadrat= 5,403, p= 0,020). Bei den Variablen Körpertherapie, Hypnose, katathymes Bildererleben und katathym- imaginative Psychotherapie und EMDR gab es keine signifikanten Unterschiede.

Um herauszubekommen, inwieweit die Therapeuten sich in der regelmäßigen Arbeit mit Patienten mit speziellen Störungen unterscheiden, wurden elf Variablen gebildet. Es zeigt sich, dass sich die Therapeuten zwar in der Angabe, dass sie regelmäßig Patienten mit speziellen Störungen arbeiten, unterscheiden (siehe Tabelle 4), aber bezüglich der elf Variablen gab es kaum einen signifikanten Unterschied. Beide Institutsmitglieder arbeiten gleich häufig mit Borderline- Patienten, Schmerzpatienten, Suchtpatienten, Traumapatienten, dissozialen Patienten, mit Patienten mit Essstörungen, mit hyperkinetischen Störungen, onkologischen Patienten und sonstigen Störungen. Unterschiede zeigten sich bei der Angabe von psychosomatischen Patienten (ÄWK= 30,5 %, AKA= 13,5 %, Chi- Quadrat= 7,932, df= 1, p= 0,005) und psychotischen Patienten (ÄWK= 21,0 %, AKA= 10,1 %, Chi- Quadrat= 4,216, df= 1, p= 0,040).
Zur beruflichen Erfahrung auf anderen Gebieten als Psychotherapie, Psychologie, Gesundheitswesen und ähnlichen wurden acht Variablen (handwerklich, künstlerisch, kaufmännisch, technisch, Medien, sozial, Verwaltung, sonstiges) gebildet. Die Therapeuten unterschieden sich hierbei nicht.

5.1.3 Selbsterfahrung

Die Therapeuten wurden gebeten, die Art ihrer Selbsterfahrung, die Frequenz (Sitzungen pro Woche), sowie das Beginnungs- und das Beendigungsjahr der Therapieform zu nennen. Daraus wurde die Gesamtzahl der Sitzungen ermittelt.
Von den 16 gebildeten Variablen (Psychoanalyse, Gruppenanalyse, Verhaltenstherapie (Einzel und Gruppe), Gesprächstherapie (Einzel und Gruppe), Gestalttherapie (Einzel und Gruppe), Psychodrama (Einzel und Gruppe), Körpertherapie (Einzel und Gruppe), Katathymes Bilderleben und KIP (Einzel und Gruppe) und Sonstiges (Einzel und Gruppe)) wurden die Variablen nur vereinzelt genannt. Ausnahme bildeten die Psychoanalyse und die Gruppenanalyse: Die Therapeuten des ÄWK hatten im Mittel 423 Sitzungen und die Therapeuten der AKA 928 Sitzungen bei der Psychoanalyse angegeben (t= -10,193; df= 195; p= 0,000). Bei der Gruppenanalyse wurden von den Mitgliedern des ÄWK 114 und bei den Therapeuten der AKA 62 Sitzungen ermittelt (t= 2,628; df= 195; p= 0,009).

Die Frequenz (Sitzungen pro Woche), mit der die Psychoanalyse gemacht wurde, wird durch Abbildung 3 verdeutlicht.

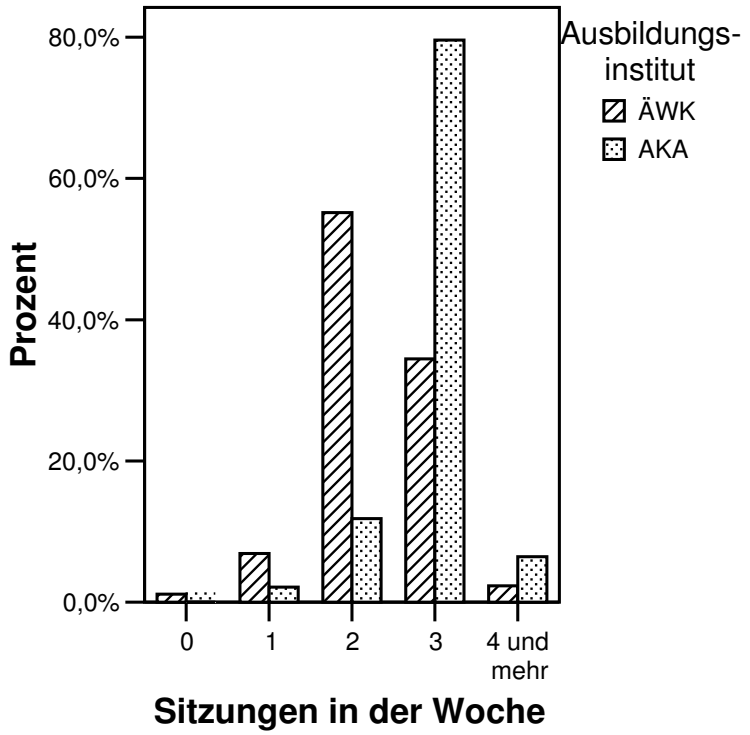


Abbildung 3: Anzahl der Sitzungen pro Woche (Psychoanalyse); ÄWK: Ärztliche Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; AKA: Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V.

Es zeigte sich ein hoch signifikanter Unterschied. Die Anzahl der Therapeuten der AKA war bei den drei und vier und mehr Sitzungen in der Woche höher (Chi- Quadrat= 46,671, df= 4, p= 0,000).

Nur ein Therapeut vom ÄWK gab an, nicht in Selbsterfahrung zu sein.

5.1.4 Theoretische Orientierung

Es sollte untersucht werden, wie sehr sich die gegenwärtige therapeutische Arbeit der Psychotherapeuten an den Theorien orientiert. Im Fragebogen behandelt Abschnitt D die theoretische Orientierung mit Hilfe einer Skala, in der die großen Schulen der Psychotherapie berücksichtigt werden. Die Skala geht von 1 bis 5 (1= „nicht“, 2= „wenig“, 3= „etwas“, 4= „ziemlich“ und 5= „viel“). Zur Auswertung wurden die Mittelwerte gebildet und verglichen.

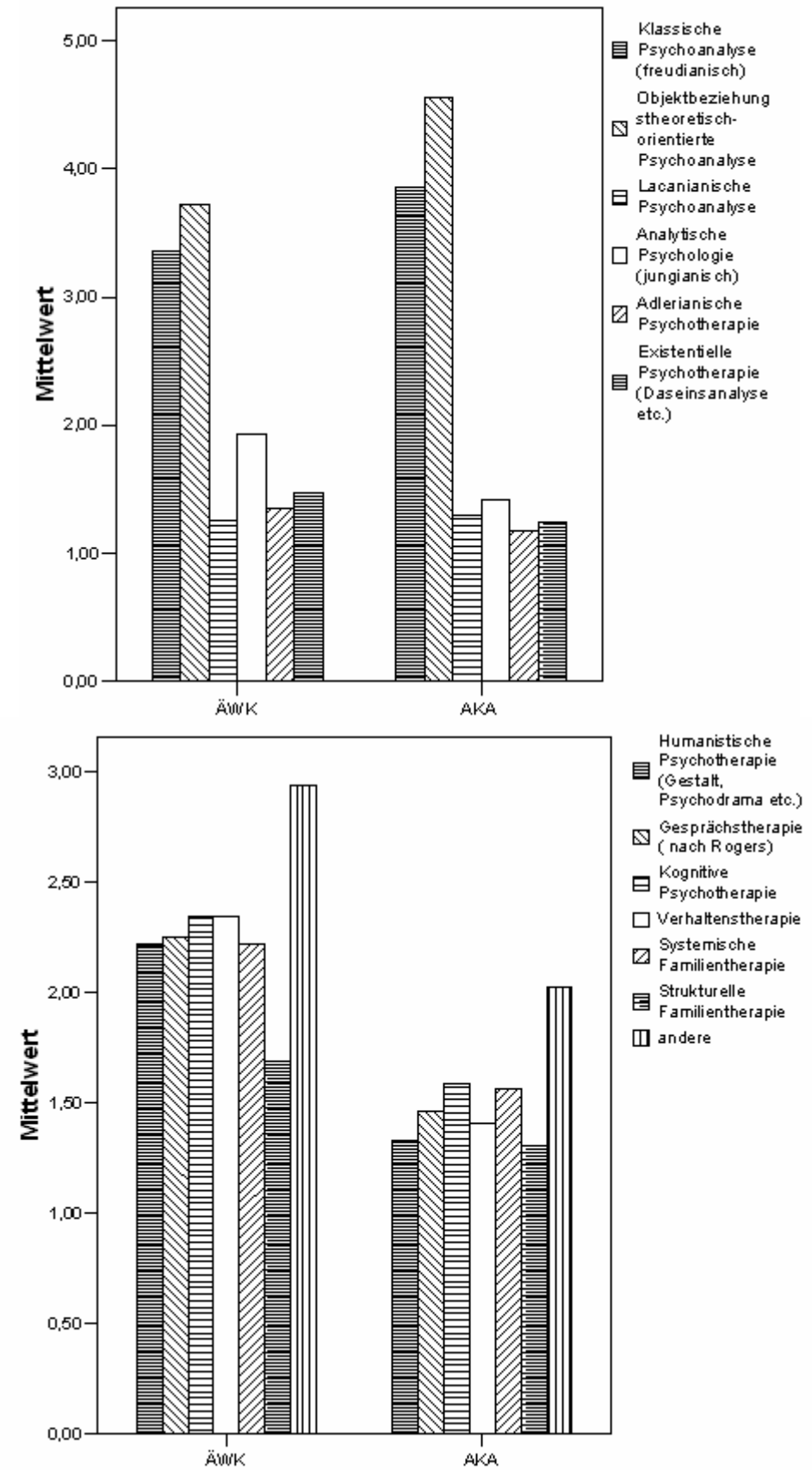


Abbildung 4: theoretische Orientierung; ÄWK: Ärztliche Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; AKA: Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V.

Bei alle Theorien bis auf die Lacanianische Psychoanalyse und die Strukturelle Familientherapie bestehen hochsignifikante Unterschiede. Die Mitglieder der AKA liegen bei der Klassischen Psychoanalyse und der Objektbeziehungstheoretisch-orientierten Psychoanalyse höher, während die Mitglieder des ÄWK bei der Analytischen Psychologie (jungianisch), der Adlerianischen Psychotherapie, der Existentiellen Psychotherapie (Daseinsanalyse etc.), der Humanistischen Psychotherapie, der Gesprächstherapie (nach Rogers), der Kognitiven Psychotherapie, der Verhaltenstherapie und der Systemischen Familientherapie höher liegen.

5.1.5 Freie Assoziationen

Im Fragebogen wurde den Therapeuten zu den Fragen:
Was halten Sie für Ihre größte Stärke als Psychotherapeut?
Was ist Ihre größte Einschränkung als Psychotherapeut?
Was halten Sie für das primäre Ziel der Psychotherapie?
Was hat Ihrer Meinung nach den größten negativen Einfluss auf eine Psychotherapie?
die Möglichkeit gegeben, Ihre Gedanken als Freitext weiterzugeben.
Zu jeder Frage wurden vier Faktoren gebildet. Die Antworten zur größten Stärke als Psychotherapeut wurde in „technisch/ kognitive“, „technisch/ emotionale“, „persönlich/ kognitive“ und „persönlich/ emotionale“ Faktoren eingeteilt. Die „technisch/ kognitiven“ Faktoren beinhalten den diagnostischen Blick, psychodynamische Kenntnisse und ähnliches. Zu den „technisch/ emotionalen“ Faktoren gehören Containment, Aushalten, Neugier, Interesse und Ambiguitätstoleranz. Unter „persönlich/ kognitiven“ Faktoren zählen Flexibilität, Spontaneität, Gedächtnis, Geduld, Intuition und so weiter. Unter „persönliche/ emotionale“ Faktoren Empathie, Respekt, Toleranz, Warmherzigkeit, Mut, Lebenserfahrung und Menschenliebe.

Die Antworten zur größten Einschränkung als Psychotherapeut wurden in „außen/ narzisstische“, „innen/ narzisstische“, „außen/ objektale“ und „innen/ objektale“ Faktoren eingeteilt. Zu den „außen/ narzisstischen“ Faktoren gehören Einengung durch Richtlinien, Krankenversicherungen und Gesundheitspolitik, Verunsicherung durch Methodenstreit, Theoriedebatten und ähnlichem. Zu den „innen/ narzisstischen“ Faktoren zählen Kränkbarkeit, zu hohe Erwartungen, Perfektionismus, Empathiemangel, Mangel an Wissen,

Gedächtnisbeschränkungen. „Außen/ objektale“ Faktoren sind Widerstände des Patienten, Stärke der negativen Übertragung, Fremdheit der Patienten und Unanalysierbarkeit der Patienten. Die „innen/ objektale“ Faktoren beinhalten zu viel Gefühl, Selbstzweifeln, Pessimismus, Unabgrenzbarkeit und Passivität.

Das primäre Ziel der Psychotherapie wird in die Faktoren „krankheitsbezogen“, „anpassungsfördernd“, „individuumsbezogen“ und „problembezogen“ gegliedert. Zu den „krankheitsbezogenen“ Faktoren gehören Entlastung, Besserung von Leidenszuständen, Selbstheilungskräfte fördern und Besserung der Störung. Zu den „anpassungsfördernden“ Faktoren zählen Realitätsbewältigung, Ressourcenförderung, Perspektiven gewinnen und so weiter. „Individuumsbezogene“ Faktoren sind mehr Autonomie, verbesserte Selbstakzeptanz, Identitätsfindung, Authentizität, Wohlbefinden, Glück, Sinnlichkeit und weiteres. „Problembezogene“ Faktoren beinhalten Trauma überwinden, Abschied nehmen, Trauerarbeit leisten, Versöhnung etc.

Die Antworten zum größten negativen Einfluss auf eine Psychotherapie wurden in „umfeldzentriert“, „patientenzentriert“, „therapeutenzentriert“ und „beziehungszentriert“ eingeteilt. Zu den „umfeldzentrierten“ Faktoren zählen negative Einstellung von Familie und Gesellschaft, widrige soziale Faktoren, Zeitdruck und Geldsorgen. Zu den „patientenzentrierten“ Faktoren zählen Intoleranz gegenüber psychischem Schmerz, geringe Motivation, kein Leidensdruck, ungünstige Abwehr etc. Die „therapeutenzentrierten“ Faktoren sind Antipathie, neurotische Gegenübertragung, missbräuchliche Motive und ähnliches. Beispiele für „beziehungszentrierten“ Faktoren sind schlechtes Matching und gestörtes Vertrauensverhältnis.

Tabelle 4: Freie Assoziationen;

ÄWK: Ärztliche Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; AKA: Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V.: Chi- Quadrat- Test ; Angabe in %

	ÄWK	**AKA**	**Chi-Quadrat**	**df**	**p**
Was halten Sie für Ihre größte Stärke als Psychotherapeut?					
technisch/ kognitive Faktoren	25,2	30,9	0,786	1	0,375
technisch/ emotionale Faktoren	19,6	20,2	0,011	1	0,917
persönlich/ kognitive Faktoren	40,2	44,7	0,414	1	0,520
persönlich/ emotionale Faktoren	72,0	59,6	3,431	1	0,377
Was ist Ihre größte Einschränkung als Psychotherapeut?					
außen/ narzisstisch	19,6	14,9	0,779	1	0,377
innen/ narzisstisch	47,7	37,2	2,224	1	0,136
außen/ objektal	3,7	9,6	2,817	1	0,093
innen/ objektal	30,8	44,7	4,098	1	**0,043**
Was halten Sie für das primäre Ziel der Psychotherapie?					
krankheitsbezogen	25,2	9,6	8,346	1	**0,004**
anpassungsfördernd	8,4	6,4	0,298	1	0,585
individuumsbezogen	72,9	80,9	1,767	1	0,184
problembezogen	4,7	10,6	2,579	1	0,108
Was hat Ihrer Meinung nach den größten negativen Einfluss auf eine Psychotherapie?					
umfeldzentriert	35,5	23,4	3,504	1	0,061
patientenzentriert	23,4	19,1	0,529	1	0,467
therapeutenzentriert	45,8	62,8	5,798	1	**0,016**
beziehungszentriert	6,5	10,6	1,084	1	0,298

Die Mitglieder beider Institute halten persönliche Faktoren für Ihre größte Stärke als Psychotherapeut.

Als größte Einschränkung als Psychotherapeut geben die Mitglieder des ÄWK „innen/ narzisstische“ Faktoren an. Die Psychotherapeuten der Akademie geben „innen/ objektale“ Faktoren wie zu viel Gefühl, Selbstzweifeln, Pessimismus, Unabgrenzbarkeit und Passivität an.

Für das primäre Ziel der Psychotherapie halten sowohl die Therapeuten des ÄWK und der AKA „individuumsbezogene“ Faktoren wie mehr Autonomie, verbesserte Selbstakzeptanz, Identitätsfindung, Authentizität, Wohlbefinden, Glück, Sinnlichkeit und weiteres. Ein

signifikanter Unterschied besteht hinsichtlich der „krankheitsbezogenen“ Faktoren wie Entlastung, Besserung von Leidenszuständen, Selbstheilungskräfte fördern und Besserung der Störung. Hier gaben 25,2 % der Mitglieder des ÄWK und nur 9,6 % der Mitglieder der AKA die „krankeitsbezogenen“ Faktoren als primäres Ziel an.
Den größten negativen Einfluss auf eine Psychotherapie haben bei beiden Institutsmitgliedern die „therapeutenzentrierten“ Faktoren wie Antipathie, neurotische Gegenübertragung, missbräuchliche Motive und ähnliches. Der Anteil der Therapeuten der AKA ist jedoch deutlich höher. Als zweithäufigster Faktor wird der „umfeldzentrierte“ genannt.

5.2 Vergleich Psychoanalytiker/ tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten

5.2.1 Persönlicher und beruflicher Hintergrund

Aus der Tabelle können soziodemographische Daten wie Alters- und Geschlechtsverteilung und die Schulbiographie der Psychoanalytiker und Psychotherapeuten entnommen werden.
Die Geschlechtsverteilung ist bei beiden Therapeutengruppen sehr frauenlastig. Unter den Psychotherapeuten sind mehr jüngere Therapeuten, während bei den Psychoanalytikern 25 % über 55 Jahre sind.
Sowohl bei den Psychoanalytikern als auch bei den PT wird Medizin als häufigste akademische Grundausbildung genannt. Bei den PA sind jedoch 44 % Psychologen.
Aus der Tabelle ist ebenfalls zu entnehmen, dass die tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten fast ausschließlich beim ÄWK ihre Ausbildung gemacht haben, während die Psychoanalytiker mit 62,9 % an der AKA und mit 37,1 % am ÄWK gelernt haben.
Bei den Psychoanalytikern haben deutlich mehr Therapeuten eine Anerkennung als Supervisor für Psychotherapie.

Tabelle 5 : Persönlicher und beruflicher Hintergrund der Psychoanalytiker (N=151) und der tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten (N=66); Chi- Quadrat- Test; Angabe in %

	Psychoanalyse	**Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**	**df**	**p**
Geschlecht männlich	30,5	28,8	1	0,804
weiblich	69,5	71,2		
Alter unter 44 Jahre	25,2	40,9	3	**0,002**
45 bis 49 Jahre	21,2	33,3		
50 bis 54 Jahre	28,5	15,2		
über 55 Jahre	25,2	10,6		
Akademische Grundausbildung:				
Medizin	55,0	92,4	1	**0,000**
Psychologie	43,7	6,1	1	**0,000**
Sozialpädagogik	1,3	1,4	1	0,912
Anderes	4,6		1	0,075
Ausbildungsinstitut : ÄWK	37,1	93,1	1	**0,000**
AKA	62,9	6,9		
Zusätzliche Psychotherapieausbildung	55,2	47,7	1	0,315
Anerkennung als Supervisor für Psychotherapie	23,8	3,0	1	**0,000**
Weitere akademische Ausbildung	16,8	9,1	1	0,139

Untersucht man die Facharztrichtung zeigt sich, dass die PT signifikant höhere Angaben beim Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (PA= 12,6 %, PT= 33,3 %, Chi- Quadrat= 12,905, df= 1, p= 0,000) und Allgemeinmedizin (PA= 6,6 %, PT= 36,4 %, Chi- Quadrat= 30,744, df= 1, p= 0,000) machen. Die Psychoanalytiker bilden jedoch die Mehrheit bei dem Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (PA= 31,8 %, PT= 18,2 %, Chi- Quadrat= 4,250, df= 1, p= 0,0039). Bezüglich der Fachärzte für Neurologie, Innere Medizin und sonstige Fachärzte besteht kein Unterschied.

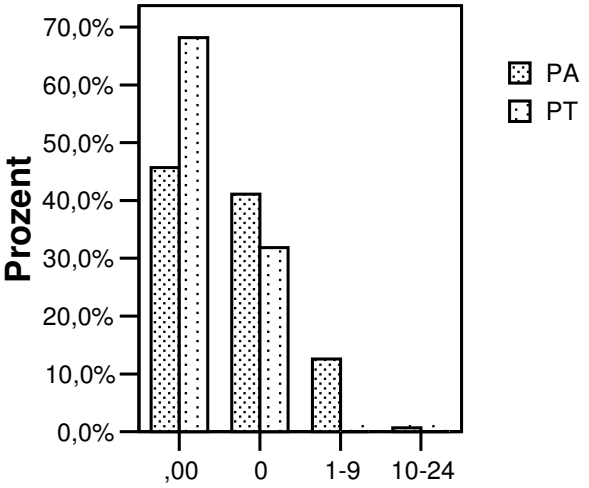
Bei der zusätzlichen Psychotherapieausbildung wurden bei den 16 Variablen (tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie nach Rogers, Gestalttherapie, Körpertherapie, Systemische Therapie, Hypnose, katathymes Bilderleben, Psychodrama, EMDR, Transaktionsanalyse, Gruppenpsychotherapie, Familientherapie, Paartherapie und sonstiges) keine signifikanten Unterschiede beobachtet. Von den PT gaben 7,7 % an, Psychoanalyse als zusätzliche Ausbildung gemacht zu haben.

Die Psychoanalytiker und Psychotherapeuten haben ihren Institutsabschluss im Mittel vor 11,5 Jahren gemacht. Die Psychoanalytiker haben den Zusatztitel Psychotherapie doppelt so lang wie die Psychotherapeuten (PA= 14,11; PT= 7,75; t= 5,450; p= 0,000). Den Titel Psychoanalyse besitzen die Psychoanalytiker seit 11 Jahren.
Die Psychoanalytiker und die Psychotherapeuten haben ihre Approbation als psychologischer Psychotherapeut im Mittel vor fünf Jahren bekommen.

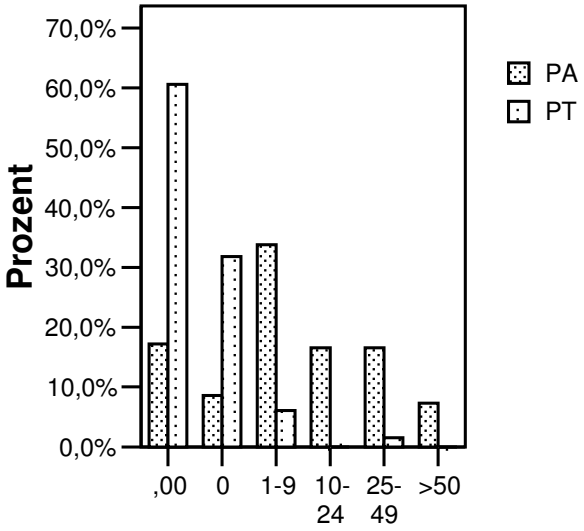
5.2.2 Berufliche Erfahrung

Die Psychoanalytiker übten sowohl vor als auch nach Abschluss der Institutsausbildung schon länger Psychotherapie aus als die tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten (vor Abschluss der Institutsausbildung: PA= 5,6 Jahre; PT= 3,5 Jahre; t= 3,410; df= 210; p= 0,001; nach Abschluss der Institutsausbildung: PA= 9,0 Jahre; PT= 5,1 Jahre; t= 4,114; df= 202; p= 0,000). Ebenfalls signifikant unterschiedlich ist die Anzahl Jahre, die mit ambulanten Patienten in der institutionellen psychiatrisch- psychotherapeutischen Krankenversorgung gearbeitet wurde (PA= 3,3 Jahre; PT= 1,5 Jahre; t= 3,146; df= 197; p= 0,002) und die Anzahl der Jahre in der privaten Praxis (PA= 12,2 Jahre; PT= 4,9 Jahre; t= 7,501; df= 203; p= 0,000) Bei beiden überwiegen die Psychoanalytiker. Die Jahre, die beide Therapeutengruppen mit stationären Patienten der institutionellen psychiatrisch- psychotherapeutischen Krankenversorgung gearbeitet haben, betrugen im Mittel drei Jahre.

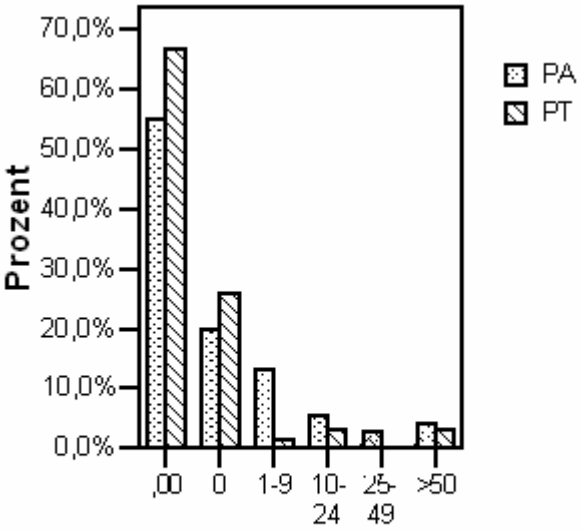
Abbildung 5 zeigt die Anzahl der Patienten, die von den Psychoanalytikern und Psychotherapeuten mit den verschiedenen Psychotherapieformen behandelt wurden.



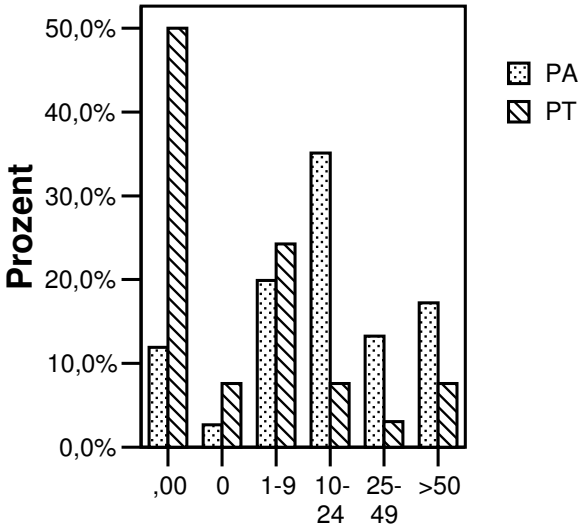
Psychoanalyse, 4-5 Sitzungen pro Woche



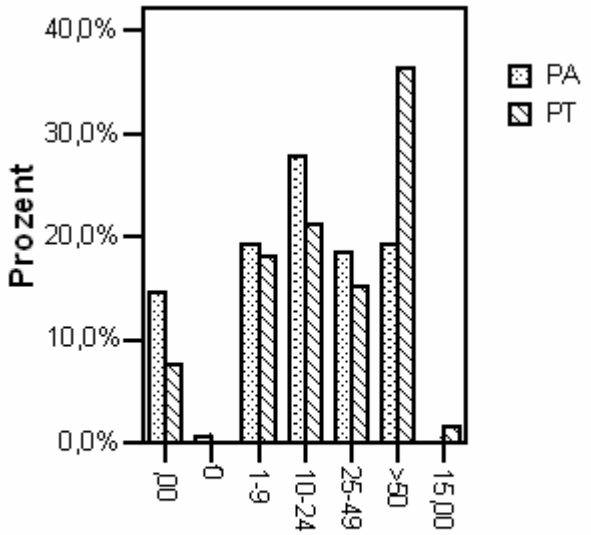
Psychoanalyse, 3 Sitzungen



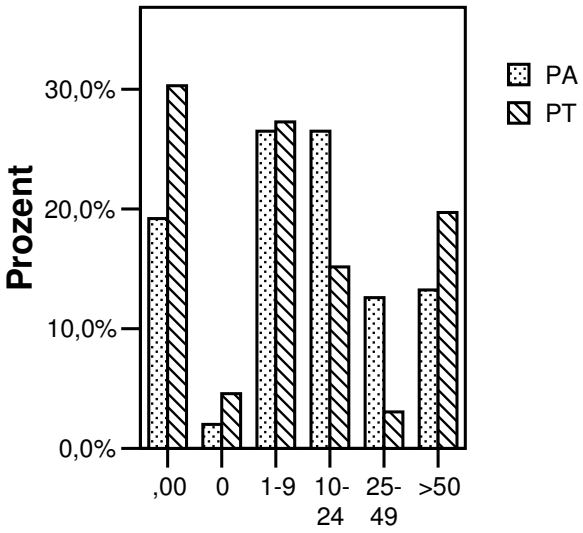
Einzelpsychotherapie, 3 Sitzungen



Einzelpsychotherapie, 2 Sitzungen



Einzelpsychotherapie, 1 Sitzung



Fokaltherapie oder Kurztherapie

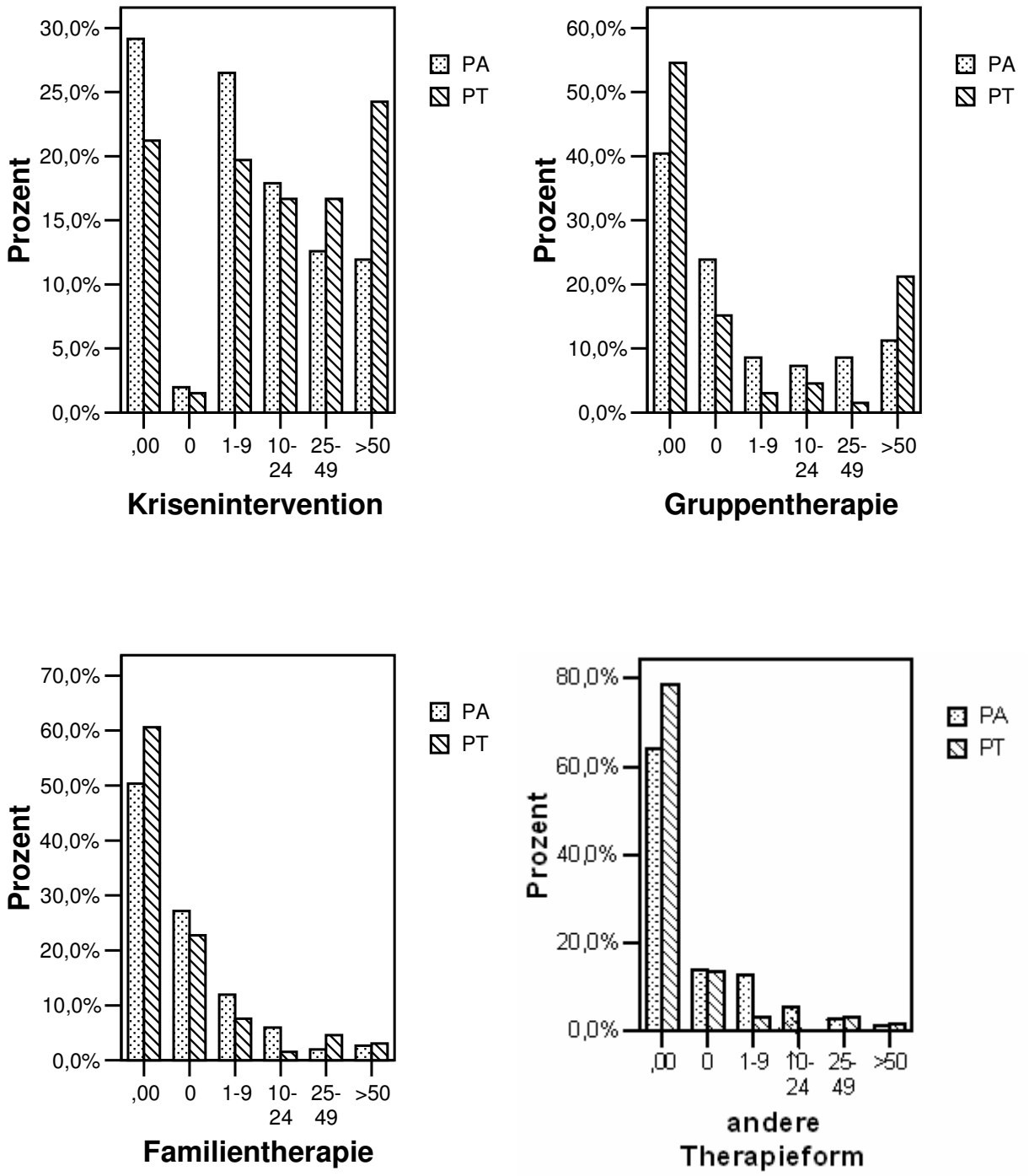


Abbildung 5 : Anzahl der Patienten, die mit den verschiedenen Psychotherapieformen behandelt wurden; PA= Psychoanalytiker; PT= tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten; „00“= fehlende Angabe

Signifikante Unterschiede gibt es bei der Psychoanalyse mit 4-5 Sitzungen pro Woche (Chi-Quadrat= 6,356, df= 2, p= 0,042) und mit 3 Sitzungen pro Woche (Chi- Quadrat= 61,900, df= 4, p= 0,000).

Bei der Einzelpsychotherapie mit zwei Sitzungen pro Woche überwiegt ebenfalls die Anzahl der Psychoanalytiker, die mehr Patienten mit dieser Psychotherapieform behandeln (Chi-Quadrat= 20,104, df= 4, p= 0,000). Die Psychotherapeuten überwiegen jedoch bei der Gruppentherapie. Hier beträgt der Anteil, der über 50 Patienten mit Gruppentherapie behandelt 46,7 % gegenüber 18,9 % der Psychoanalytiker (Chi- Quadrat= 10,546, df=4, p= 0,032). Bei den restlichen Psychotherapieformen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 6 gibt Auskunft über die berufliche Erfahrung der Therapeuten wie regelmäßiges Verwenden von anderen Techniken, regelmäßiges Arbeiten mit Patienten mit speziellen Störungen, Supervision und berufliche Erfahrung auf anderen Gebieten.

Tabelle 6 : berufliche Erfahrung; PA= Psychoanalytiker; PT= tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten: Chi- Quadrat- Test;
Angabe in %

		PA	**PT**	**Chi-Quadrat**	**df**	**p**
Regelmäßige Verwendung von andere Techniken als das Gespräch in der Psychotherapie		16,9	37,5	10,678	1	**0,001**
Regelmäßiges Arbeiten mit Patienten mit speziellen Störungen		46,9	52,3	0,526	1	0,468
Im vergangenem Jahr Supervision gehabt	Ja, regelmäßig	62,2	71,2	3,094	2	0,213
	Ja, gelegentlich	21,6	21,2			
	Nein, überhaupt nicht	16,2	7,6			
Im vergangenem Jahr andere Psychotherapeuten oder Kollegen supervidiert						
	Ja, regelmäßig	43,8	10,9	32,601	2	**0,000**
	Ja, gelegentlich	24,0	15,6			
	Nein, überhaupt nicht	32,2	73,4			
Berufliche Erfahrung auf anderen Gebieten als Psychotherapie, Psychologie, Gesundheitswesen und ähnlichen		35,6	30,8	0,464	1	0,496

Die Psychotherapeuten gaben mit 37,5 % gegenüber 16,9 % der Psychoanalytiker an, andere Techniken als das Gespräch in der Psychotherapie zu verwenden. Bezüglich der acht gebildeten Variablen unterschieden sich die Therapeuten nur beim Entspannungsverfahren (PA= 3,4 %; PT= 14,1%, Chi-Quadrat= 8,269, df= 1, p= 0,004) und bei sonstigen Techniken (PA= 3,4%, PT= 12,5, Chi- Quadrat= 6,458, df= 1, p= 0,011). Die Variablen Körpertherapie, Hypnose, katathymes Bildererleben, EMDR, Kunsttherapie und Tanztherapie ergaben keine signifikanten Unterschiede.

Um herauszubekommen, inwieweit sich die Psychoanalytiker von den tiefenpsychologisch-fundierten Psychotherapeuten in der regelmäßigen Arbeit mit Patienten mit speziellen Störungen unterscheiden, wurden elf Variablen gebildet. Es zeigt sich, dass es kaum einen signifikanten Unterschied gab. Beide Therapeutengruppen arbeiten gleich häufig mit Borderline- Patienten, Schmerzpatienten, psychosomatischen Patienten, Traumapatienten, dissozialen Patienten, psychotischen Patienten, mit Patienten mit Essstörungen, mit hyperkinetischen Störungen, onkologischen Patienten und sonstigen Störungen. Unterschiede zeigten sich bei der Angabe von Arbeiten mit Suchtpatienten. Hier gaben 9,2 % der PT und kein PA an, mit Suchtpatienten regelmäßig zu arbeiten (Chi- Quadrat= 13,778, df= 1, p= 0,000).

Zur beruflichen Erfahrung auf anderen Gebieten als Psychotherapie, Psychologie, Gesundheitswesen und ähnlichen wurden acht Variablen (handwerklich, künstlerisch, kaufmännisch, technisch, Medien, sozial, Verwaltung, sonstiges) gebildet. Die Therapeuten unterschieden sich hierbei nicht.

5.2.3 Selbsterfahrung

Die Therapeuten wurden gebeten, die Art ihrer Selbsterfahrung, die Frequenz (Sitzungen pro Woche), sowie das Beginnungs- und das Beendigungsjahr der Therapieform zu nennen. Daraus wurde die Gesamtzahl der Sitzungen ermittelt.
Von den 16 gebildeten Variablen (Psychoanalyse, Gruppenanalyse, Verhaltenstherapie (Einzel und Gruppe), Gesprächstherapie (Einzel und Gruppe), Gestalttherapie (Einzel und Gruppe), Psychodrama (Einzel und Gruppe), Körpertherapie (Einzel und Gruppe), Katathymes Bilderleben und KIP (Einzel und Gruppe) und Sonstiges (Einzel und Gruppe))

wurden die Variablen nur vereinzelt genannt. Ausnahme bildete die Psychoanalyse: Die Psychoanalytiker hatten im Mittel 798 Sitzungen und die Psychotherapeuten 285 Sitzungen angegeben (t= 9,470; df= 210; p= 0,000). Bei der Gruppenanalyse hatten beide Therapeutengruppen im Mittel 90 Sitzungen.

Die Frequenz (Sitzungen pro Woche), mit der die Psychoanalyse gemacht wurde, wird durch Abbildung 6 verdeutlicht.

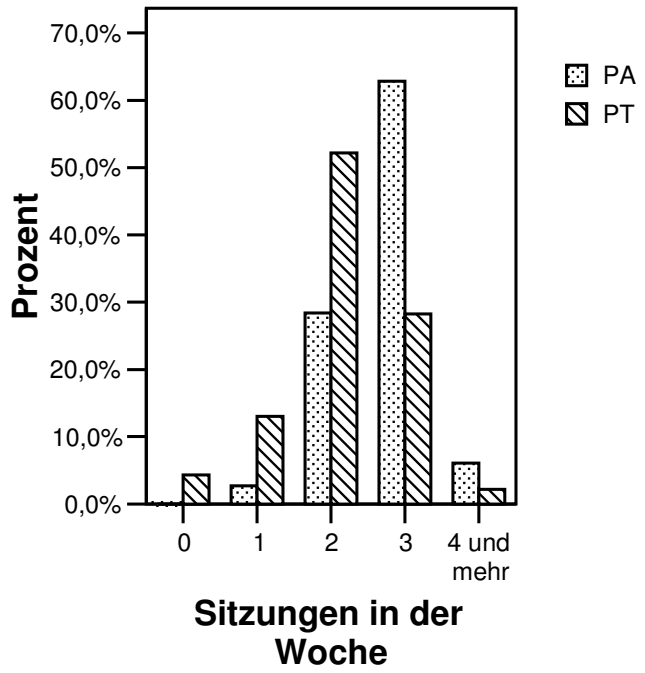


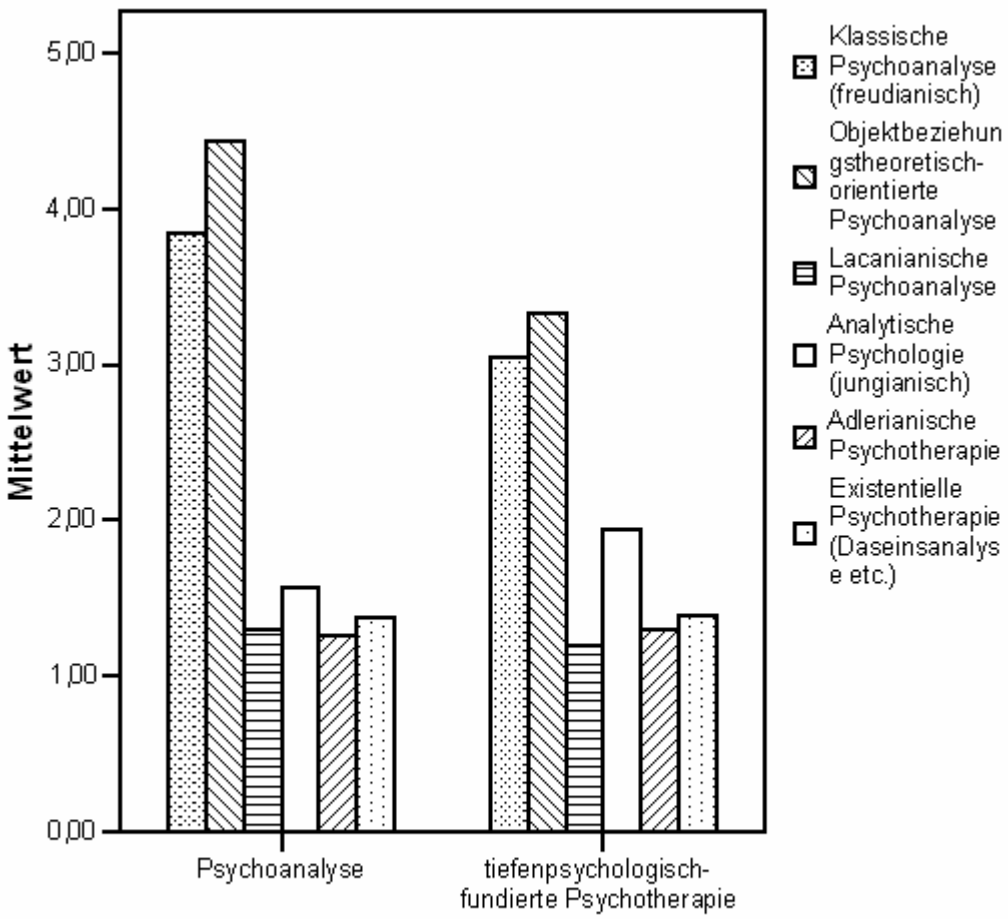
Abbildung 6: Anzahl der Sitzungen pro Woche (Psychoanalyse); PA= Psychoanalytiker; PT= tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten:

Es zeigte sich ein hoch signifikanter Unterschied. Die Anzahl der Psychoanalytiker war bei den „drei“ und „vier und mehr“ Sitzungen in der Woche höher (Chi- Quadrat= 28,273, df= 4, p= 0,000).

Nur zwei der tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten gaben an, nicht in Selbsterfahrung zu sein.

5.2.4 Theoretische Orientierung

Es sollte untersucht werden, wie sehr sich die gegenwärtige therapeutische Arbeit der Psychoanalytiker und der tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten an den Theorien orientiert.



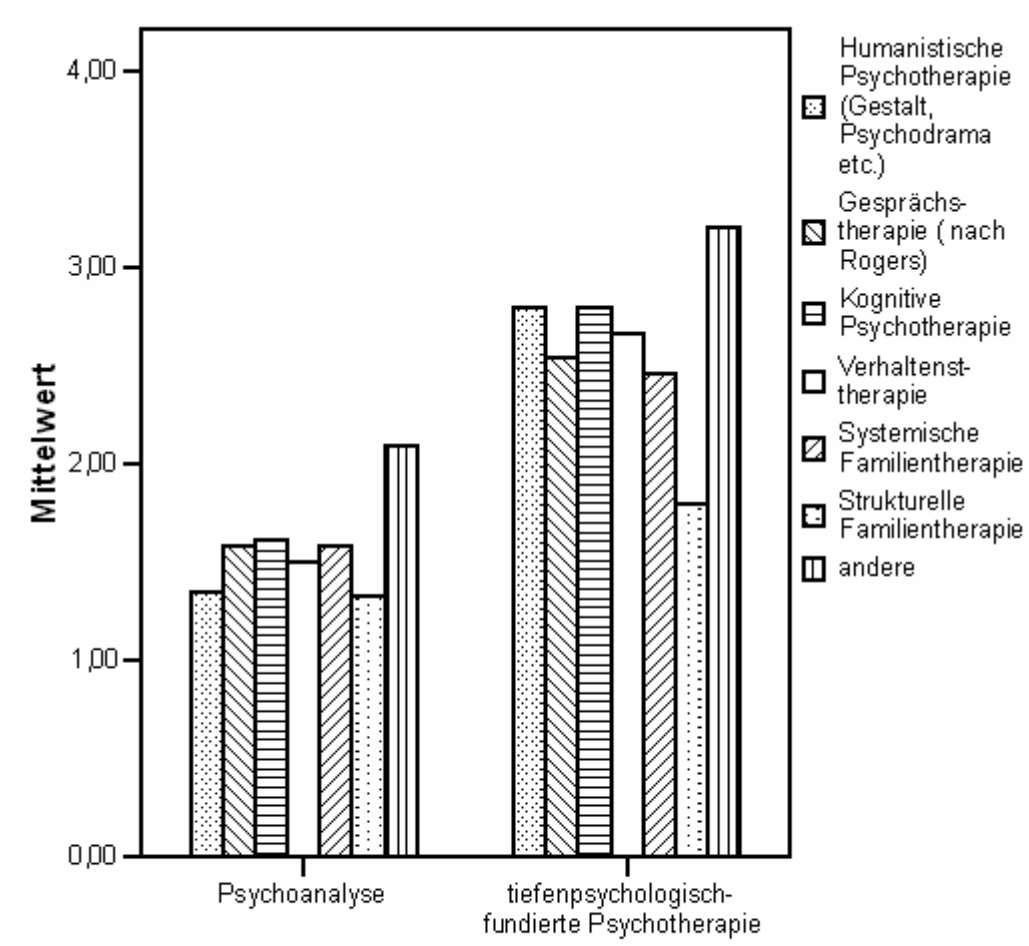


Abbildung 7: theoretische Orientierung; PA= Psychoanalytiker; PT= tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten:

Die Skala geht von 1 bis 5 (1= „nicht“, 2= „wenig“, 3= „etwas“, 4= „ziemlich“ und 5= „viel“).

Bei der Lacanianische Psychoanalyse, der Adlerianischen Psychotherapie, der Existentiellen Psychotherapie (Daseinsanalyse etc.) und die Strukturelle Familientherapie bestehen keine signifikanten Unterschiede. Die Psychoanalytiker liegen bei der Klassischen Psychoanalyse und der Objektbeziehungstheoretisch-orientierten Psychoanalyse höher, während die tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten bei der Analytischen Psychologie (jungianisch), der Humanistischen Psychotherapie, der Gesprächstherapie (nach Rogers), der Kognitiven Psychotherapie, der Verhaltenstherapie und der Systemischen Familientherapie höher liegen.

5.2.5 Freie Assoziationen

Sowohl die Psychoanalytiker wie auch die Psychotherapeuten halten die persönlichen Faktoren für ihre größte Stärke als Psychotherapeut. Dabei überwiegt der Anteil der PT bei der Angabe für die „persönlich/ emotionalen“ Faktoren. Die größte Einschränkung als Psychotherapeut empfinden beide Gruppen die „innen/ narzisstischen“ Faktoren gefolgt von den „innen/ objektalen“ Faktoren. Die „individuumsbezogenen“ Faktoren wie Authentizität, verbesserte Selbstakzeptanz und Identitätsfindung gelten bei der Mehrzahl der Therapeuten als das primäre Ziel der Psychotherapie. Den größten negativen Einfluss auf eine Psychotherapie haben „therapeutenzentrierte“ Faktoren gefolgt von „umfeldzentrierten“ Faktoren.

Tabelle 7: Freie Assoziationen;
PA= Psychoanalytiker; PT= tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten: Chi- Quadrat- Test
Angabe in %

	PA	**PT**	**Chi-Quadrat**	**df**	**p**
Was halten Sie für Ihr größte Stärke als Psychotherapeut?					
technisch/ kognitive Faktoren	28,5	22,7	0,775	1	0,379
technisch/ emotionale Faktoren	21,2	15,2	1,074	1	0,300
persönlich/ kognitive Faktoren	43,0	39,4	0,252	1	0,616
persönlich/ emotionale Faktoren	60,3	77,3	5,874	1	**0,015**
Was ist Ihre größte Einschränkung als Psychotherapeut?					
außen/ narzisstisch	16,6	21,2	0,675	1	0,411
innen/ narzisstisch	42,4	42,4	0,000	1	0,996
außen/ objektal	7,3	6,1	0,107	1	0,744
innen/ objektal	40,4	30,3	2,000	1	0,157
Was halten Sie für das primäre Ziel der Psychotherapie?					
krankheitsbezogen	17,2	21,2	0,487	1	0,485
anpassungsfördernd	6,6	7,6	0,065	1	0,799
individuumsbezogen	76,8	77,3	0,005	1	0,942
problembezogen	7,3	7,6	0,006	1	0,940
Was hat Ihrer Meinung nach den größten negativen Einfluss auf eine Psychotherapie?					
umfeldzentriert	28,5	31,8	0,247	1	0,619
patientenzentriert	17,9	24,2	1,170	1	0,279
therapeutenzentriert	58,3	43,9	3,800	1	0,051
beziehungszentriert	8,6	7,6	0,064	1	0,800

5.3 Vergleich der Psychoanalytiker beider Ausbildungsinstitute (Gruppe1) und Vergleich der Psychoanalytiker mit den Psychotherapeuten des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e.V. (Gruppe2)

5.3.1 Persönlicher und beruflicher Hintergrund

Überblick über die soziodemographischen Daten der Psychoanalytiker beider Institute (Gruppe 1), sowie der Psychoanalytiker und Psychotherapeuten des ÄWK (Gruppe 2) verschafft Tabelle 8:

Tabelle 8: persönlicher und beruflicher Hintergrund von Gruppe 1 (Psychoanalytiker des ÄWK und AKA) und Gruppe 2 (Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierter Psychotherapeuten des ÄWK): Chi- Quadrat-Test, Angabe in %

Gruppe1:

	PA/ ÄWK	**PA/ AKA**	**Chi-Quadrat**	**df**	**P**
Geschlecht männlich	28,3	31,1	0,125	1	0,723
weiblich	71,7	68,9			
Alter unter 44 Jahre	22,6	27,8	1,921	3	0,589
45 bis 49 Jahre	24,5	17,8			
50 bis 54 Jahre	24,5	31,1			
über 55 Jahre	28,3	23,3			
Akademische Grundausbildung:					
Medizin	90,6	31,1	47,352	1	**0,000**
Psychologie	9,4	65,6	42,492	1	**0,000**
Sozialpädagogik	0,0	2,2	1,194	1	0,274
Anderes	0,0	7,8	4,334	1	**0,037**
Zusätzliche Psychotherapieausbildung	58,0	52,9	0,337	1	0,562
Anerkennung als Supervisor für Psychotherapie	18,9	25,6	0,840	1	0,359
Weitere akademische Ausbildung	9,8	20,0	2,479	1	0,115

Gruppe 2:

	PA/ ÄWK	PT/ ÄWK	Chi-Quadrat	df	P
Geschlecht männlich	28,3	29,6	0,023	1	0,880
weiblich	71,7	70,4			
Alter unter 44 Jahre	22,6	44,4	15,785	3	**0,001**
45 bis 49 Jahre	24,5	35,2			
50 bis 54 Jahre	24,5	16,7			
über 55 Jahre	28,3	3,7			
Akademische Grundausbildung:					
Medizin	90,6	94,4	0,582	1	0,446
Psychologie	9,4	5,6	0,582	1	0,446
Sozialpädagogik	0,0	0,0			
Anderes	0,0	0,0			
Zusätzliche Psychotherapieausbildung	58,0	43,4	2,195	1	0,138
Anerkennung als Supervisor für Psychotherapie	18,9	3,7	6,177	1	**0,013**
Weitere akademische Ausbildung	9,8	9,3	0,009	1	0,924

Die Psychoanalytiker beider Institute unterscheiden sich bezüglich Alter und Geschlecht nicht. Die Mitglieder des ÄWK unterscheiden sich bezüglich des Alters: während die PT in der Mehrzahl unter 44 Jahre sind, ist die Mehrheit der PA über 55 Jahre.

Bei den Psychoanalytikern hatten 90,5 % der ÄWK- Mitglieder und 31,1 % der AKA-Mitglieder Medizin als Grundausbildung genannt. Davon unterscheiden sich signifikant die Angaben zum Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (PA/ ÄWK= 41,5 %, PA/ AKA= 24,4 %, Chi- Quadrat= 4,560, df= 1, p= 0,033), Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (PA/ ÄWK= 26,4 %, PA/ AKA= 4,4 %, Chi- Quadrat= 14,634, df= 1, p= 0,000), Facharzt für Allgemeinmedizin (PA/ ÄWK= 13,2%, PA/ AKA= 1,1 %, Chi- Quadrat= 9,242, df= 1, p= 0,002) und Facharzt für Innere Medizin (PA/ ÄWK= 7,5 %, PA/ AKA= 1,1% , Chi- Quadrat= 4,095, df= 1, p= 0,043). Die Angaben zum Facharzt für Neurologie und sonstige Fachärzte stimmen überein.

Bei den Mitgliedern des ÄWK gaben 90,6 % der Psychoanalytiker und 94,4 % der Psychotherapeuten an, Medizin als Grundausbildung gemacht zu haben. Sie unterscheiden sich jedoch bezüglich des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin (PA/ ÄWK= 41,5 %, PT/ ÄWK= 16,7 %, Chi- Quadrat= 8,022, df= 1, p= 0,005) und des Facharztes für Allgemeinmedizin (PA/ ÄWK= 13,2 %, PT/ ÄWK= 37,0 %, Chi- Quadrat= 8,051, df= 1, p=

0,002). In den Angaben zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Innere Medizin und sonstige Fachärzte unterscheiden sich die Mitglieder des ÄWK nicht.

Eine zusätzliche Psychotherapieausbildung hat ungefähr die Hälfte der befragten Therapeuten. Von den PT des ÄWK haben 7,5 % Psychoanalyse als zusätzliche Psychotherapieausbildung. Die Psychoanalytiker des ÄWK haben im Gegensatz zu den Psychoanalytikern der AKA in 6,0 % eine Systemische Therapie als zusätzliche Ausbildung (PA/ ÄWK= 6,0 %, PA/ AKA= 0, Chi- Quadrat= 5,337, df= 1, p= 0,021). Sie unterscheiden sich ebenfalls bezüglich der Hypnose (PA/ ÄWK= 10,0 %, PA/ AKA= 2,3 %, Chi- Quadrat= 3,884, df= 1, p= 0,049).
Die Mitglieder des ÄWK unterscheiden sich in der Angabe zum katathymem Bildererleben und katathym- imaginative Psychotherapie (PA/ ÄWK= 10,0 %, PT/ ÄWK=0,0 %, Chi-Quadrat= 5,570, df= 1, p= 0,018) und in der Angabe zur Familientherapie als zusätzliche Psychotherapieausbildung (PA/ ÄWK= 10,0%, PT/ ÄWK= 0,0%, Chi- Quadrat= 5,570, df= 1, p= 0,018).
Unter den Mitgliedern des ÄWK haben 18,9 % der Psychoanalytiker und nur 3,7 % der Psychotherapeuten eine Anerkennung als Supervisor für Psychotherapie.

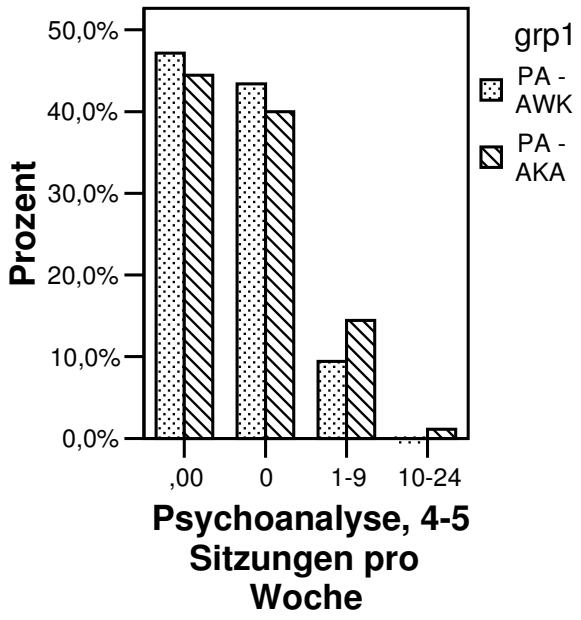
Von den Psychoanalytikern haben die Akademiemitglieder ihre Approbation als psychologischer Psychotherapeut im Mittel seit 5,11 Jahren, die Mitglieder des ÄWK seit einem Jahr (t= -3,885; df= 55; p= 0,000). Ansonsten unterscheiden sich die Psychoanalytiker nicht signifikant untereinander: Sie haben ihren Institutsabschluss im Mittel seit 12 Jahren; den Zusatztitel Psychotherapie führen sie seit 14 Jahren, den Titel Psychoanalyse seit 11,5 Jahren und den Zusatztitel Verhaltenstherapie im Schnitt seit 13,5 Jahren.
Die Psychoanalytiker des ÄWK unterscheiden sich von den tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten des ÄWK in zwei Variablen. Die Psychoanalytiker haben den Zusatztitel Psychotherapie doppelt so lang wie die Psychotherapeuten (PA/ ÄWK= 15,57 Jahre, PT/ ÄWK= 7,0 Jahre; t= 7,783; df= 91; p= 0,000). Den Zusatztitel Psychoanalyse besitzen die Psychoanalytiker des ÄWK seit 11,4 Jahren.

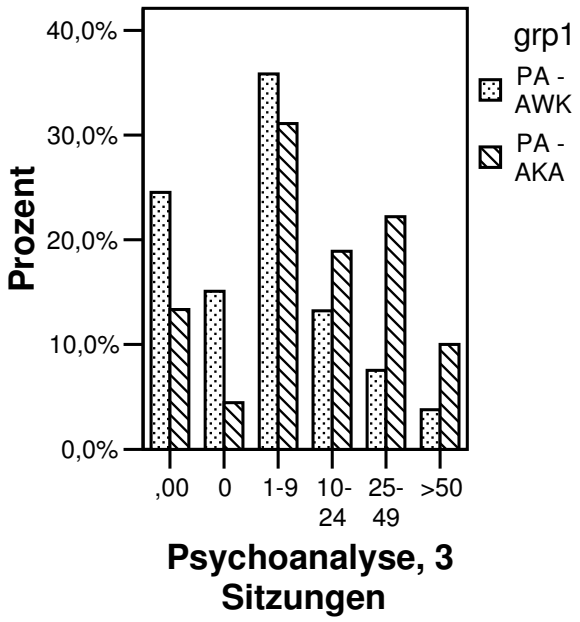
5.3.2 Berufliche Erfahrung

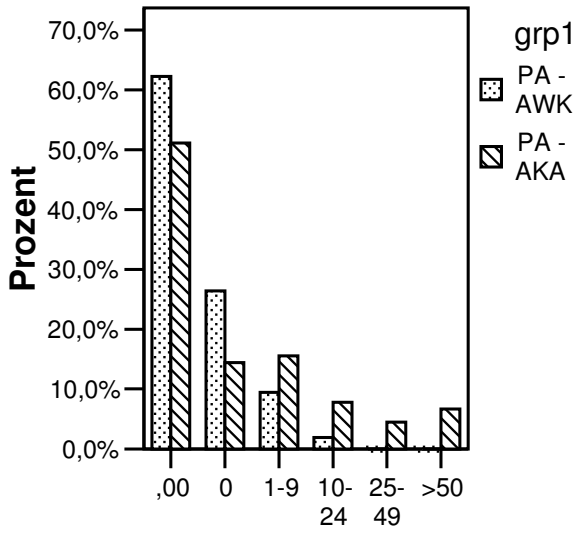
Die Psychoanalytiker der Akademie übten im Schnitt 7,3 Jahre vor ihrer Institutsausbildung Psychotherapie aus; die Psychoanalytiker des ÄWK nur 3,2 Jahre (t= -6,518; df= 137; p= 0,000). Ebenfalls unterscheiden sie sich bei der Angabe der Jahre, die sie mit ambulanten Patienten in der institutionellen psychiatrisch- psychotherapeutischen Krankenversorgung gearbeitet haben (PA/ ÄWK= 2,0 Jahre, PA/ AKA= 4,2 Jahre; t= -2,286; df= 137; p= 0,024) Auch hier liegen die Psychoanalytiker der Akademie höher.
Nach Abschluss der Institutsausbildung arbeiteten die Psychoanalytiker beider Institute im Schnitt neun Jahre. Mit stationären Patienten in der institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung arbeiteten sie 2,5 Jahre. Sie haben beide 12 Jahre Erfahrung in der privaten Praxis.

Bei den Absolventen des ÄWK haben die Psychoanalytiker 9,7 Jahre und die Psychotherapeuten 4,7 Jahre nach Abschluss der Institutsausbildung gearbeitet (t= 3,857; df= 102; p= 0,000). Die Psychoanalytiker haben 13 Jahre Erfahrung in privater Praxis im Gegensatz zu den PT mit 4 Jahren (t= 7,364; df= 102; p= 0,000). Bezüglich der übrigen Variablen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede: im Mittel übten sie 3,3 Jahre Psychotherapie vor Abschluss der Institutsausbildung aus; mit stationären Patienten arbeiteten sie drei Jahre und mit ambulanten Patienten zwei Jahre.

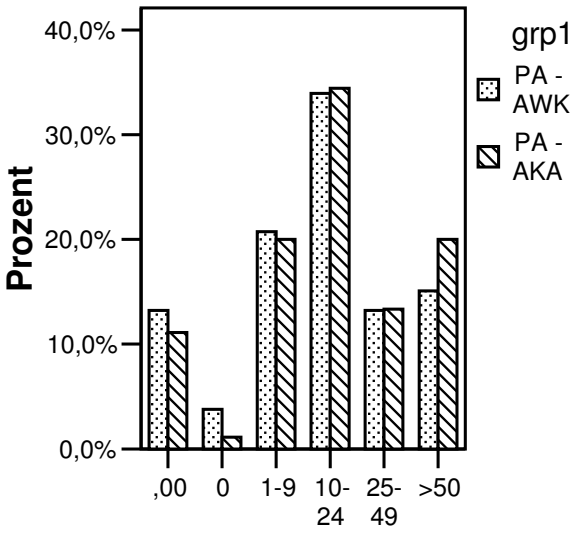
Die Abbildung 8 zeigt die Anzahl der Patienten, die mit den verschiedenen Psychotherapieformen behandelt wurden.



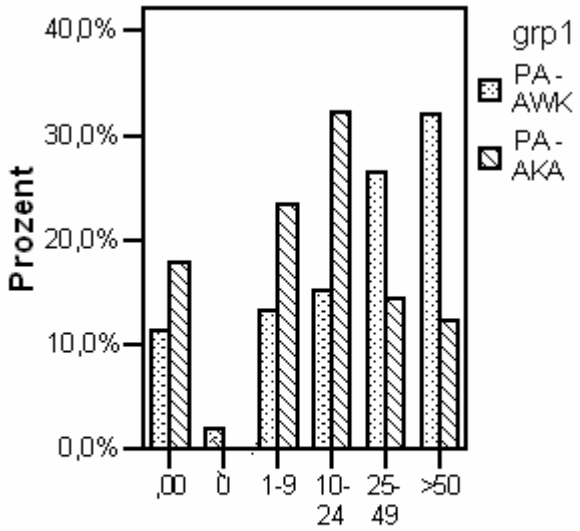




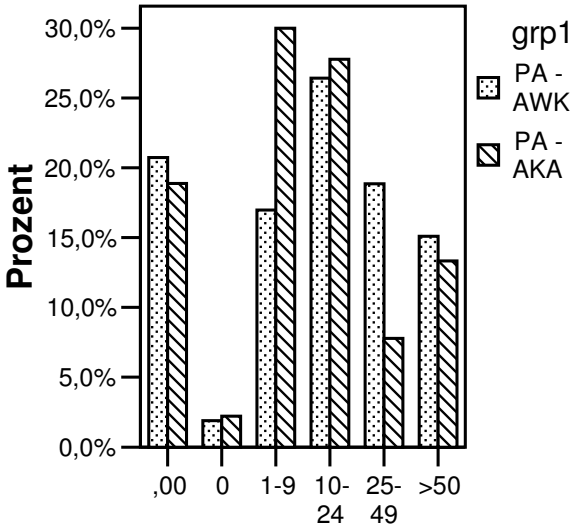
Einzelpsychotherapie, 3 Sitzungen



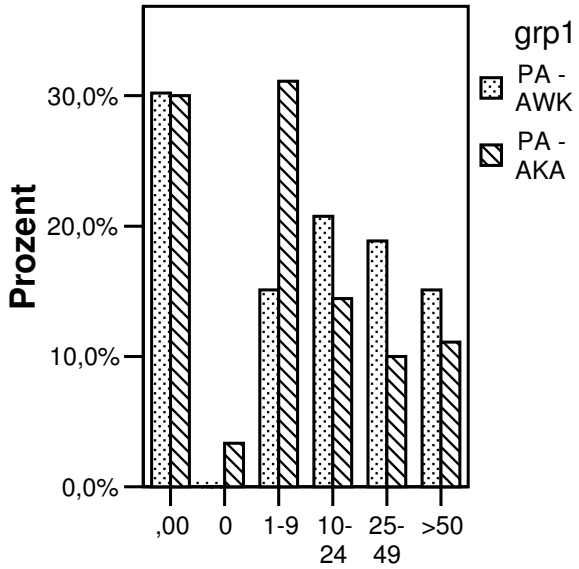
Einzelpsychotherapie, 2 Sitzungen



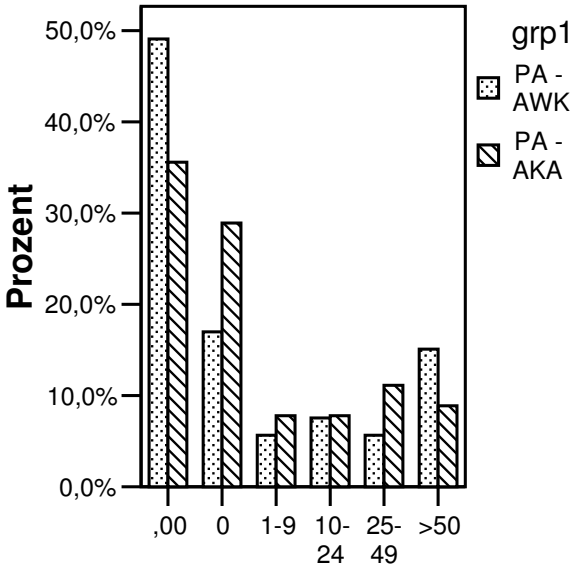
Einzelpsychotherapie, 1 Sitzung



Fokaltherapie oder Kurztherapie



Krisenintervention



Gruppentherapie

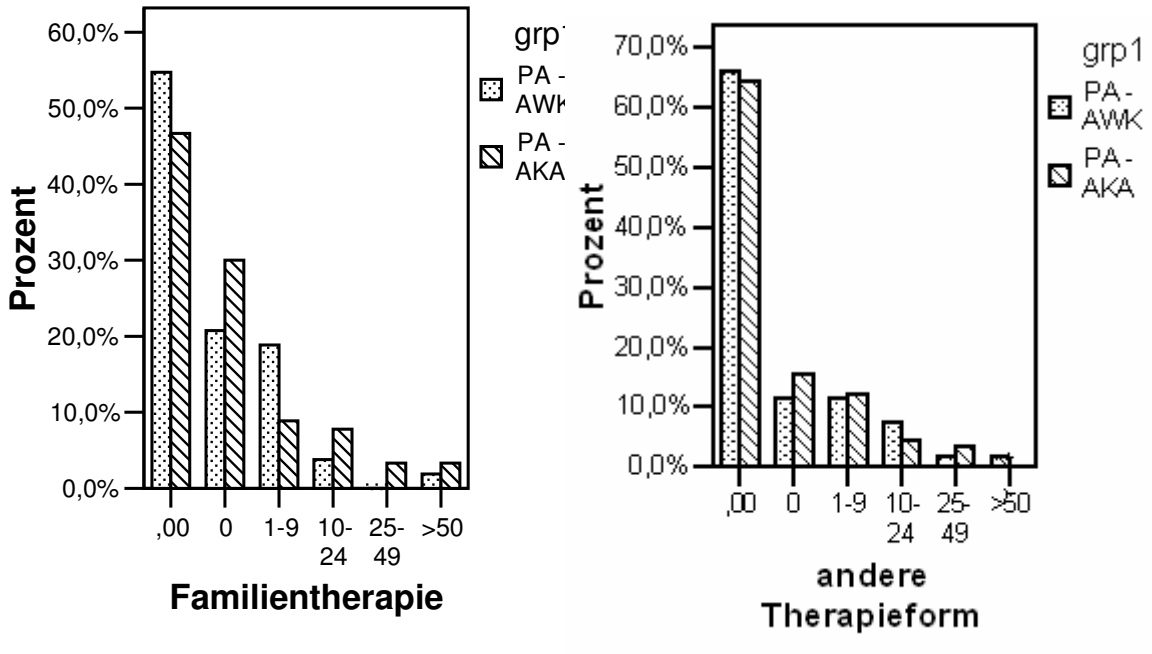
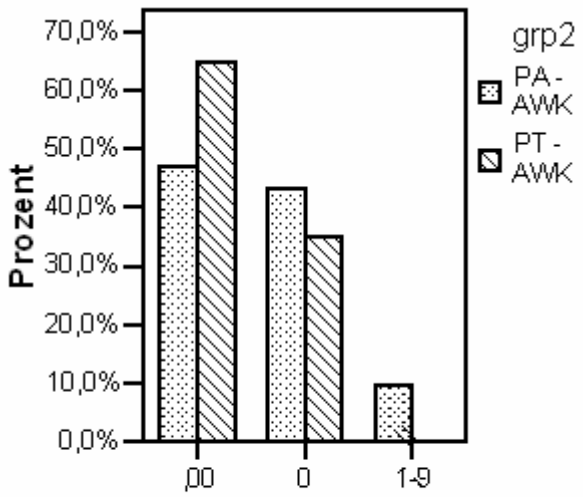


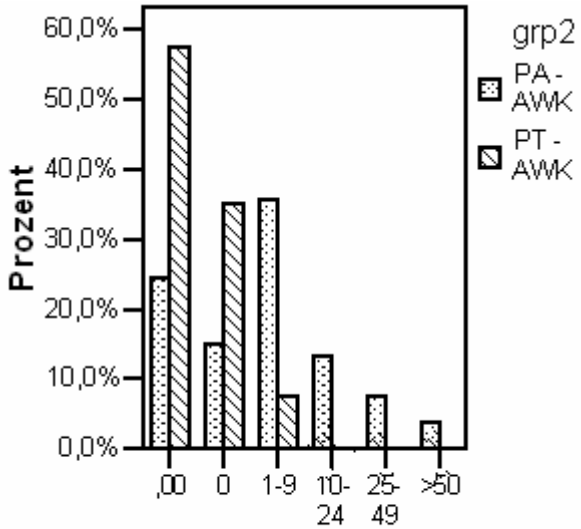
Abbildung 8 : Anzahl der Patienten, die mit den verschiedenen Psychotherapieformen behandelt wurden;
PA/ ÄWK: Psychoanalytiker des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; PA/ AKA: Psychoanalytiker der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V.; Gruppe 1 (grp 1)= Vergleich PA/ ÄWK und PA/ AKA
„00“= fehlende Angabe

Die Psychoanalytiker unterscheiden sich hinsichtlich der Psychoanalyse mit drei Sitzungen pro Woche. Die Psychoanalytiker der Akademie haben mehr Patienten, die sie mit dieser Psychotherapieform behandeln (Chi- Quadrat= 13,730, df= 5, p= 0,017). Bei der Einzelpsychotherapie mit einer Sitzung pro Woche überwiegen die Psychoanalytiker des ÄWK (Chi- Quadrat= 17,377, df= 5, p= 0,004). Ansonsten gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Psychoanalytikern.

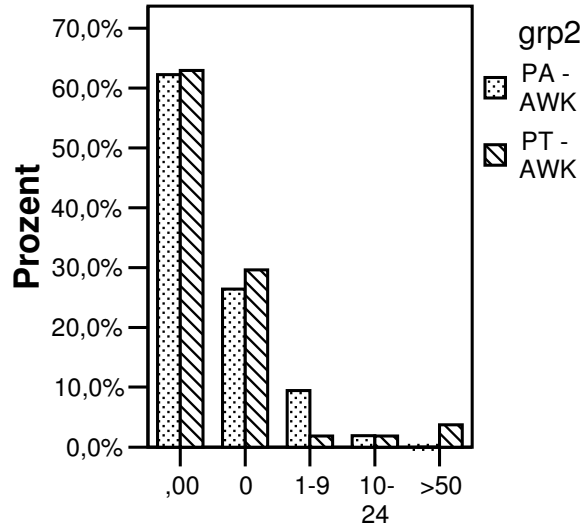
Die Anzahl der Patienten, die mit den verschiedenen Psychotherapieformen von den Psychoanalytikern und den tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten des Ärztlichen Weiterbildungskreises (Gruppe 2) behandelt wurden, werden durch Abbildung 9 veranschaulicht.



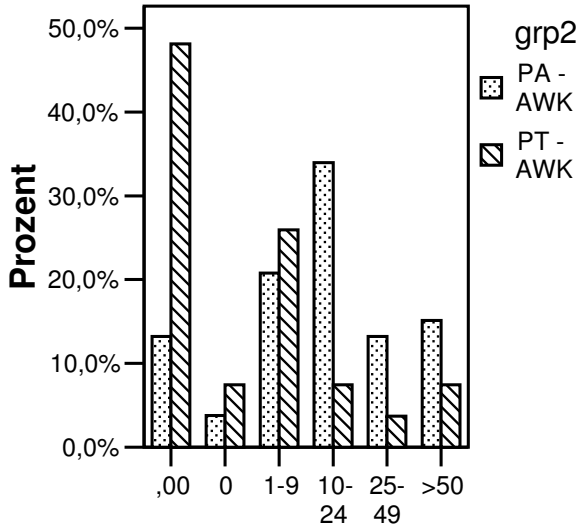
Psychoanalyse, 4-5 Sitzungen pro Woche



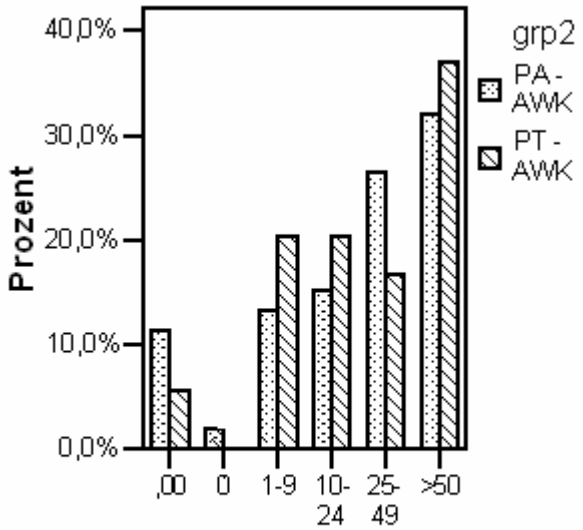
Psychoanalyse, 3 Sitzungen



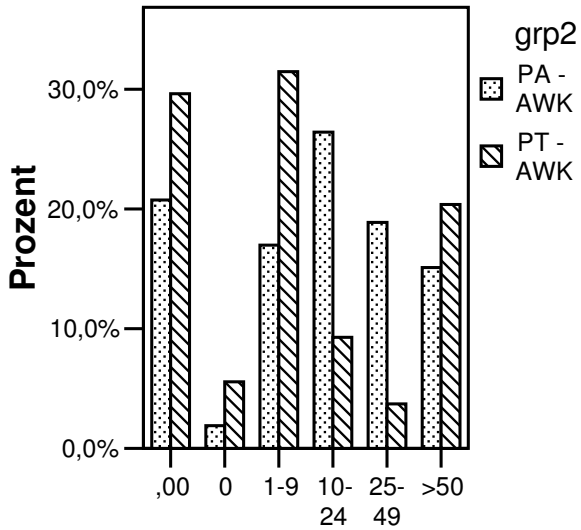
Einzelpsychotherapie, 3 Sitzungen



Einzelpsychotherapie, 2 Sitzungen



Einzelpsychotherapie, 1 Sitzung



Fokaltherapie oder Kurztherapie

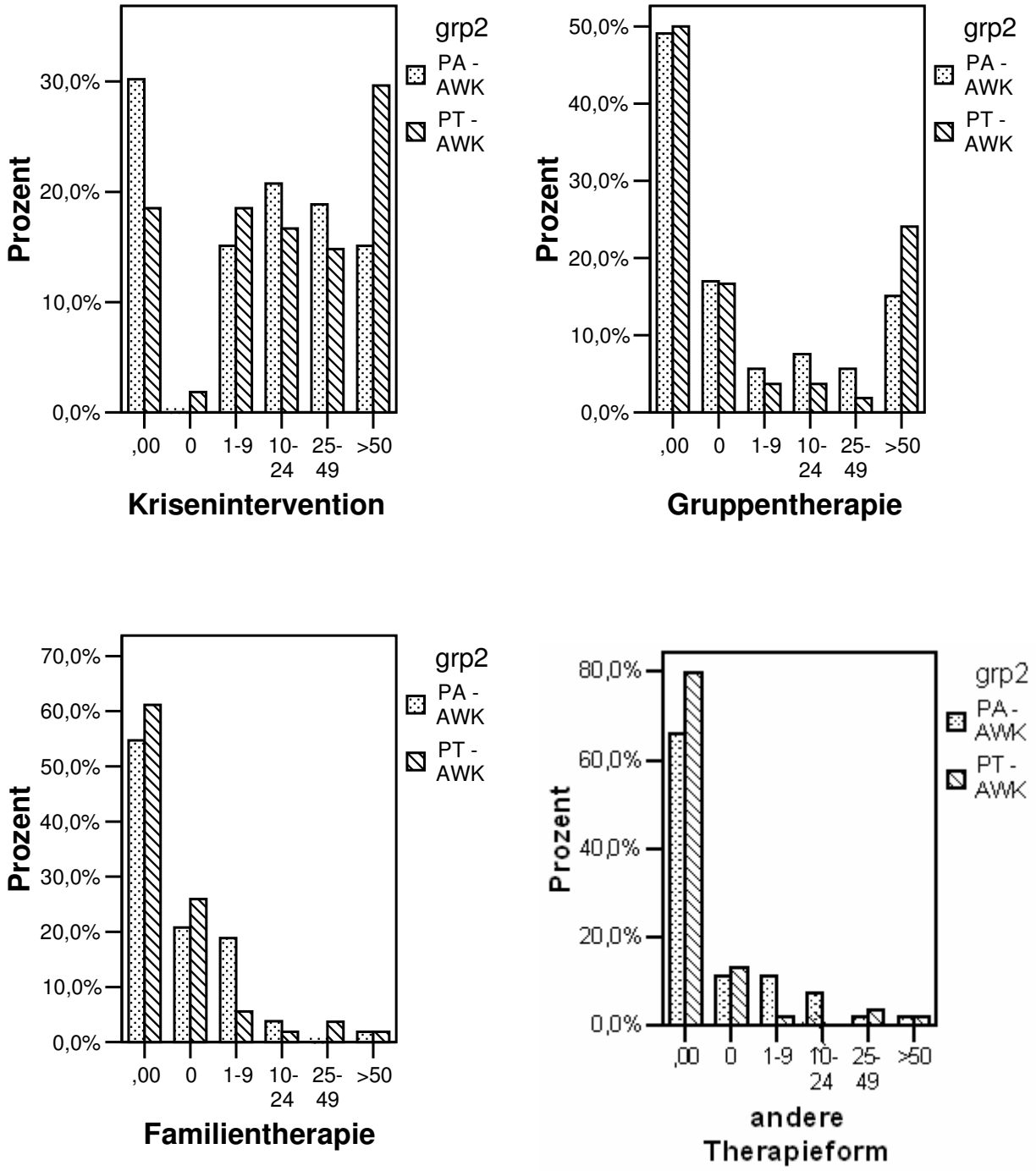


Abbildung 9 : Anzahl der Patienten, die mit den verschiedenen Psychotherapieformen behandelt wurden; PA/ ÄWK: Psychoanalytiker des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; PT/ ÄWK: tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; Gruppe 2 (grp 2)= Vergleich PA/ ÄWK und PT/ ÄWK; „00“= fehlende Angabe

Die Mitglieder des ÄWK unterscheiden sich in mehreren Variablen. Die Psychoanalytiker überwiegen wie erwartet in der Psychoanalyse. Sie bilden auch die Mehrheit bei der Einzelpsychotherapie mit zwei Sitzungen in der Woche (Chi- Quadrat= 24,979, df= 5, p= 0,000). Bei der Fokaltherapie oder Kurztherapie haben die tiefenpsychologisch- fundierten

Psychotherapeuten die Mehrheit bei der Angabe von eins bis neun und über 50 Patienten, die Psychoanalytiker bei den 10- 24 und 25- 49 Patienten (Chi- Quadrat= 14,450, df= 5, p= 0,013). Bei den übrigen Therapieformen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 9 gibt Auskunft über die berufliche Erfahrung der Psychoanalytiker des ÄWK und der AKA wie regelmäßiges Verwenden von anderen Techniken, regelmäßiges Arbeiten mit Patienten mit speziellen Störungen, Supervision und berufliche Erfahrung auf anderen Gebieten.

Tabelle 9: berufliche Erfahrung; PA/ ÄWK: Psychoanalytiker des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; PA/ AKA: Psychoanalytiker der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V. : Chi- Quadrat- Test
Angabe in %

		PA/ ÄWK	**PA/ AKA**	**Chi- Quadrat**	**df**	**P**
Regelmäßige Verwendung von andere Techniken als das Gespräch in der Psychotherapie		30,8	9,1	10,814	1	**0,001**
Regelmäßiges Arbeiten mit Patienten mit speziellen Störungen		61,5	36,5	8,162	1	**0,004**
Im vergangenem Jahr Supervision gehabt	Ja, regelmäßig	54,9	68,5	2,897	2	0,235
	Ja, gelegentlich	27,5	16,9			
	Nein, überhaupt nicht	17,6	14,6			
Im vergangenem Jahr andere Psychotherapeuten oder Kollegen supervisiert						
	Ja, regelmäßig	37,3	47,1	3,221	2	0,200
	Ja, gelegentlich	21,6	26,4			
	Nein, überhaupt nicht	41,2	26,4			
Berufliche Erfahrung auf anderen Gebieten als Psychotherapie, Psychologie, Gesundheitswesen und ähnlichen		32,7	39,3	0,620	1	0,431

Tabelle 10 gibt Auskunft über die berufliche Erfahrung der Psychoanalytiker des ÄWK und der Psychotherapeuten des ÄWK wie regelmäßiges Verwenden von anderen Techniken, regelmäßiges Arbeiten mit Patienten mit speziellen Störungen, Supervision und berufliche Erfahrung auf anderen Gebieten.

Tabelle 10: berufliche Erfahrung; PA/ ÄWK: Psychoanalytiker des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; PT/ ÄWK: tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; Chi- Quadrat- Test
Angabe in %

		PA/ ÄWK	**PT/ ÄWK**	**Chi- Quadrat**	**df**	**P**
Regelmäßige Verwendung von andere Techniken als das Gespräch in der Psychotherapie		30,8	35,2	0,234	1	0,629
Regelmäßiges Arbeiten mit Patienten mit speziellen Störungen		61,5	52,8	0,813	1	0,367
Im vergangenem Jahr Supervision gehabt	Ja, regelmäßig	54,9	70,4	3,509	2	0,173
	Ja, gelegentlich	27,5	22,2			
	Nein, überhaupt nicht	17,6	7,4			
Im vergangenem Jahr andere Psychotherapeuten oder Kollegen supervisiert						
	Ja, regelmäßig	37,3	11,3	11,824	2	**0,003**
	Ja, gelegentlich	21,6	17,0			
	Nein, überhaupt nicht	41,2	71,7			
Berufliche Erfahrung auf anderen Gebieten als Psychotherapie, Psychologie, Gesundheitswesen und ähnlichen		32,7	31,5	0,018	1	0,894

Die Psychoanalytiker des ÄWK geben mit 30,8 % gegenüber den Psychoanalytikern der Akademie mit 9,1 % an, andere Techniken als das Gespräch in der Psychotherapie regelmäßig anzuwenden. Bezüglich der acht gebildeten Variablen unterscheiden sich die Analytiker bei der Hypnose (PA/ ÄWK= 11,5 %, PA/ AKA= 2,3 %, Chi- Quadrat= 5,123, df= 1, p= 0,024) und sonstiger Techniken (PA/ ÄWK= 7,7 %, PA/ AKA= 1,1 %, Chi-Quadrat= 4, 079, df= 1, p= 0,043). Die Variablen Körpertherapie, katathymes Bildererleben, EMDR, Kunsttherapie, Entspannungsverfahren und Tanztherapie zeigen keine signifikanten Unterschiede.

Die Therapeuten des ÄWK lassen in den acht Variablen zu der regelmäßigen Anwendung anderer Techniken keine Unterschiede erkennen.

61,5 % der Psychoanalytiker vom ÄWK und nur 36,5 % der Analytiker der AKA gaben an, regelmäßig mit Patienten mit speziellen Störungen zu arbeiten. Dabei unterschieden sich die Analytiker beim Arbeiten mit psychosomatischen Patienten (PA/ ÄWK= 36,5 %, PA/ AKA= 12,9 %, Chi- Quadrat = 10,504, df= 1, p= 0,001), beim Arbeiten mit psychotischen Patienten (PA/ ÄWK= 23,1 %, PA/ AKA= 9,4 %, Chi- Quadrat= 4,832, df= 1, p= 0,028) und bei sonstigen Patienten (PA/ ÄWK= 11,5 %, PA/ AKA= 2,4 %, Chi- Quadrat= 4,951, df= 1, p= 0,026). Hinsichtlich des Arbeitens mit Borderline- Patienten, Schmerzpatienten, Suchtpatienten, Traumapatienten, dissozialen Patienten, Patienten mit Essstörungen, mit hyperkinetischen Störungen und onkologischen Patienten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.
Die Therapeuten des ÄWK unterscheiden sich bezüglich des regelmäßigen Arbeitens mit Suchtpatienten (PA/ ÄWK= 0,0 %, PT/ ÄWK= 9,4 %, Chi- Quadrat= 5,151, df= 1, p= 0,023). Bezüglich der restlichen sieben Variablen ergaben sich keine Unterschiede.

Weder die Psychoanalytiker beider Institute noch die Therapeuten des ÄWK unterschieden sich hinsichtlich der acht Variablen zu ihrer beruflichen Erfahrung auf anderen Gebieten als Psychotherapie, Psychologie, Gesundheitswesen und ähnlichen (handwerklich, künstlerisch, kaufmännisch, technisch, Medien, sozial, Verwaltung und sonstiges).

5.3.3 Selbsterfahrung

Von den 16 gebildeten Variablen (Psychoanalyse, Gruppenanalyse, Verhaltenstherapie (Einzel und Gruppe), Gesprächstherapie (Einzel und Gruppe), Gestalttherapie (Einzel und Gruppe), Psychodrama (Einzel und Gruppe), Körpertherapie (Einzel und Gruppe), Katathymes Bilderleben und KIP (Einzel und Gruppe) und Sonstiges (Einzel und Gruppe)) wurden die Variablen nur vereinzelt genannt.
Vergleicht man die Psychoanalytiker, fällt auf, dass die Analytiker der Akademie im Schnitt 943 Sitzungen in der Psychoanalyse hatten. Die Analytiker des ÄWK dagegen nur 565 Sitzungen (t= -6,239; df= 140; p= 0,000). Dagegen haben die Psychoanalytiker des ÄWK im

Mittel 135 Sitzungen in der Gruppenanalyse, die der AKA 60 Sitzungen (t= 2,897; df= 140; p= 0,004). Bezüglich der anderen Formen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Die Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten des ÄWK unterscheiden sich nur bei der Psychoanalyse, wobei die Psychoanalytiker im Schnitt 565 Sitzungen und die Psychotherapeuten 278 Sitzungen hatten (t= 4,740; df= 101; p= 0,000). Bei der Gruppenanalyse wurde im Mittel 110 Sitzungen angegeben.

Die Frequenz (Sitzungen pro Woche), mit der die Psychoanalytiker beide Institute und die Mitglieder des ÄWK die Psychoanalyse gemacht haben, werden durch die folgenden Abbildung 10a und 10b verdeutlicht.

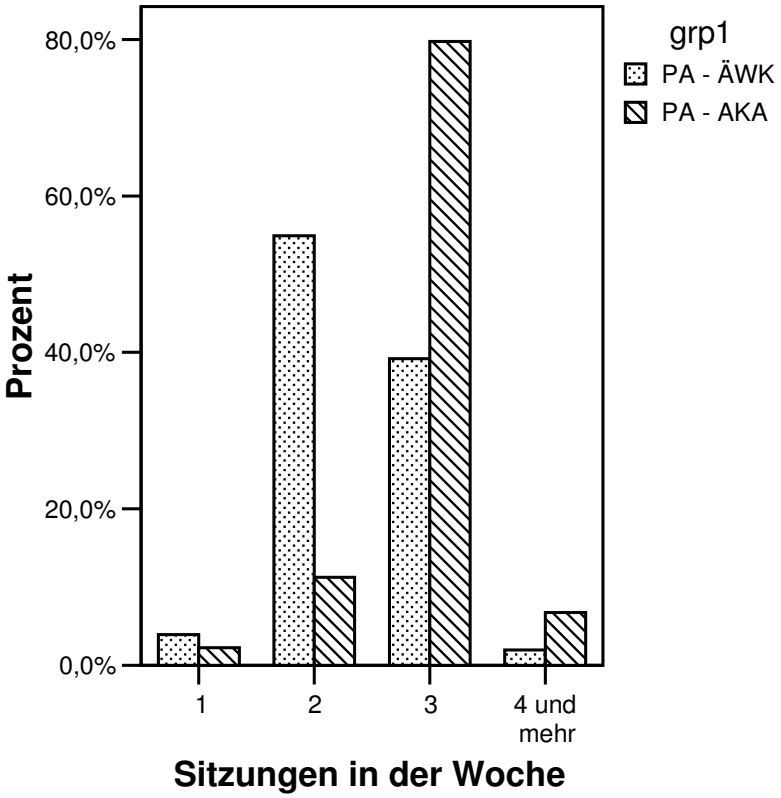


Abbildung 10a: Anzahl der Sitzungen pro Woche (Psychoanalyse);PA- ÄWK: Psychoanalytiker des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; PA-AKA: Psychoanalytiker der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V.; Gruppe 1 (grp 1)= Vergleich PA/ ÄWK und PA/ AKA

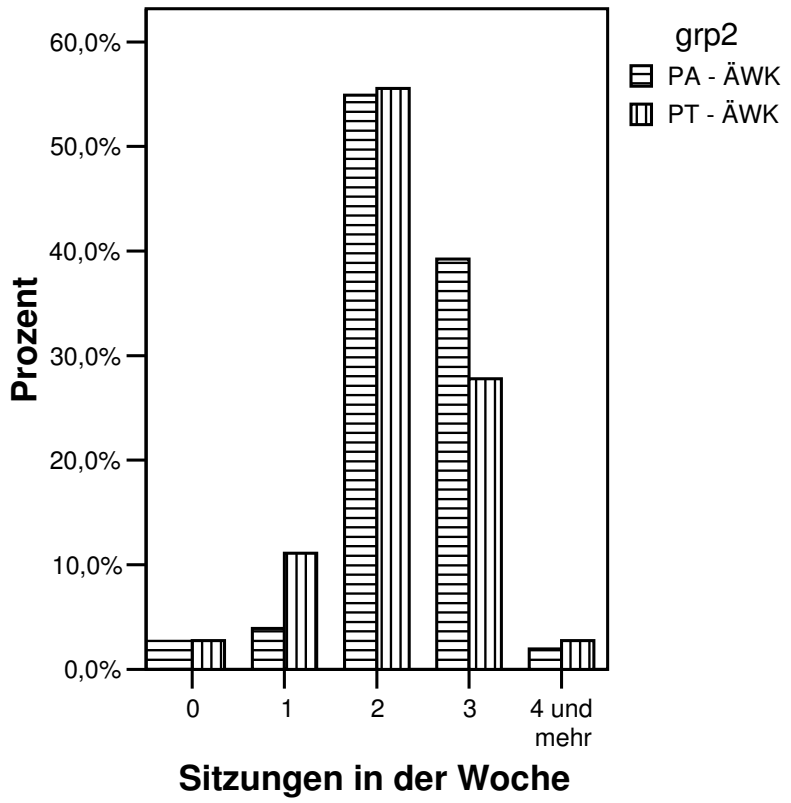
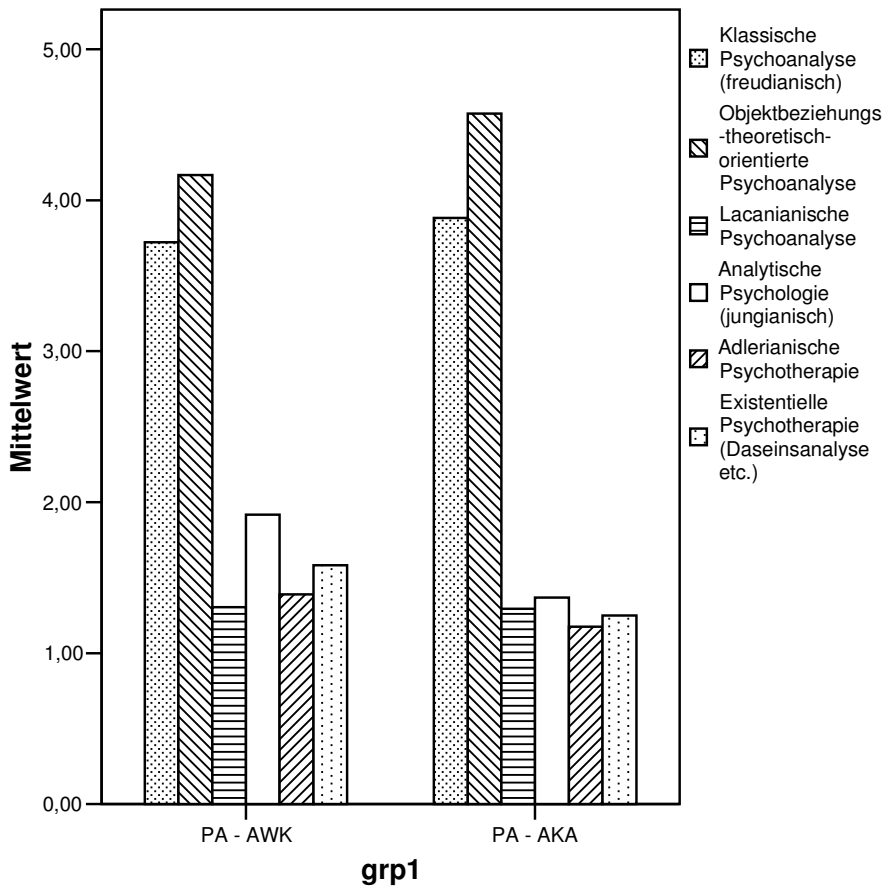


Abbildung 10b: Anzahl der Sitzungen pro Woche (Psychoanalyse); PA- ÄWK: Psychoanalytiker des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; PT- ÄWK: tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; Gruppe 2 (grp 2)= Vergleich PA/ ÄWK und PT/ ÄWK

Bei den Psychoanalytikern liegen die ÄWK- Therapeuten bei zwei Sitzungen pro Woche höher, die AKA- Therapeuten bei drei, vier und mehr Sitzungen pro Woche (Chi- Quadrat= 32,781, df= 3, p= 0,000). Bei den Psychoanalytikern und tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten des ÄWK ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

5.3.4 Theoretische Orientierung

Es sollte untersucht werden, wie sehr sich die gegenwärtige therapeutische Arbeit der Psychotherapeuten an den Theorien orientiert. Im Fragebogen behandelt Abschnitt D die theoretische Orientierung mit Hilfe einer Skala, in der die großen Schulen der Psychotherapie berücksichtigt werden. Die Skala geht von 1 bis 5 (1= „nicht“, 2= „wenig“, 3= „etwas“, 4= „ziemlich“ und 5= „viel“). Zur Auswertung wurden die Mittelwerte gebildet und verglichen.



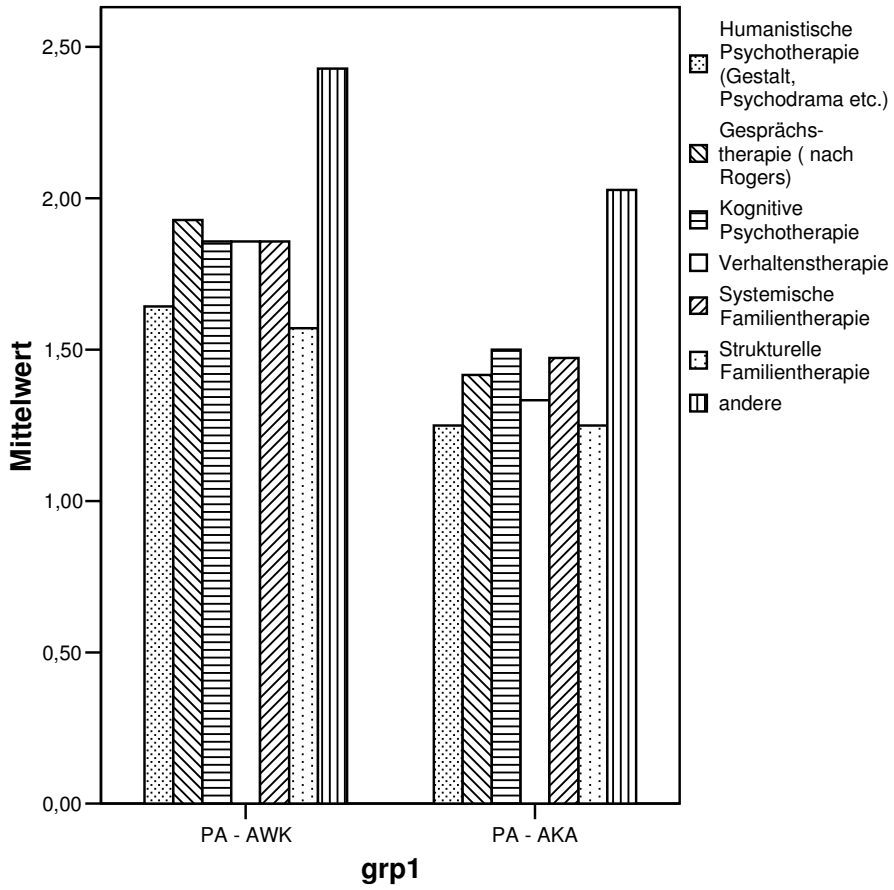


Abbildung 11: theoretische Orientierung; PA- ÄWK: Psychoanalytiker des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; PA- AKA: Psychoanalytiker der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V.; Gruppe 1 (grp 1)= Vergleich PA/ ÄWK und PA/ AKA

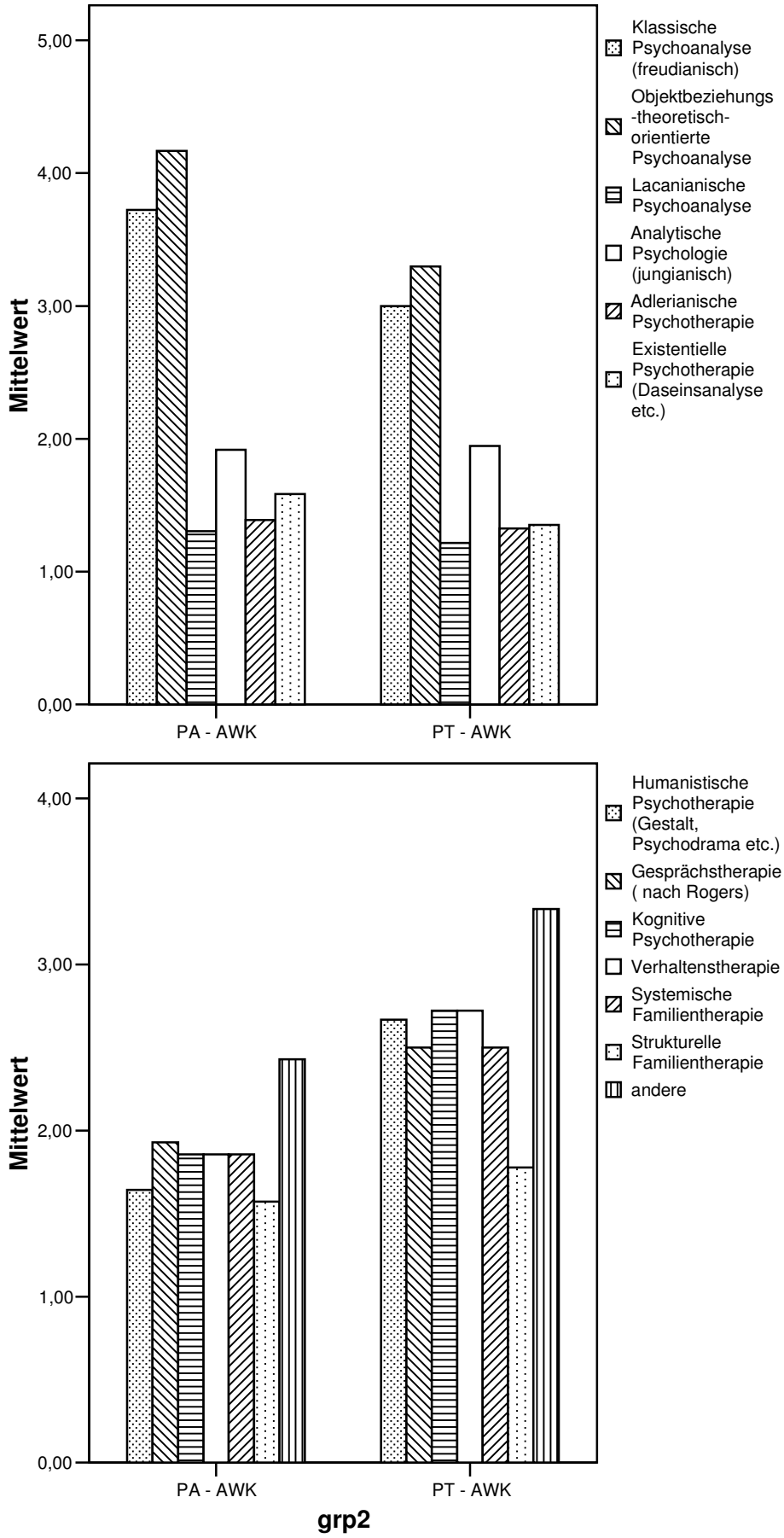


Abbildung 12: theoretische Orientierung; PA- ÄWK: Psychoanalytiker des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; PT- ÄWK: tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; Gruppe 2 (grp 2)= Vergleich PA/ ÄWK und PT/ ÄWK

Die Psychoanalytiker des ÄWK liegen bei der analytischen Psychologie, der Humanistischen Psychotherapie, der Gesprächstherapie, der Verhaltenstherapie und der Systemischen Familien bei dem Wert 2, der für „wenig“ steht; die Psychoanalytiker der Akademie liegen zwischen den Werten 1 und 2 („nicht“ bis „wenig“).
Bei der Objektbeziehungstheoretisch- orientierten Psychoanalyse liegen die Analytiker der Akademie höher.

Bei den Therapeuten des ÄWK liegen die Psychoanalytiker bei der klassischen Psychoanalyse und der objektbeziehungstheoretisch- orientierten Psychoanalyse höher. Die tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten gaben bei der Humanistischen Psychotherapie, der Gesprächstherapie, der Kognitiven Therapie und der Verhaltenstherapie zwischen den Werten 2 und 3 („wenig“ bis „etwas“), die Psychoanalytiker lagen bei „wenig“. Bei den übrigen Theorien lagen keine signifikanten Unterschiede vor.

5.3.5 Freie Assoziationen

Die Psychoanalytiker beider Institute geben „emotionale“ Faktoren als ihre größte Stärke als Psychotherapeut an. Als ihre größte Einschränkung als Psychotherapeuten empfinden sie die „inneren“ Faktoren (sowohl die „inneren/ narzisstischen“ Faktoren wie Kränkbarkeit, zu hohe Erwartungen, Empathiemangel, Mangel an Wissen und Ähnliches als auch die „inneren/ objektalen“ Faktoren wie zu viel Gefühl, Pessimismus, Selbstzweifel und Passivität).
Für das primäre Ziel der Psychotherapie halten sie „individuumsbezogene“ Faktoren wie Identitätsfindung und mehr Autonomie. Sie unterscheiden sich jedoch bezüglich der „krankheitsbezogenen“ Faktoren, die die Analytiker des ÄWK häufiger angeben, und bezüglich der „problembezogenen“ Faktoren, die die Analytiker der Akademie eher für das primäre Ziel der Psychotherapie halten.
Den größten negativen Einfluss auf eine Psychotherapie haben „therapeutenzentrierte“ und „umfeldzentrierte“ Faktoren, wobei die Psychoanalytiker des ÄWK bei den „umfeldzentrierten“ Faktoren höher lagen.

Tabelle 11: Freie Assoziationen der PA/ ÄWK und PA/ AKA;
PA/ ÄWK: Psychoanalytiker des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; PA/ AKA: Psychoanalytiker der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V.;
Chi- Quadrat- Test; Angabe in %

	PA/ ÄWK	**PA/ AKA**	**Chi-Quadrat**	**df**	**P**
Was halten Sie für Ihre größte Stärke als Psychotherapeut?					
technisch/ kognitive Faktoren	24,5	31,1	0,707	1	0,401
technisch/ emotionale Faktoren	24,5	20,0	0,403	1	0,526
persönlich/ kognitive Faktoren	37,7	46,7	1,083	1	0,298
persönlich/ emotionale Faktoren	62,3	58,9	0,159	1	0,691
Was ist Ihre größte Einschränkung als Psychotherapeut?					
außen/ narzisstisch	17,0	15,6	0,050	1	0,823
innen/ narzisstisch	50,9	36,7	2,792	1	0,095
außen/ objektal	3,8	8,9	1,342	1	0,247
innen/ objektal	34,0	45,6	1,850	1	0,174
Was halten Sie für das primäre Ziel der Psychotherapie?					
krankheitsbezogen	28,3	10,0	8,000	1	**0,005**
anpassungsfördernd	7,5	6,7	0,040	1	0,842
individuumsbezogen	69,8	80,0	1,911	1	0,167
problembezogen	1,9	11,1	3,997	1	**0,046**
Was hat Ihrer Meinung nach den größten negativen Einfluss auf eine Psychotherapie?					
umfeldzentriert	39,6	21,1	5,673	1	**0,017**
patientenzentriert	17,0	20,0	0,198	1	0,656
therapeutenzentriert	47,2	65,5	4,652	1	**0,031**
beziehungszentriert	5,7	10,0	0,817	1	0,366

Tabelle 12: Freie Assoziationen der PA/ ÄWK und PT/ ÄWK; PA/ ÄWK: Psychoanalytiker des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; PT/ ÄWK: tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse : Chi- Quadrat-Test; Angabe in %

	PA/ ÄWK	**PT/ ÄWK**	**Chi-Quadrat**	**df**	**p**
Was halten Sie für Ihre größte Stärke als Psychotherapeut?					
technisch/ kognitive Faktoren	24,5	25,9	0,028	1	0,868
technisch/ emotionale Faktoren	24,5	14,8	1,600	1	0,206
persönlich/ kognitive Faktoren	37,7	42,6	0,262	1	0,608
persönlich/ emotionale Faktoren	62,3	81,5	4,896	1	**0,027**
Was ist Ihre größte Einschränkung als Psychotherapeut?					
außen/ narzisstisch	17,0	22,2	0,466	1	0,495
innen/ narzisstisch	50,9	44,4	0,453	1	0,501
außen/ objektal	3,8	3,7	0,000	1	0,985
innen/ objektal	34,0	27,8	0,480	1	0,489
Was halten Sie für das primäre Ziel der Psychotherapie?					
krankheitsbezogen	28,3	22,2	0,524	1	0,469
anpassungsfördernd	7,5	9,3	0,102	1	0,750
individuumsbezogen	69,8	75,9	0,506	1	0,477
problembezogen	1,9	7,4	1,830	1	0,176
Was hat Ihrer Meinung nach den größten negativen Einfluss auf eine Psychotherapie?					
umfeldzentriert	39,6	31,5	0,774	1	0,379
patientenzentriert	17,0	29,6	2,390	1	0,122
therapeutenzentriert	47,2	44,4	0,080	1	0,777
beziehungszentriert	5,7	7,4	0,134	1	0,715

Die Therapeuten des ÄWK unterscheiden sich nur geringfügig voneinander. Für ihre größte Stärke als Psychotherapeut halten sie die „persönlichen“ Faktoren. Für ihre größte Einschränkung die „inneren“ Faktoren. Für das primäre Ziel der Psychotherapie die „individuumsbezogenen“ Faktoren gefolgt von den „krankheitsbezogenen“ Faktoren. Den größten negativen Einfluss auf eine Psychotherapie haben „therapeutenzentrierte“ und „umfeldzentrierte“ Faktoren.

5.4 Therapeutic Attitudes Scale (TASC- 2)

Die TASC- 2 besteht aus drei Subskalen: 1) Kurative Faktoren („Curative factors“)
2) Therapeutischer Stil („Therapeutic style“)
3) Basis Vorraussetzung („Basic assumptions“)

Die „Kurativen Faktoren“ (Wie sehr tragen Ihrer Ansicht nach die folgenden Techniken oder „Zutaten“ zu einer anhaltenden und stabilen therapeutischen Veränderung bei?) bestehen aus:
1) Anpassung („Adjustment“) zeigt verschiedene Strategien, Taktiken und Interventionen, die dem Patienten helfen, mit seiner Lebenssituation und seinen Gefühlen zurechtzukommen.
2) Entdecken („Insight“ oder „Uncovering“) dagegen zeigt verschiedene Taktiken und Interventionen, die das klassische Bespiel von psychodynamischer Psychotherapie sind: Traumanalyse, Interpretation von Körpersprache und unterdrückten Gefühlen, Konflikte aufdecken.
3) Freundlichkeit („Kindness“) beschreibt „die Zutaten“ für ein freundliches Miteinander.

Der „Therapeutische Stil“ (Was für ein Therapeut sind Sie?) besteht aus:
1) Neutralität („Neutrality“) wurde ursprünglich von Freud (Laplanche & Pontalis, 1973) eingeführt: der Psychoanalytiker soll weder seine ethischen noch sozialen Maßstäbe an den Patienten anwenden.
2) Unterstützung („Supportiveness“) zeigt Wege auf, wie der Therapeut den Patienten während der Sitzung hilft, indem er Fragen stellt, den Patienten ermutigt, aktiv in der Sitzung ist etc.
3) Selbstzweifel („Self-doubt“) zeigt Schwierigkeiten, Hindernisse und Zweifel des Therapeuten auf.

Die „Basis Vorraussetzungen“ (In diesem Abschnitt geht es um Ihre Ansicht über das Wesen der Psychotherapie und des Menschen) bestehen aus:
1) Irrationalität („Irrationality“) beschreibt die Einstellung des Therapeuten zur menschlichen Natur.
2) Künstlertum („Artistery“) zeigt den Glauben an Talent, Intuition und Inspiration in der Psychotherapie.
3) Pessimismus („Pessimism“) beschreibt den Einstellung des Therapeuten bezüglich der Möglichkeit der Entwicklung der Persönlichkeit.

Die Skalen des „Kurativen Faktors“ und des „Therapeutischen Stils“ sind fünf- Punkte-Skalen (1=„nicht“, 2= „wenig“, 3= „etwas“, 4= „ziemlich“, 5= „viel“).
Die „Basic assumptions“ Skala ist eine bipolare Skala mit zwei gegensätzlichen Polen, auf der der Therapeut ein Kreuz setzten soll. Die Skala wurde nachträglich in eine fünf- Punkte Skala umgeformt. Anschließend wurden die Mittelwerte für die Skalen berechnet und miteinander verglichen.

5.4.1 Zusammenhang der TASC- 2- Werte und des Ausbildungsinstituts

Die Ausbildungsinstitute zeigen in den meisten TASC- 2- Skalen signifikante Unterschiede. Die Mitglieder der Akademie liegen auf den Skalen „Entdecken“ (ÄWK= 3,79; AKA= 3,93, t= -2,069; df= 197; p= 0,000) , „Neutralität“ (ÄWK= 3,36; AKA= 3,70, t= -4,849; df= 198; p= 0,000), „Irrationalität“ (ÄWK= 3,54; AKA= 3,71, t= -2,464; df= 198; p= 0,015) und „Pessimismus“ (ÄWK= 2,85; AKA= 2,99, t= -2,118; df= 198; p= 0,035) höher; die Mitglieder des ÄWK auf den Skalen „Anpassung“ (ÄWK= 2,72; AKA= 2,40, t= 4,216; df= 198; p= 0,000), „Freundlichkeit“ (ÄWK= 3,92; AKA= 3,58, t= 3,841; df= 197; p= 0,000) und „Unterstützung“ (ÄWK= 3,45; AKA= 3,14, t= 5,576; df= 198; p= 0,000).
Auf den Skalen „Selbstzweifel“ und „Künstlertum“ liegen die Ausbildungsinstitute gleich hoch.

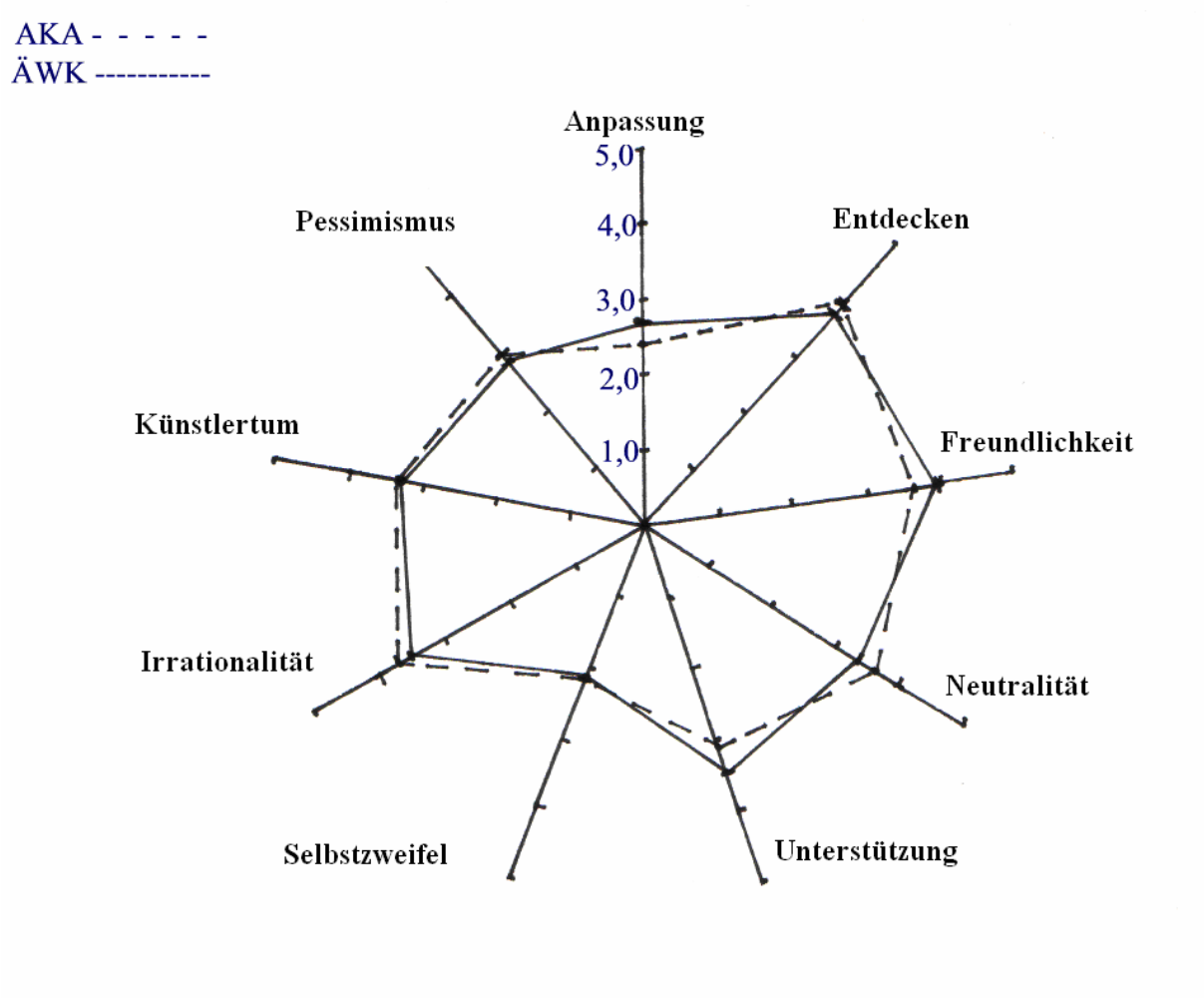


Abbildung 13 : Zusammenhang der TASC- 2- Werte und des Ausbildungsinstituts
ÄWK: Ärztliche Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; AKA: Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V.
1=„nicht“, 2= „wenig“, 3= „etwas“, 4= „ziemlich“, 5= „viel“

5.4.2 Zusammenhang der TASC- 2- Werte und der Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten

Die Psychoanalytiker liegen bei den Skalen „Entdecken“ (PA= 3,93; PT= 3,66; t= 3,900; df= 214; p= 0,000), „Neutralität“ (PA= 3,61; PT= 3,23; t= 4,488; df= 214; p= 0,000) und „Irrationalität“ (PA= 3,67; PT= 3,48; t= 2,425; df= 214; p= 0,016) höher, die tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten haben höhere Werte auf den Skalen „Anpassung“ (PA= 2,43; PT= 2,94; t= -6,832; df= 214; p= 0,000), „Freundlichkeit“ (PA= 3,63; PT= 4,14; t= -5,632; df= 213; p= 0,000), „Unterstützung“ (PA= 3,20; PT= 3,64; t= -7,156; df= 214; p= 0,000) und „Selbstzweifel“ (PA= 2,16; PT= 2,34; t= -2,669; df= 212; p= 0,000).

Auf den Skalen „Künstlertum“ und „Pessimismus“ liegen die Psychoanalytiker und Psychotherapeuten gleich hoch.

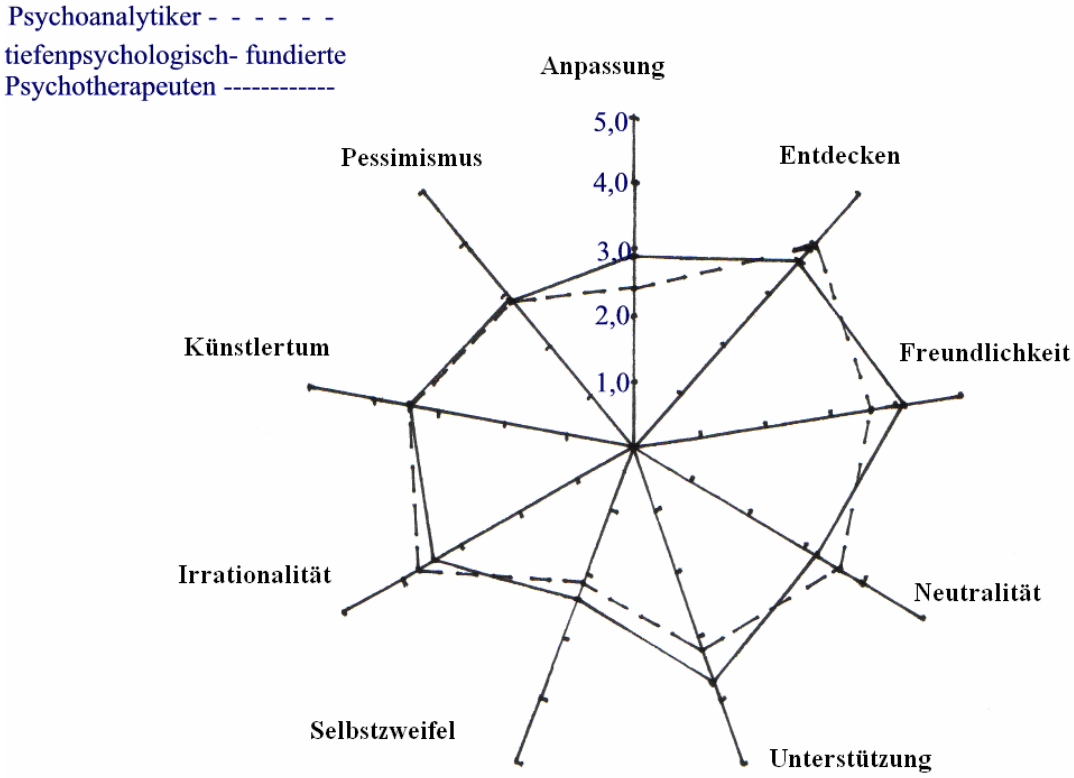


Abbildung 14 : Zusammenhang der TASC- 2- Werte und der Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch-fundierten Psychotherapeuten
1=„nicht“, 2= „wenig“, 3= „etwas“, 4= „ziemlich“, 5= „viel“

5.4.3 Zusammenhang der TASC- 2- Werte und der Psychoanalytiker der Institute AKA und ÄWK

Die Psychoanalytiker der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie liegen bei „Neutralität“ (PA/ ÄWK= 3,44; PA/ AKA= 3,70; t= -3,096; df= 140; p= 0,002) und „Selbstzweifel“ (PA/ ÄWK= 2,02; PA/ AKA= 2,22; t= -2,506; df= 139; p= 0,013) höher. Die Psychoanalytiker des ÄWK haben bei „Unterstützung“ (PA/ ÄWK= 3,30; PA/ AKA= 3,13;

t= 2,472; df= 140; p= 0,015) einen höheren Wert. Ansonsten gibt es keine signifikanten Unterschiede.

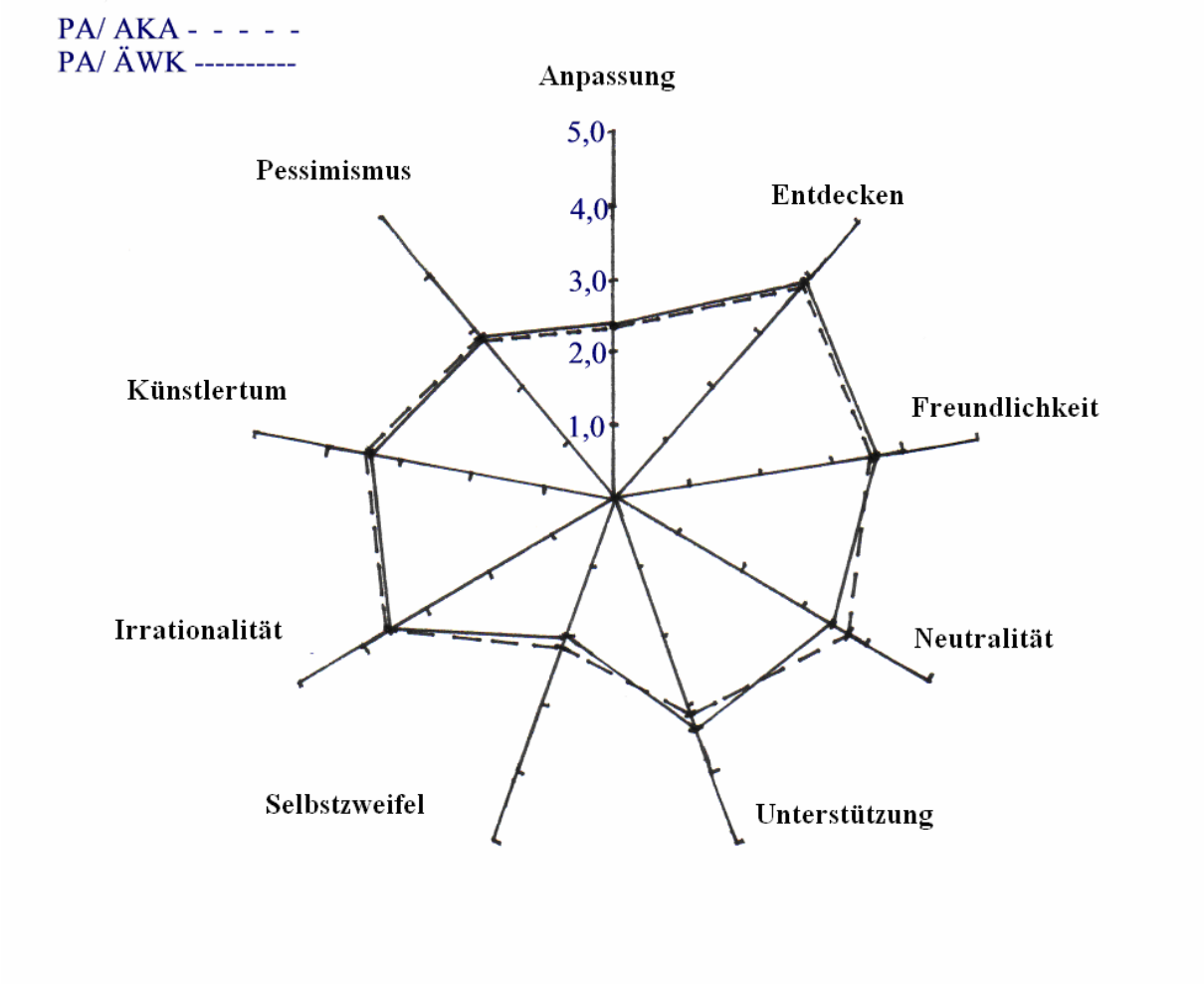


Abbildung 15 : Zusammenhang der TASC- 2- Werte und der Psychoanalytiker der Institute AKA und ÄWK
PA/ ÄWK: Psychoanalytiker des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; PA/ AKA: Psychoanalytiker der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V.
1=„nicht“, 2= „wenig“, 3= „etwas“, 4= „ziemlich“, 5= „viel“

5.4.4 Zusammenhang der TASC- 2- Werte und der Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten des ÄWK

Die tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten des ÄWK haben höhere Werte auf den Skalen „Anpassung“ (PA/ ÄWK= 2,47; PT/ ÄWK= 2,96; t= -5,215; df= 104; p= 0,000), „Freundlichkeit“ (PA/ ÄWK= 3,70; PT/ ÄWK= 4,14; t= -3,592; df= 103; p= 0,001),

„Unterstützung“ (PA/ ÄWK= 3,30; PT/ ÄWK= 3,60; t= -4,355; df= 104; p= 0,000) und „Selbstzweifel“ (PA/ ÄWK= 2,402; PT/ ÄWK= 2,30; t= -2,986; df= 102; p= 0,004). Die Psychoanalytiker des ÄWK haben einen höheren Wert auf der Skala „Entdecken“ (PA/ ÄWK= 3,94; PT/ ÄWK= 3,64; t= 2,915; df= 103; p= 0,004).

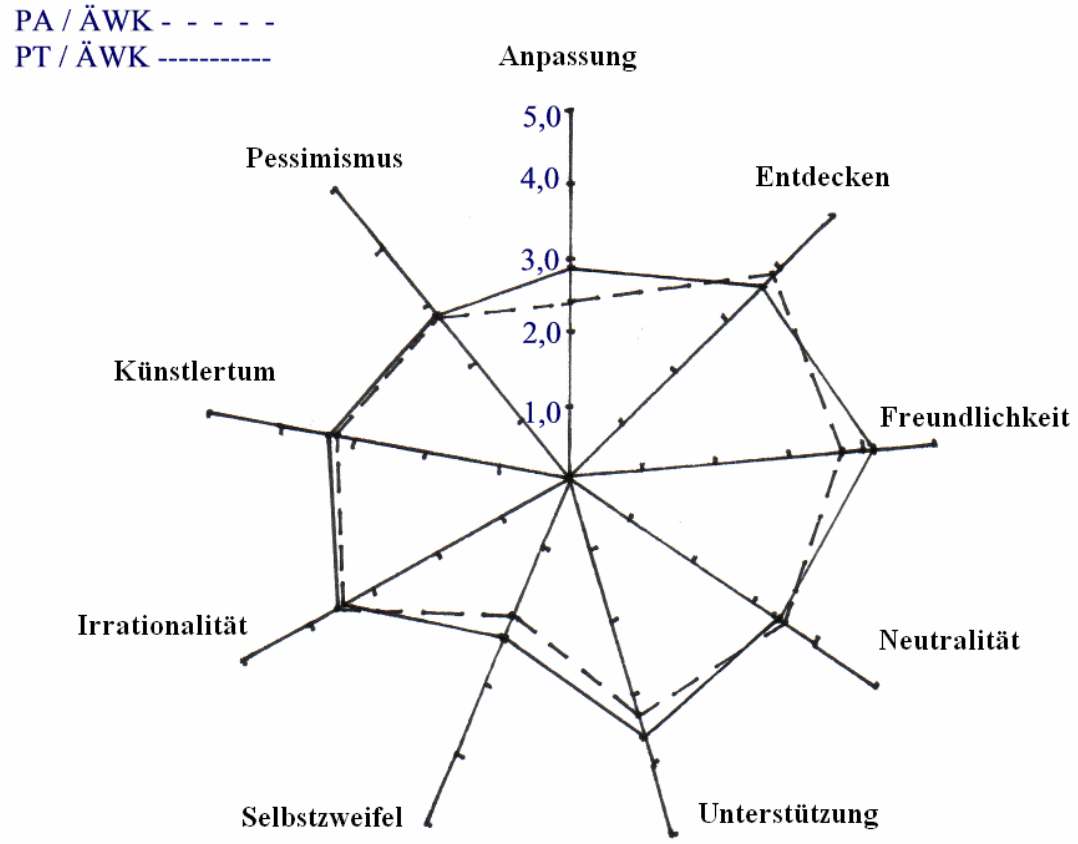


Abbildung 16 : Zusammenhang der TASC- 2- Werte und der Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch-fundierten Psychotherapeuten des ÄWK
PA/ ÄWK: Psychoanalytiker des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse; PT/ ÄWK: tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse
1=„nicht“, 2= „wenig“, 3= „etwas“, 4= „ziemlich“, 5= „viel“

4.4.5 Zusammenhang der TASC- 2- Werte und Geschlecht

Bezüglich des Geschlechts gibt es signifikante Unterschiede: die Männer sind bei den Skalen „Irrationalität“ (M= 3,75; W= 3,55; t= 2,570; df= 214; p= 0,011), „Künstlertum“ (M= 3,50;

W= 3,33; t= 2,082; df= 214; p= 0,039) und „Pessimismus“ (M= 3,05; W= 2,86; t= 2,679; df= 214; p= 0,008) höher.

5.4.6 Zusammenhang der TASC- 2- Werte und Alter

Hinsichtlich des Alters zeigen sich in den TASC- 2- Skalen keine signifikanten Unterschiede.

5.4.7 Zusammenhang der TASC- 2- Werte und Erfahrung

Die Werte der TASC- 2- Skalen nehmen auf den Skalen für „Entdecken“ und „Neutralität“ mit wachsender Erfahrung zu, die Werte auf der Skala für „Freundlichkeit“ nehmen mit steigender Erfahrung ab.

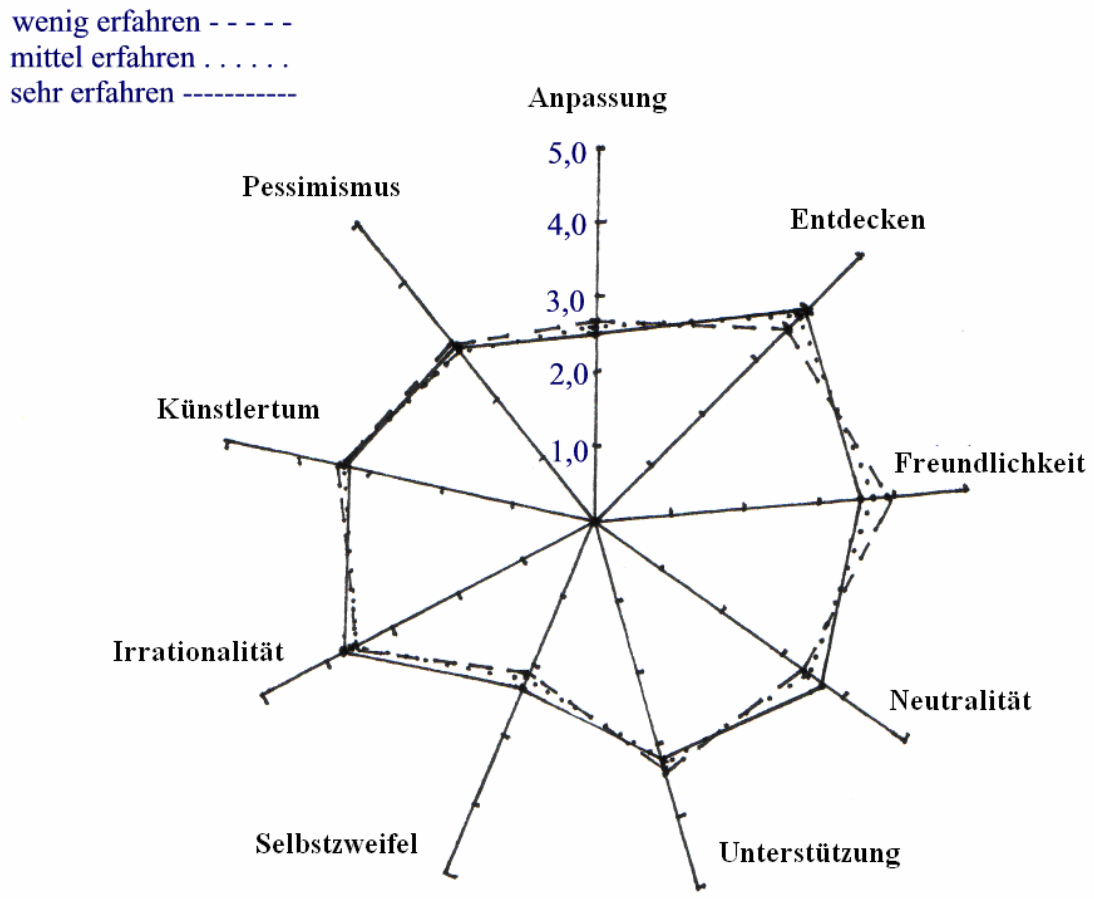


Abbildung 17 : Zusammenhang der TASC- 2- Werte und Erfahrung

1=„nicht“, 2= „wenig“, 3= „etwas“, 4= „ziemlich“, 5= „viel“

5.5 Kritische Stellungsnahme zum Fragebogen

Den Therapeuten wurde am Ende des Fragebogens die Möglichkeit geboten, Kommentare und Gedanken, die sie zu den Fragebogen haben, in einem Freitext niederzuschreiben. Insgesamt haben von den 217 Therapeuten 93 die Gelegenheit genutzt: die meisten Therapeuten fanden einige Fragen in den Abschnitten E1 und E2 missverständlich oder die doppelte Verneinung bei manchen Formulierungen verwirrend. Ein großer Teil empfand den Fragebogen als schwierig, da er durch die Arbeit mit den verschiedenen Patienten und Settings nicht allgemein beantworten werden könne.
Von den 93 Therapeuten lobten 16 den Fragebogen als interessant und zum Nachdenken anregend.

6. Zusammenfassung der Ergebnisse

Ausgehend von den Ergebnissen bisheriger Studien zur therapeutischen Variablen (Sandell, 2002, 2004), wurden Psychotherapeuten und Psychoanalytiker, die ihre Ausbildung an der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V., und Psychotherapeuten und Psychoanalytiker, die bei dem Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse absolviert haben, angeschrieben und bezüglich der therapeutischen Variablen untersucht. In der rein deskriptiven Analyse der Fragebögen (ThId) wurden die Daten zum persönlichen und beruflichen Hintergrund, berufliche Erfahrung, Selbsterfahrung, theoretischen Orientierung und den therapeutischen Stil erforscht. Des Weiteren wurde der Frage nachgegangen, welche Zusammenhänge zwischen den Variablen Geschlecht, Alter und Erfahrung und den neun TASC- 2- Skalen „Anpassung“, „Entdecken“, „Freundlichkeit“, „Neutralität“, „Unterstützung“, „Selbstzweifel“, „Irrationalität“, „Künstlertum“ und „Pessimismus“ (Sandell, 2004) bestehen. Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert.

6.1 Vergleich ÄWK / AKA

Zur besseren Übersicht der Ergebnisse werden die signifikanten Unterschiede zwischen den Instituten Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V. und Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e. V. in einer Tabelle zusammengefasst. Die Therapeuten des Ärztlichen Weiterbildungskreises werden in Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten eingeteilt; bei der Akademie werden nur die Psychoanalytiker berücksichtigt, da die Anzahl der tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten für eine signifikante Aussage zu gering ist.

Tabelle13: Auflistung der signifikanten Unterschiede zwischen den Instituten ÄWK und AKA
Angabe in % wenn nicht anders angegeben. (*)= Angabe des Mittelwertes (1= nicht, 2= wenig, 3= etwas, 4= ziemlich, 5= viel)
PA= Psychoanalytiker; PT= tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten; ÄWK= Ärztlicher Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e. V.; AKA= Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V
Die fettgedruckten Angaben geben die signifikanten Unterschiede zwischen den Therapeuten an.

	ÄWK	Signifikante Unterschiede	**AKA**	
PA= 90,6 PT= 94,4	92,5	Akademische Grundausbildung: Medizin	33,0	**PA= 31,1**
PA= 9,4 PT= 5,6	7,5	Akademische Grundausbildung: Psychologie	62,8	**PA= 65,6**
PA= 26,4 PT= 35,2	30,8	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	5,3	**PA= 4,4**
PA= 13,2 **PT= 37,0**	25,2	Facharzt für Allgemeinmedizin	2,1	**PA= 1,1**
PA= 18,9 **PT= 3,7**	11,2	Anerkennung als Supervisor für Psychotherapie	24,5	PA= 25,6
PA= 0,0 PT= 1,9	1,0	Zusätzliche Psychotherapieausbildung: Gesprächstherapie nach Rogers	6,6	PA=5,7
PA= 0,0 PT= 0,0	0,0	Zusätzliche Psychotherapieausbildung: EMDR	4,4	PA= 4,6
PA= 1,0 J. **PT= 5,0 J.**	2,7 Jahre	Wann Approbation als psychologischer Psychotherapeut	5,1 Jahre	**PA= 5,1 J.**
PA= 3,2 J. PT= 3,4 J.	3,3 Jahre	Ausübung der PT in Jahren vor Institutsabschluss	7,2 Jahre	**PA= 7,3 J.**
PA= 2,1 J. PT= 1,6 J.	1,8 Jahre	Arbeiten mit ambulante Patienten	4,1 Jahre	**PA= 4,2 J.**
PA= 13,0 J. **PT= 3,9 J.**	8,3 Jahre	Arbeiten in der privaten Praxis	12,1 Jahre	PA= 12,2 J.
PA= 11,5 **PT= 0,0**	9,5	Wie viele Patienten mit Psychoanalyse mit 3 Sitzungen behandelt? (über 25 Patienten)	37,6	**PA= 32,2**
PA= **0,0** PT= 3,7	5,0	Einzelpsychotherapie mit 3 Sitzungen (über 25	21,7	**PA= 11,1**

		Patienten)		
PA= 58,5 PT= 53,7	61,3	Einzelpsychotherapie mit 1 Sitzung (über 25 Patienten)	34,6	**PA= 26,6**
PA= 34,0 PT= 44,4	51,8	Krisenintervention (über 25 Patienten)	31,3	PA= 21,1
PA= 30,8 PT= 35,2	33,0	Regelmäßige Verwendung von andere Techniken	10,9	**PA= 9,1**
PA= 11,5 PT= 18,5	15,1	Regelmäßiges Anwenden von Kunsttherapie	4,3	PA= 4,5
PA= 5,8 PT= 16,7	11,3	Regelmäßiges Anwenden von Entspannungsverfahren	1,1	PA= 1,1
PA= 7,7 PT= 8,0	10,4	Regelmäßiges Anwenden von sonstigen Techniken	2,2	PA= 1,1
PA= 61,5 PT= 52,8	57,1	Regelmäßiges Arbeiten mit Patienten mit speziellen Störungen	37,1	**PA= 36,5**
PA= 0,0 **PT= 9,4**	4,8	Suchtpatienten	0,0	PA= 0,0
PA= 36,5 PT= 24,5	30,5	Psychosomatische Patienten	13,5	**PA= 12,9**
PA= 23,1 PT= 18,9	21,0	Psychotische Patienten	10,1	**PA= 9,4**
PA= 37,3 **PT= 11,3**	24,0	Im vergangenem Jahr regelmäßig andere Psychotherapeuten oder Kollegen supervidiert	46,2	PA= 47,1
PA= 565 **PT= 278**	423 Sitz.	Selbsterfahrung : Anzahl der Sitzungen Psychoanalyse	928 Sitz.	**PA= 943**
PA= 135 PT= 92	114	Selbsterfahrung : Anzahl der Sitzungen Gruppenanalyse	62	**PA= 60**
PA= 41,2 PT= 30,6	36,8	Frequenz : Sitzungen pro Woche bei der Psychoanalyse (drei und mehr)	86,1	**PA= 86,5**
PA= 34,0 PT= 27,8	30,8	Größte Einschränkung als Psychotherapeut : Innen/ objektal	44,7	PA= 45,6
PA= 28,3 PT= 22,2	25,2	Das primäre Ziel der Psychotherapie : Krankheitsbezogen	9,6	**PA= 10,0**
PA= 47,2 PT= 44,4	45,8	Größte negative Einfluss auf eine Psychotherapie : therapeutenzentriert	62,8	**PA= 65,5**
PA= 3,7 **PT= 3,0**	3,4	Wie sehr ist Ihre gegenwärtige therapeutische Arbeit an	3,8	PA= 3,9

		den folgenden Theorien orientiert? -Klassische Psychoanalyse (freudianisch)*		
PA= 4,2 **PT= 3,4**	3,8	- Objektbeziehungs-theoretisch- orientierte Psychoanalyse*	4,5	**PA= 4,6**
PA= 2,0 PT= 2,1	2,1	- Analytische Psychologie (jungianisch)*	1,4	**PA= 1,4**
PA= 1,4 PT= 1,4	1,5	- Adlerianische Psychotherapie*	1,2	PA= 1,2
PA= 1,6 PT= 1,5	1,5	- Existentielle Psychotherapie (Daseinsanalyse etc.)*	1,3	PA= 1,3
PA= 2,0 **PT= 2,6**	2,3	- Humanistische Psychotherapie (Gestalt, Psychodrama etc.)*	1,6	**PA= 1,6**
PA= 2,0 **PT= 2,6**	2,3	- Gesprächspsychotherapie (nach Rogers)*	1,5	**PA= 1,5**
PA= 1,9 **PT= 2,6**	2,3	- Kognitive Psychotherapie*	1,7	PA= 1,7
PA= 2,0 **PT= 2,6**	2,3	- Verhaltenstherapie*	1,5	**PA= 1,5**
PA= 2,4 PT= 2,7	2,5	- Systemische Familientherapie*	1,9	**PA= 1,8**

Anhand der Tabelle lässt sich erkennen, dass die signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Instituten Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V. und Ärztlicher Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e. V. hauptsächlich durch die Unterschiede zwischen den Psychoanalytikern beider Institute entstehen.

Die Psychoanalytiker des Ärztlicheren Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e. V. haben zu 90 % Medizin als akademische Grundausbildung. Unter ihnen gibt es mehr Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Allgemeinmedizin als bei den Psychoanalytikern der Akademie.

Die akademische Grundausbildung ist bei 66 % der Psychoanalytiker der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V. Psychologie.

Die Approbation als psychologischer Psychotherapeut haben die Psychoanalytiker der AKA im Mittel vor fünf Jahren erhalten, die Psychoanalytiker des ÄWK erst seit einem Jahr. Die Analytiker der Akademie übten doppelt so lang Psychotherapie vor Institutsabschuss aus und arbeiteten mit ambulanten Patienten in der institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung doppelt so lang wie die Psychoanalytiker des ÄWK.

Die Psychoanalytiker der Akademie behandeln mehr Patienten mit Psychoanalyse mit drei Sitzungen pro Woche und Einzelpsychotherapie mit drei Sitzungen pro Woche. Die Analytiker des ÄWK behandeln mehr Patienten mit Einzelpsychotherapie mit einer Sitzung pro Woche.

Dreimal mehr Analytiker des ÄWK gaben an, regelmäßig andere Techniken als das Gespräch in der Psychotherapie (z.B. Kunsttherapie, Tanztherapie, Hypnose) anzuwenden. Ebenfalls arbeiten sie häufiger mit Patienten mit speziellen Störungen. Hier gaben sie vermehrt das Arbeiten mit psychosomatischen und psychotischen Patienten an.

An Selbsterfahrung gaben die Psychoanalytiker der AKA insgesamt 943 Sitzungen in der Psychoanalyse an; die Analytiker des ÄWK im Mittel 565 Sitzungen. Sie überwiegen jedoch mit 135 Sitzungen in der Gruppenanalyse. Die Psychoanalytiker der AKA gaben 60 Sitzungen in der Gruppenanalyse an.
Die Analytiker der Akademie gaben doppelt so häufig an, an drei und mehr Sitzungen pro Woche in der Psychoanalyse teilgenommen zu haben.

Doppelt so viele Psychoanalytiker des ÄWK gaben „krankheitsbezogene Faktoren“ wie Entlastung, Besserung von Leidenszuständen, Selbstheilungskräfte fördern und Besserung der Störung als das primäre Ziel der Psychotherapie an. Die Psychoanalytiker der AKA halten „therapeutenzentrierte Faktoren“ wie Antipathie, neurotische Gegenübertragung und missbräuchliche Motive als größten negativen Einfluss auf eine Psychotherapie.

Die Psychoanalytiker des ÄWK orientieren ihre gegenwärtige therapeutische Arbeit mehr an die Analytische Psychologie (jungianisch), Humanistische Psychotherapie, Gesprächstherapie nach Rogers, Verhaltenstherapie und Systemische Familientherapie als die Analytiker der AKA. Diese liegen höher bei der Objektbeziehungstheoretisch- orientierten Psychoanalyse.

Die Unterschiede zwischen den beiden Instituten Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V. und Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e. V, die nur durch die signifikanten Unterschiede zwischen den Psychoanalytikern und tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e. V. resultieren, sind weit geringer.

Eine Anerkennung als Supervisor für Psychotherapie haben 19 % der Psychoanalytiker und nur 4 % der Psychotherapeuten des ÄWK. Es gaben viermal mehr Analytiker an, im vergangenen Jahr regelmäßig andere Psychotherapeuten oder Kollegen supervidiert zu haben.
Die Psychoanalytiker arbeiten in der privaten Praxis mehr als dreimal so lang wie die Psychotherapeuten des ÄWK.
Neun Prozent der Psychotherapeuten des ÄWK gaben an, mit Suchtpatienten zu arbeiten; von den Psychoanalytikern des ÄWK gab es kein Therapeut an.
Die Psychoanalytiker des ÄWK orientieren ihre gegenwärtige therapeutische Arbeit mehr an die Klassische Psychoanalyse als die tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten. Diese gaben vermehrt die Kognitive Psychotherapie an.

6.2 Vergleich Psychoanalytiker/ tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten

Unter den tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten sind mehr jüngere Therapeuten, während bei den Psychoanalytikern 25 % über 55 Jahre sind.

Sowohl bei den Psychoanalytikern als auch bei den PT wird Medizin als häufigste akademische Grundausbildung genannt. Bei den PA sind jedoch 44 % Psychologen.
Die Psychotherapeuten machen signifikant höhere Angaben beim Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Allgemeinmedizin. Die Psychoanalytiker bilden jedoch die Mehrheit bei dem Facharzt für Psychotherapeutische Medizin.

Bei den Psychoanalytikern haben deutlich mehr Therapeuten eine Anerkennung als Supervisor für Psychotherapie.
Die Psychoanalytiker haben den Zusatztitel Psychotherapie doppelt so lang wie die tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten. Die Psychoanalytiker übten sowohl vor als auch nach Abschluss der Institutsausbildung schon länger Psychotherapie aus als die Psychotherapeuten. Ebenfalls signifikant unterschiedlich ist die Anzahl der Jahre, die mit ambulanten Patienten in der institutionellen psychiatrisch- psychotherapeutischen Krankenverteilung gearbeitet wurde und die Anzahl der Jahre in der privaten Praxis. Bei beiden überwiegen die Psychoanalytiker.

Die Psychoanalytiker behandeln mehr Patienten mit Psychoanalyse mit vier bis fünf Sitzungen pro Woche, mit Psychoanalyse mit drei Sitzungen pro Woche und mit Einzelpsychotherapie mit zwei Sitzungen pro Woche. Die tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten überwiegen jedoch bei der Gruppentherapie.

Die Psychotherapeuten gaben dreimal so häufig an, als regelmäßig andere Technik Entspannungsverfahren und sonstigen Techniken zu verwenden.

Unterschiede zeigten sich bei der Angabe von Arbeiten mit Suchtpatienten. Hier gaben 9,2 % der PT und kein PA an, mit Suchtpatienten regelmäßig zu arbeiten.

Als Selbsterfahrung hatten die Psychoanalytiker im Mittel 798 Sitzungen und die tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten 285 Sitzungen angegeben. Die Anzahl der Psychoanalytiker war bei den drei und vier und mehr Sitzungen in der Woche höher.

Die Psychoanalytiker liegen bei der Klassischen Psychoanalyse und der Objektbeziehungstheoretisch-orientierten Psychoanalyse höher, während die Psychotherapeuten bei der Analytischen Psychologie (jungianisch), der Humanistischen Psychotherapie, der Gesprächstherapie (nach Rogers), der Kognitiven Psychotherapie, der Verhaltenstherapie und der Systemischen Familientherapie höher liegen.

Die tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten überwiegen in der Angaben, dass sie „persönlich/ emotionalen Faktoren“ wie Empathie, Respekt, Toleranz, Warmherzigkeit und Lebenserfahrung als ihre größte Stärke als Psychotherapeut empfinden.

6.3 Therapeutic Attitudes Scale (TASC- 2)

Die Mitglieder der Akademie liegen auf den Skalen „Entdecken“, „Neutralität“, „Irrationalität“ und „Pessimismus“ höher; die Mitglieder des ÄWK auf den Skalen „Anpassung“, „Freundlichkeit“ und „Unterstützung“.

Die Psychoanalytiker liegen bei den Skalen „Entdecken“, „Neutralität“ und „Irrationalität“ höher, die tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten haben höhere Werte auf den Skalen „Anpassung“, „Freundlichkeit“, „Unterstützung“ und „Selbstzweifel“.

Die Psychoanalytiker der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie liegen bei „Neutralität“ und „Selbstzweifel“ höher. Die Psychoanalytiker des ÄWK haben bei „Unterstützung“ einen höheren Wert.

Die tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten des ÄWK haben höhere Werte auf den Skalen „Anpassung“, „Freundlichkeit“, „Unterstützung“ und „Selbstzweifel“. Die Psychoanalytiker des ÄWK haben einen höheren Wert auf der Skala „Entdecken“.

Bezüglich des Geschlechts gibt es signifikante Unterschiede: die Männer sind bei den Skalen „Irrationalität“, „Pessimismus“ und „Künstlertum“ höher.

Hinsichtlich des Alters zeigen sich in den TASC- 2- Skalen keine signifikanten Unterschiede.

Die Werte der TASC- 2- Skalen nehmen auf den Skalen für „Entdecken“ und „Neutralität“ mit wachsender Erfahrung zu, die Werte auf der Skala für „Freundlichkeit“ nehmen mit wachsender Erfahrung ab.

7. Diskussion und weiterführende Fragestellung

Ziel der vorliegenden Studie war es, mit Hilfe eines Fragebogens verschiedene Therapeutenvariablen zu erfassen und relevante Gruppenunterschiede festzustellen. Dazu wurde der Fragebogen ThId verwendet, der ein geeignetes und sorgfältig ausgearbeitetes Mittel ist, um Therapeutenvariablen zu messen. Die Studie hat erkundenden Charakter und soll Anregungen für weitere Untersuchungen liefern.

7.1 Beurteilung der Methode

Bei den Ergebnisse sind viele „fehlende Angaben“ vorhanden: dies ist unter anderem durch die Form der Antwortmöglichkeiten gegeben. Anstatt in E1 und E2 bei „nicht“ ein Kreuz zu setzten, wurde keine Antwort gegeben. Ebenso bei B3; hier wurde oft kein Kreuz bei der „0“ gesetzt. Die Abbildungen 1; 4; 7 und 8 (Anzahl der Patienten, die mit den verschiedenen Psychotherapieformen behandelt wurden) zeigen, dass sehr häufig keine Angaben gemacht wurden. Ein Problem ergibt sich daraus, dass man nicht weiß, wie viele Therapeuten eigentlich damit ausdrücken wollten, dass sie mit dieser Psychotherapieform keinen Patienten behandeln.

Die geringe Rücklaufquote von 30 % könnte zum einen dadurch erklärt werden, dass der Fragebogen sehr lang und daher zeitaufwendig zu beantworten ist. Zum anderen macht der Fragebogen teilweise den Eindruck, wertend zu sein und nach dem „guten“ Therapeuten zu suchen; dies drückt ebenfalls die Rücklaufrate.
Asch et al. (1997) fanden heraus, dass die Rücklaufquote bei Medizinern geringer ist. Sie liegt nur bei 54 % gegenüber bei Nicht- Medizinern mit 68 %. Auch dies könnte ein Grund der vorliegenden geringen Rücklaufquote sein.

Eine Möglichkeit, um bei Studien mit Fragebögen die Rücklaufquote zu erhöhen, zeigt folgendes Vorgehen:
Für seine Studie über psychoanalytische Patienten in den U.S.A., Kanada und Australien schickte Doidge (2002) jedem Therapeuten zusätzlich zu den Fragebögen eine Karte mit seinem Namen und Adresse, die er separat zurückschicken sollte. Die Therapeuten, die keine Karte zurückschickten, wurden zweimal telefonisch und anschließend brieflich kontaktiert

und aufgefordert, die Fragebögen zurückzuschicken. Dadurch wurde die Rücklaufrate erheblich erhöht.
Asch (1997) fand heraus, dass Studien sowohl mit schriftlichen als auch telefonischen Erinnerungen eine 13 %-ige Steigerung der Rücklaufsquote einbrachten. Andere Techniken, wie Anonymität oder ein Honorar ergaben keine höhere Rücklaufrate.

7.2 Diskussion der Ergebnisse

7.2.1 Vergleich der Ausbildungsinstitute AKA und ÄWK

Es zeigen sich signifikante Unterschiede bei Absolventen der beiden Ausbildungsinstitutionen

- im Ausmaß der Selbsterfahrung
- in der Frequenz der Sitzungen
- bzgl. der Einbeziehung nicht-psychoanalytischer Methoden (bei ÄWK mehr)
- bei den Störungsbildern der Patienten

In den TASC- 2-Skalen ergaben sich ebenfalls signifikante Unterschiede.

Diese Unterschiede können nicht allein aus den Abweichungen bei der Gruppe der Nicht-Psychoanalytiker herrühren, vielmehr ist davon auszugehen, dass die psychoanalytische ausgebildeten Psychotherapeuten des ÄWK sich deutlich von den psychoanalytisch ausgebildeten Psychotherapeuten des AKA unterscheiden. Eine Erklärung könnte sein, dass sie sich der Gruppe der Nicht-Analytiker angleichen und ein stärker eklektisches Therapieverständnis annehmen, während die am AKA ausgebildeten Psychoanalytiker das Therapieverständnis der klassischen Psychoanalyse angenommen haben.
Letztere haben mehr Selbsterfahrung absolviert. im Mittel 943 Sitzungen gegenüber 565 Sitzungen der Psychoanalytiker des ÄWK. Sie haben Therapien in einer höheren Frequenz durchgeführt. In den Angaben, wie sehr sich die gegenwärtige therapeutische Arbeit an den verschiedenen Theorien orientiert, tendieren sie ebenfalls zur klassischen und objektbeziehungstheoretisch- orientierten Psychoanalyse, während die Psychoanalytiker des ÄWK vermehrt auch andere Theorien angeben.

Die Psychoanalytiker des ÄWK zeigen eklektische Tendenzen, die neben der klassischen Psychoanalyse auch von anderen Theorien wie der Humanistischen Psychotherapie, Gesprächstherapie nach Rogers, Verhaltenstherapie und Systemische Familientherapie beeinflusst sind. Dies verdeutlichen unter anderem auch die signifikanten Unterschiede bezüglich des regelmäßigen Verwendens von anderen Techniken und des regelmäßigen Arbeitens mit Patienten mir speziellen Störungen.

Auch die TASC- 2- Skalen zeigen die klassische Ausrichtung der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V.: Die Werte für „Entdecken“, die verschiedene Taktiken und Interventionen beinhalten klassische Bestandteile von psychodynamischer Psychotherapie: Traumanalyse, Interpretation von Körpersprache und unterdrückten Gefühlen sowie das Aufdecken von Konflikten. Auch die Werte für „Neutralität“, welches als Begriff ursprünglich von Freud (Laplanche & Pontalis, 1973) eingeführt wurde, „Irrationalität“ und „Pessimismus“ sind erhöht. Die Mitglieder des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e.V. zeigen höhere Werte für „Anpassung“, welches verschiedene Strategien, Taktiken und Interventionen, die dem Patienten helfen, mit seiner Lebenssituation und seinen Gefühlen zurechtzukommen zeigt. Ebenfalls sind die Werte für „Freundlichkeit“ und „Unterstützung“ erhöht. Dies kommt jedoch auch dadurch zu Stande, dass der Einfluss der tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten auf die Werte „Anpassung“, „Freundlichkeit“ und „Unterstützung“ des Ausbildungsinstitutes ÄWK sehr hoch ist. Die klassische Tendenz der Psychoanalytiker der Akademie zeigt sich mit erhöhten Werten auf der Skala „Neutralität“ für die Psychoanalytiker der Akademie und die erhöhten Werte auf der Skala „Unterstützung“ für die Analytiker des ÄWK.

Die Untersuchung zeigt, dass die Psychoanalytiker keine homogene Gruppe bilden. Die Ausbildungsinstitute unterschieden sich bezüglich Art und Umfang der Ausbildung und beeinflussen auch nachträglich die Haltung und Einstellung des Therapeuten.

7.2.2 Vergleich von Psychoanalytikern und Psychotherapeuten

Die Therapeutengruppe der Studie lässt sich mit den Therapeuten des STOPP- Projektes gut vergleichen.

Das mittlere Alter war bei den Therapeuten des STOPPP 54 Jahre (SD=6) und bei der nationalen Probe (NP) 51 Jahre (SD = 7); in unserer Studie ist das mittlere Alter 49 Jahre (SD= 9). Die Mehrheit der Therapeuten war weiblich (STOPPP 76 %; NP = 68%); hier waren 70% der Therapeuten Frauen. Die akademische Grundausbildung war bei 72 % (STOPPP) bzw. 62 % (NP) Psychologie; 14 % bzw. 17 % Sozialpädagogik/ Sozialarbeit und nur 2 % (STOPPP) bzw. 11 % (NP) Medizin. Die Therapeuten der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V. und des Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e.V. hatten Medizin mit 66%, Psychologie mit 32% und Sozialpädagogik mit 1,4 % als akademische Grundausbildung. Von den Therapeuten waren 70% Psychoanalytiker und 30 % tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten. Die therapeutische Grundausbildung der Therapeuten des STOPPP war Psychoanalyse (26 % STOPP und 5 % NP); Universitätsabschluss (21 % bzw. 19 %), private Institute (47 % bzw. 42%), analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (6 % bzw. 9%). Eine Anerkennung als Supervisor für Psychotherapie hatten 60 % bzw. 43 %. Nur 18 % der Münchener Therapeuten haben eine Anerkennung als Supervisor. Die mittlere Anzahl der Arbeitsjahre als Psychotherapeut nach Anerkennung war 10 Jahre (SD = 4) bei den Psychotherapeuten des STOPPP und 7 Jahre (SD= 4) bei der nationalen Probe, sowie 11 Jahre (SD = 4) bzw. 4 Jahre (SD = 5) vor Anerkennung. In unserer Studie war die mittlere Anzahl der Jahre vor Anerkennung 5 Jahre (SD= 4) und nach Anerkennung 8 Jahre (SD= 8).

Blomberg & Sandell fanden heraus, dass Psychotherapeuten „Anpassung“ und „Freundlichkeit“ als kurativen Faktor höher schätzten als Psychoanalytiker ($p>.05$). Psychotherapeuten bevorzugen eine Technik, die weniger „neutral“ und mehr „unterstützend“ ist. Sie zeigten auch mehr „Selbstzweifel“ ($p>.05$).

Ansonsten zeigten sich keine großen Unterschiede zwischen Psychotherapeuten und Psychoanalytikern bezüglich der „Basis Vorraussetzungen“. Psychoanalytiker zeigten ein wenig mehr „Pessimismus“ und „ Irrationalität“.

In unsere Studie liegen die Psychoanalytiker bei den Skalen „Entdecken“, „Neutralität“ und „Irrationalität“ höher, die tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten haben höhere Werte auf den Skalen „Anpassung“, „Freundlichkeit“, „Unterstützung“ und „Selbstzweifel“. Sie zeigen tendenziell in die gleiche Richtung. Werden jedoch die Werte in ein Diagram (siehe Abbildung A1 im Anhang) dargestellt, zeigt sich, dass die schwedischen

Psychoanalytiker viel geringere Werte für „Anpassung“, „Freundlichkeit“, „Unterstützung“ und „Selbstzweifel“ und einen höheren Wert für „Neutralität“ als die Münchener Psychoanalytiker: sie zeigen höhere Tendenzen zur klassischen Psychoanalyse. Auch die schwedischen tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten zeigen klassischere Tendenzen mit geringeren Werten „Anpassung“, „Freundlichkeit“ und einem höheren Wert für „Neutralität“.

Dies lässt ebenfalls vermuten, dass die Therapeutengruppen keine homogenen Gruppen bilden, sondern dass ihre Einstellung und die therapeutische Variable abhängig sind von dem Ausbildungsinstituts oder dem Ausbildungsland.

Sandell et al. (2004) fanden heraus, dass ein Unterschied zwischen der vom Therapeuten selbst bezeichneten Orientierung und der Zugehörigkeit basierend auf ihrer therapeutischen Einstellung besteht. In die gleiche Richtung weist auch diese Studie: unter den sich selbst als analytisch bezeichneten Therapeuten zeigen viele eine eklektische Tendenz. Dies ist unter anderem durch den Einfluss des Ausbildungsinstitutes auf den Therapeuten bedingt.

7.2.3 Einfluss des Alters, des Geschlechts und der Erfahrung auf die Psychotherapeutische Einstellung

Schon Beutler, Machado und Neufeldt (1994) stellten fest, dass die „objective/ observable Traits“ (beobachtbare Eigenschaften) wie Alter und Geschlecht wenig Einfluss auf das Therapieergebnis haben.
In Sandells Studie über die therapeutische Variable stellte er zwischen Geschlecht und Alter der Therapeuten nur geringe Unterschiede bezüglich der TASC- 2- Skalen fest: die weiblichen Therapeuten hatten leicht höhere Werte auf den Skalen „Neutralität“ and „Entdecken“.
In der vorliegenden Studie gibt es bezüglich des Geschlechts signifikante Unterschiede: die Männer sind bei den Skalen „Irrationalität“, „Künstlertum“ und „Pessimismus höher. Es gibt offensichtlich keine Übereinstimmung in beiden Studien.

Die in den TASC- 2- Skalen erfassten Einstellungen sind stabil und ändern sich nicht mit zunehmenden Alter.

Zur Untersuchung der Variable „Erfahrung“ wurde die Anzahl der Jahre vor und nach Abschluss der Institutsausbildung, in denen die Therapeuten Psychotherapie ausgeübt haben, sowie die Anzahl der Patienten, die sie mit den verschiedenen Psychotherapieformen behandelt haben, berücksichtigt. Hierbei wurden die Therapieformen unterschiedlich gewichtet: es wurde die Anzahl der Sitzungen in der Woche, die Dauer der Behandlung, sowie die Patientenanzahl berücksichtigt. Schwierig ist es, zu beurteilen durch welche Therapieform der Therapeut an viel oder wenig Erfahrung gewinnt. So lässt die Studie von Hupert, Bufka et al. (in press) vermuten, dass die Erfahrung nicht nur durch die spezielle Psychotherapieform, sondern auch durch generellen klinischen Kontakt gewonnen wird.

Es verändern sich mit wachsender Therapieerfahrung die Werte der TASC- 2- Skalen. Die Werte für „Entdecken“ und „Neutralität“ nehmen mit wachsender Erfahrung zu, die Werte auf der Skala für „Freundlichkeit“ nehmen ab.
Mehrere Studien (Blatt et al. (1996); Propst et al. (1994)) zeigen, dass erfahrendere Therapeuten bessere Therapieergebnisse lieferten. Nun stellt sich die Frage, inwieweit die Variablen „Entdecken“ und „Neutralität“ sich auf das Therapieergebnis positiv auswirken und die Variable „Freundlichkeit“ sich negativ auswirken könnte. Zu berücksichtigen ist jedoch der hohe Anteil an Psychoanalytikern (70%), der maßgeblich auf das Ergebnis einen Einfluss haben kann. Dies müsste durch eine multifaktorielle Untersuchung weiter untersucht werden.

7.3 Ausblick

Die untersuchten Variablen wurden in dieser Studie nur in einer zweidimensionalen Beziehung betrachtet. Durch die Einflüsse weiterer Variablen könnte die wirkliche Beziehung zwischen den untersuchten Variablen verschleiert werden. So könnte man in nachfolgenden Studien drei- und mehrdimensionale Tabellenanalyse durchführen. Interessant wäre zum Beispiel die Untersuchung der Variablen „Erfahrung“: kommen die hohen Werte für „Entdecken“ und „Neutralität“ und die niedrigen Werte für „Freundlichkeit“ bei den hoch-erfahrenden Therapeuten durch den hohen Anteil von Psychoanalytikern zustande?
Ebenfalls könnte näher untersucht werden, inwiefern das Alter bei den Therapeutengruppen Einfluss auf die Ergebnisse hat.

Die Studie legt nahe, dass man mit Hilfe des Fragebogens ThId Unterschiede in den Eigenschaften und Haltungen des Therapeuten differenziert abbilden kann. In einem weiteren Analyseschritt wäre es allerdings notwendig zu prüfen, ob diese gefundenen Unterschiede auch Bedeutung für die von den Therapeuten erzielten Therapieergebnisse haben. Solche Entwürfe sind im Rahmen der Münchener Psychotherapie Studie (MPS) (Huber et al., 1997; 2001; 2002) geplant.

Eine weitere Studie, die zur Zeit am Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Technischen Universität München läuft, vergleicht die vorliegenden Daten mit den Verhaltenstherapeuten, die Absolventen der Bayerischen Akademie für Psychotherapie sind.

8. Zusammenfassung

In dieser Studie wurden 145 Psychoanalytiker und 58 tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten der Ausbildungsinstitute Ärztlicher Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e. V. und Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. bezüglich der Unterschiede von persönlichen und beruflichen Hintergrund, beruflicher Erfahrung, Selbsterfahrung, theoretischer Orientierung und therapeutischem Stil untersucht.

Es zeigen sich signifikante Unterschiede bei Absolventen der beiden Ausbildungs-institutionen im Ausmaß der Selbsterfahrung, in der Frequenz der Sitzungen, bzgl. der Einbeziehung nicht-psychoanalytischer Methoden (bei ÄWK mehr) und bei den Störungsbildern der Patienten. In den TASC- 2-Skalen ergeben sich ebenfalls signifikante Unterschiede. Dabei zeigt sich, dass die Psychoanalytiker des ÄWK ein stärker eklektisches Therapieverständnis annehmen, während die am AKA ausgebildeten Psychoanalytiker das Therapieverständnis der klassischen Psychoanalyse angenommen haben.

In unsere Studie liegen die Psychoanalytiker bei den Skalen „Entdecken“, „Neutralität“ und „Irrationalität“ höher, die tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten haben höhere Werte auf den Skalen „Anpassung“, „Freundlichkeit“, „Unterstützung“ und „Selbstzweifel“. Die Therapeuten zeigen jedoch niedrigere Tendenzen zur klassischen Psychoanalyse als die schwedischen Therapeuten.

Des Weiteren wurde der Frage nachgegangen, welche Zusammenhänge zwischen den Variablen Geschlecht, Alter und Erfahrung und den neun TASC- 2- Skalen „Anpassung“, „Entdecken“, „Freundlichkeit“, „Neutralität“, „Unterstützung“, „Selbstzweifel“, „Irrationalität“, „Künstlertum“ und „Pessimismus“ (Sandell, 2004) bestehen:

Die Männer sind bei den Skalen „Irrationalität“, „Künstlertum“ und „Pessimismus höher.

Die in den TASC- 2- Skalen erfassten Einstellungen sind stabil und ändern sich nicht mit zu-nehmenden Alter.

Die Werte für „Entdecken“ und „Neutralität“ nehmen mit wachsender Erfahrung zu, die Werte auf der Skala für „Freundlichkeit“ nehmen ab.

9. Literaturverzeichnis

Anderberg, M. “Cluster analysis for applications”, Academic Press, New York,1973

Asch, D. A., Jedrziewski, M. K., & Christakis, N. A. Response rates to mail surveys published in medical journals. J. Clin. Epidemiol. 50 (1997) 1129- 1136

Barber, J. P., & Muenz, L. R. The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the Treatment of Depression Collaborative Research Program. J. Consult. Clin. Psychol. 64 (1996) 951- 958

Beutler, L. E., Machado, P. P. P., Neufeldt, S. Therapist variables. In: “Handbook of Psychotherapy and Behavior Change”, Garfield, S. L., Bergin, A. E. (Eds), John Wiley & Sons, New York, 1994, 4th ed., 229- 269

Beutler, L. E., Malik, M., Alimohanmed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., Wong, E., Therapist Variables. In: “Handbook of Psychotherapy and Behavior Change”, Lambert, M. J., Garfield, S. L., Bergin, A. E. (Eds), Wiley, New York, 2004, 5th ed., 227- 306

Blatt, S. J., Sanisow, C. A., Zuroff, D. C., & Pilkonis, P.A. Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. J. Consult. Clin. Psychol. 64 (1996) 1276- 1284

Blomberg, J., & Sandell, R. Close Family or Mere Neighbours? Some Empirical Data on the Difference between Psychoanalysis and Psychotherapy. In: “Research on Psychoanalytic Psychotherapy in Adults”, Richardson, P., Renlus, C., & Kaechele, H. (Eds.), Karnarc, London, in press

Bomberg, J., Lazar, A., & Sandell, R. Long- Term Outcome of Long- Term Psychoanalytically Oriented Therapies: First Findings of the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Study. Psychother. Res. 11 (2001) 361- 382

Bühl, A., & Zöfel, P. “Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows“ Addison-Wesley, München, 2002, 8. überarbeitete und erweiterte Auflage

Carroll, L. „Alice´s Adventures in Wonderland“, 1856

Doidge, N., Simon, B., Brauer, L., Grant, D. C., First, M., Brunshaw, J., Lancee, W. J., Stevens, A., Oldham, J. M., & Mosher, P. Psychoanalytic patients in the U.S., Canada, and Australia: I. DSM-III-R disorders, indications, previous treatment, medications, and length of treatment. J. Am. Psychoanal. Assoc. 50 (2002) 575-614

Doidge, N., Simon, B., Brauer, L., Grant, D. C., First, M., Brunshaw, J., Lancee, W. J., Stevens, A., Oldham, J. M., & Mosher, P. Psychoanalytic patients in the U.S., Canada, and Australia: II. DSM-III-R Validation Study. J. Am. Psychoanal. Assoc. (2002) 615-627

Eysenck, H. J. The effects of psychotherapy: An evaluation. J. Consult. Psychol. 16 (1952) 319- 324

Fiedler, F. E. The concept of an ideal therapeutic relationship. J. Consult. Psychol. 14 (1950) 239- 245

Freud, S., Breuer; J. "Studien über Hysterie" Fischer, Frankfurt a. M., 1979

Grant, J., & Sandell, R. Close family or mere neighbours? Some empirical data on the differences between psychoanalysis and psychotherapy. In "Research on psychoanalytic psychotherapy with adults", Richardson, P., Kächele, H., & Renlund, C. (Eds.), Karnac, London, 81- 108

Grawe, K. Diskussionsforum. Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychol. Rdsch. 43 (1992) 132- 162

Haberman, S. J. "Analysis of qualitative data (Vol. 1)". Academic Press, New York, 1978

Hjelle, L. A., Ziegler, D.J. "Personality Theories: Basic Assumptions, Research and Applications", Mc Graw- Hill, New York, 1981

Huber, D., Klug, G., von Rad, M. Münchener Prozess- Outcome- Studie- Ein Vergleich zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psychotherapien unter besonderer Berücksichtigung therapiespezifischer Ergebnisse. In: „Langzeit-Psychotherapie", Stuhr, U., Leuzinger- Bohleber, M., Beutel, M. (Hrsg.) Kohlhammer, Stuttgart, 2001, 260- 270

Huber, D., Klug, G., von Rad, M. Münchener Psychotherapie- Studie (MPS). In: „Psychoanalysen im Rückblick", Leuzinger- Bohleber, M., Stuhr, U. (Hrsg.) Psychosozia, Giessen, 1997, 454- 469

Huber, D., Klug, G., von Rad, M. „The Munich Psychotherapy Study: A process- outcome comparison between psychoanalyses and psychodynamic treatment- Perspectives for therapists and researchers", Leuzinger- Bohleber, M., Target, M. (Eds), Whurr, London, 2002, 223- 233

Hupert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M.K., & Woods, S. W. Therapists, therapists variables, and CBT outcome for panic disorders: Results from a multicenter trial. J. Consult. Clin. Psychol. 69 (2001) 747- 755

Janssen, J., & Laatz, W. „Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows“, Springer, Berlin, Heidelberg, New- York, 2003, 4.neubearbeitete und erweiterte Auflage

Krippner, K. M., & Hutchinson, R. L. Effects of a brief intake interview on clients´ anxiety and depression: Follow- up. Int. J. Short- Term Psychother. 5 (1990) 121- 130

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. Abstinenz (Abstinenzregel). In: “Das Vokabular der Psychoanalyse”, Suhrkamp, Frankfurt, dt. 1973, orig. 1967

Luborsky, L., McLellan, A. T., Diguer, L., Woody, G., & Seligman, D. A. The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty- two therapists and seven patient samples. Clin. Psychol.: Science and Practice 4 (1997) 53- 63

Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, E. Comparative studies of psychotherapy. Arch. Gen. Psychiatry 32 (1975) 995- 1108

Margraf, J. Therapieindikation. In: „Lehrbuch der Verhaltenstherapie“, Margraf, J. (Hrsg.), Springer- Verlag, Berlin- Heidelberg- New York, 2000, Band 1, 145- 154

Meyer, A.-E. Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. Z Klin. Psychol. 19 (1990) 287- 291

Orlinsky, D. E., Ambühl, H., Rönnestad, M. H., Davis, J., Gerin, P., Davis, M., Willutzki, U., Botermans, J. F., Dazord, A., Cierpka, M., Aapro, N., Buchlim, P., Bal, S., Davidson, C., Friis Jorgenson, E., Eunsun, J. Development of psychotherapists: concepts, questions, and methods of a collaborative international study. Psychother. Res. 9 (1999) 127- 153

Propst, A., Paris, J., & Rosberger, Z. Do therapist experience, diagnosis and functional level predict outcome in short- term psychotherapy. Can. J. Psychiatry 39 (1994) 168- 176

Rice, D. G., Gurman, A. S., & Razin, A. M. Therapist sex, “style”, and theoretical orientation, J. Nerv. Ment. Dis. 159 (1974) 413-421

Roth, A., Fonagy, P. “What works for whom?” The Guildford Press, New- York- London, 1996

Rudolf, G. Taxonomie der Psychotherapieforschung. Psychother. Forum 6 (1998) 80- 91

Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlson, J., Broberg, J., & Schubert, J. Varieties of Long- Term Outcome among Patients in Psychoanalysis and Long- Term Psychotherapy: A Review of Findings of the Stockholm Outcome of Psychoanalysis und Psychotherapy Project (STOPPP). Int. J. Psychoanal. 81 (2000) 921- 942

Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., & Blomberg, J. Varieties of Psychotherapeutic Experience, Eur. Psychother. 3 (2002) 3- 16

Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., & Blomberg, J. Varieties of Psychotherapeutic Experience and their Associations with Patient Outcome. Eur. Psychother. 3 (2002) 17- 35

Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., & Blomberg, J. Therapist Attitudes and Patient Outcomes. I. A Set of Scales for Measuring Therapist Attitudes (submitted)

Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., & Blomberg, J. Therapist Attitudes and Patient Outcomes. II. Therapist Attitudes Moderate Change during Treatment (submitted)

Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., Grant, J. Therapist Attitudes and Patient Outcomes: I. Development and Validation of the Therapeutic Attitudes Scales (TASC- 2). Psychother. Res. 14 (2004) 469- 484

Sue, S., Fuijino, D. C., Hu, L. T., Takeuchi, D. T., & Zane, N.W. S. Community mental health services for ethnics minority groups: A test of the cultural responsiveness hypothesis. J. Consult. Clin. Psychol. 59 (1991) 533- 540

Sundland, D. M., & Barker, E. N. The orientations of psychotherapists. J. Consult. Psychol. 26 (1962) 201- 212

Wallach, M. S., & Strupp, H. H. Dimensions of psychotherapists´ activity, J. Consult. Psychol. 28 (1964) 120- 125

Weissman, H. N., Goldschmid, M. L., & Stein, D.D. Psychotherapeutic orientation and training: Their relation to the practices of clinical psychologists, J. Consult. Clin. Psychol. 37 (1971) 31

10. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verteilung der Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierter Psychotherapeuten auf die Ausbildungsinstitute AKA und ÄWK 23
Tabelle 2: Persönlicher und beruflicher Hintergrund (AKA/ÄWK) 26
Tabelle 3: Berufliche Erfahrung; (AKA/ÄWK) 31
Tabelle 4: Freie Assoziationen; (AKA/ÄWK) 37
Tabelle 5: Persönlicher und beruflicher Hintergrund der Psychoanalytiker und der tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten 39
Tabelle 6: Berufliche Erfahrung; (PT/PA) 43
Tabelle 7: Freie Assoziationen; (PT/PA) 48
Tabelle 8: Persönlicher und beruflicher Hintergrund von Gruppe 1(Psychoanalytiker des ÄWK und AKA) und Gruppe 2 (Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierter Psychotherapeuten des ÄWK) 49
Tabelle 9: Berufliche Erfahrung; (Gruppe1) 57
Tabelle 10: Berufliche Erfahrung; (Gruppe 2) 58
Tabelle 11: Freie Assoziationen der PA/ ÄWK und PA/ AKA 65
Tabelle 12: Freie Assoziationen der PA/ ÄWK und PT/ ÄWK 66
Tabelle 13: Auflistung der signifikanten Unterschiede zwischen den Instituten ÄWK und AKA 74

11. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: therapeutische Variablen nach Beutler, Machado und Neufeldt (1994) 7

Abbildung 2: Anzahl der Patienten, die mit den verschiedenen Psychotherapieformen behandelt wurden; (AKA/ÄWK) 30

Abbildung 3: Anzahl der Sitzungen pro Woche (Psychoanalyse); (AKA/ÄWK) 33

Abbildung 4: theoretische Orientierung; (AKA/ÄWK) 34

Abbildung 5: Anzahl der Patienten, die mit den verschiedenen Psychotherapieformen behandelt wurden; (PT/PA) 42

Abbildung 6: Anzahl der Sitzungen pro Woche (Psychoanalyse); (PT/PA) 45

Abbildung 7: theoretische Orientierung; (PT/PA) 47

Abbildung 8: Anzahl der Patienten, die mit den verschiedenen Psychotherapieformen behandelt wurden; (Gruppe1) 54

Abbildung 9: Anzahl der Patienten, die mit den verschiedenen Psychotherapieformen behandelt wurden; (Gruppe 2) 56

Abbildung 10a: Anzahl der Sitzungen pro Woche (Psychoanalyse); (Gruppe1) 60

Abbildung 10b: Anzahl der Sitzungen pro Woche (Psychoanalyse) ; (Gruppe 2) 61

Abbildung 11: theoretische Orientierung; (Gruppe1) 62

Abbildung 12: theoretische Orientierung; (Gruppe 2) 63

Abbildung 13: Zusammenhang der TASC- 2- Werte und des Ausbildungsinstituts 69

Abbildung 14: Zusammenhang der TASC- 2- Werte und der PA und PT 70

Abbildung 15: Zusammenhang der TASC- 2- Werte und der PA beider Institute 71

Abbildung 16: Zusammenhang der TASC- 2- Werte und der PA und PT des ÄWK 72

Abbildung 17: Zusammenhang der TASC- 2- Werte und Alter 73

Anhang A

Tabellenverzeichnis

Tabelle A 1: Ausübung der Psychotherapie in Jahren und auf verschiedene Settings verteilt (AKA/ ÄWK) 98
Tabelle A 2: Selbsterfahrung der Therapeuten der Institute AKA und ÄWK 100
Tabelle A 3: Ausübung der Psychotherapie in Jahren und auf verschiedene Settings verteilt (Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten) 102
Tabelle A 4: Selbsterfahrung der Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierter Psychotherapeuten 104
Tabelle A 5: Ausübung der Psychotherapie in Jahren und auf verschiedene Settings verteilt (Psychoanalytiker der AKA und des ÄWK) 106
Tabelle A 6: Selbsterfahrung der Psychoanalytiker der AKA und des ÄWK 108
Tabelle A 7: Ausübung der Psychotherapie in Jahren und auf verschiedene Settings verteilt (Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten des ÄWK) 110
Tabelle A 8: Selbsterfahrung der Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten des ÄWK 112
Tabelle A 9: Zusammenhang TASC- 2- Werte und Ausbildungsinstitut 114
Tabelle A 10: Zusammenhang TASC- 2- Werte und Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten 115
Tabelle A 11: Zusammenhang TASC- 2- Werte und Psychoanalytiker der Institute AKA und ÄWK 117
Tabelle A 12: Zusammenhang TASC- 2- Werte und Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierter Psychotherapeuten des ÄWK 118
Tabelle A 13: Zusammenhang der TASC- 2- Werte und Geschlecht 119
Tabelle A 14: Zusammenhang TASC- 2- Werte und Alter 120
Tabelle A 15: Zusammenhang TASC- 2- Werte und Erfahrung 122

Abbildungsverzeichnis

Abbildung A1: Vergleich der schwedischen Psychoanalytiker (PA(S)) und tiefenpsychologisch- fundierter Psychotherapeuten (PT(S)) (Sandell) mit den Psychoanalytikern (PA(M)) und tiefenpsychologisch- fundierten Psychotherapeuten (PT(M)) der Institute AKA und ÄWK 124

Tabelle A1: Ausübung der Psychotherapie in Jahren und auf verschiedene Settings verteilt (AKA/ ÄWK)

	Ausbildungsinstitut	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Wie lange Psychotherapie ausgeübt: Jahre vor Abschluß der Institutausbildung	ÄWK	104	3,2981	2,9744	,2917
	AKA	93	7,2204	4,7546	,4930
Jahre nach Abschluß der Institutausbildung	ÄWK	104	7,1106	6,9906	,6855
	AKA	93	8,9731	9,3664	,9713
Verteilung der Jahre auf Settings: Jahr mit stationäten Patientenin der institutionellen psychiatrisch- psychotherapeutischen Krankenversorgung	ÄWK	104	3,2452	4,2335	,4151
	AKA	93	2,3978	4,2781	,4436
Jahre mit ambulanten Patienten in der institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung	ÄWK	104	1,8365	3,7504	,3678
	AKA	93	4,1129	5,7342	,5946
Jahre in privater Praxis	ÄWK	104	8,2596	7,7142	,7564
	AKA	93	12,1505	9,7520	1,0112
Jahre in anderen Settings	ÄWK	104	1,442E-02	,1092	1,071E-02
	AKA	93	,1452	,8424	8,736E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Wie lange Psychotherapie ausgeübt: Jahre vor Abschluß der Institutausbildung	Equal variances assumed	15,301	,000	-7,017	195	,000	-3,9224	,5589	-5,0247	-2,8200
	Equal variances not assumed			-6,847	151,130	,000	-3,9224	,5728	-5,0542	-2,7906
Jahre nach Abschluß der Institutausbildung	Equal variances assumed	6,961	,009	-1,592	195	,113	-1,8625	1,1700	-4,1699	,4449
	Equal variances not assumed			-1,567	169,022	,119	-1,8625	1,1888	-4,2093	,4843
Verteilung der Jahre auf Settings: Jahr mit stationäten Patientenin der institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung	Equal variances assumed	,560	,455	1,395	195	,164	,8473	,6072	-,3502	2,0449
	Equal variances not assumed			1,395	192,099	,165	,8473	,6076	-,3510	2,0457
Jahre mit ambulanten Patienten in der institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutische n Krankenversorgung	Equal variances assumed	13,698	,000	-3,330	195	,001	-2,2764	,6836	-3,6245	-,9282
	Equal variances not assumed			-3,256	155,519	,001	-2,2764	,6991	-3,6574	-,8953
Jahre in privater Praxis	Equal variances assumed	3,970	,048	-3,121	195	,002	-3,8909	1,2466	-6,3496	-1,4323
	Equal variances not assumed			-3,081	174,862	,002	-3,8909	1,2629	-6,3833	-1,3985
Jahre in anderen Settings	Equal variances assumed	10,061	,002	-1,568	195	,118	-,1307	8,335E-02	-,2951	3,365E-02
	Equal variances not assumed			-1,486	94,767	,141	-,1307	8,801E-02	-,3055	4,399E-02

Tabelle A2: Selbsterfahrung der Therapeuten der Institute AKA und ÄWK

Gruppenstatistiken

	Ausbildungsinstitut	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Psychoanalyse	ÄWK	103	423,1068	338,45969	33,34942
	AKA	94	928,0851	356,78757	36,79983
Gruppenanalyse	ÄWK	103	114,1748	143,28447	14,11824
	AKA	94	62,5532	131,36943	13,54972
VT (Einzel)	ÄWK	103	,0000	,00000[a]	,00000
	AKA	94	,0000	,00000[a]	,00000
VT (Gruppe)	ÄWK	103	,0000	,00000[a]	,00000
	AKA	94	,0000	,00000[a]	,00000
GT (Einzel)	ÄWK	103	1,1650	11,82395	1,16505
	AKA	94	,8511	8,25137	,85106
GT (Gruppe)	ÄWK	103	,0000	,00000	,00000
	AKA	94	1,2766	12,37705	1,27660
Gestalt (Einzel)	ÄWK	103	2,3301	23,64790	2,33010
	AKA	94	,0000	,00000	,00000
Gestalt (Gesamt)	ÄWK	103	4,2718	24,99419	2,46275
	AKA	94	1,2766	9,18555	,94742
Psychodrama (E)	ÄWK	103	2,3301	17,55685	1,72993
	AKA	94	1,7021	11,60629	1,19710
Psychodrama (G)	ÄWK	103	5,4369	33,62937	3,31360
	AKA	94	4,2553	41,25685	4,25532
Körpertherapie (E)	ÄWK	103	3,4951	18,66678	1,83929
	AKA	94	8,5106	37,03986	3,82037
Körpertherapie (G)	ÄWK	103	,7767	5,54647	,54651
	AKA	94	2,9787	28,87979	2,97872
Katathymes Bildererl. u. KiP (E)	ÄWK	103	,3883	3,94132	,38835
	AKA	94	1,0638	8,48377	,87503
Katathymes Bildererl. u. KiP (G)	ÄWK	103	,7767	7,88263	,77670
	AKA	94	5,9574	42,28218	4,36107
Sonstiges (E)	ÄWK	103	1,9417	14,14617	1,39386
	AKA	94	21,2766	137,27951	14,15930
Sonstiges (G)	ÄWK	103	1,1650	11,82395	1,16505
	AKA	94	,0000	,00000	,00000

a. T kann nicht berechnet werden, da die Standardabweichungen beider Gruppen gleich 0 sind.

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
									95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Psychoanalyse	Varianzen sind gleich	,181	,671	-10,193	195	,000	-504,9783	49,54297	-602,687	-407,26947
	Varianzen sind nicht gleich			-10,168	191,015	,000	-504,9783	49,66298	-602,937	-407,02002
Gruppenanalyse	Varianzen sind gleich	,474	,492	2,628	195	,009	51,62157	19,64630	12,87505	90,36808
	Varianzen sind nicht gleich			2,638	194,995	,009	51,62157	19,56833	13,02882	90,21432
GT (Einzel)	Varianzen sind gleich	,188	,665	,214	195	,831	,31398	1,46583	-2,57693	3,20490
	Varianzen sind nicht gleich			,218	182,811	,828	,31398	1,44279	-2,53268	3,16065
GT (Gruppe)	Varianzen sind gleich	4,481	,036	-1,047	195	,296	-1,27660	1,21925	-3,68120	1,12801
	Varianzen sind nicht gleich			-1,000	93,000	,320	-1,27660	1,27660	-3,81166	1,25847
Gestalt (Einzel)	Varianzen sind gleich	3,721	,055	,955	195	,341	2,33010	2,43964	-2,48137	7,14157
	Varianzen sind nicht gleich			1,000	102,000	,320	2,33010	2,33010	-2,29164	6,95183
Gestalt (Gesamt)	Varianzen sind gleich	5,039	,026	1,096	195	,274	2,99525	2,73269	-2,39417	8,38467
	Varianzen sind nicht gleich			1,135	131,271	,258	2,99525	2,63870	-2,22463	8,21513
Psychodrama (E)	Varianzen sind gleich	,360	,549	,293	195	,770	,62797	2,14192	-3,59634	4,85228
	Varianzen sind nicht gleich			,299	178,247	,766	,62797	2,10373	-3,52346	4,77940
Psychodrama (G)	Varianzen sind gleich	,171	,679	,221	195	,825	1,18157	5,34360	-9,35709	11,72023
	Varianzen sind nicht gleich			,219	179,727	,827	1,18157	5,39330	-9,46076	11,82391
Körpertherapie (E)	Varianzen sind gleich	5,788	,017	-1,216	195	,226	-5,01549	4,12577	-13,15234	3,12136
	Varianzen sind nicht gleich			-1,183	134,520	,239	-5,01549	4,24007	-13,40132	3,37034
Körpertherapie (G)	Varianzen sind gleich	2,372	,125	-,759	195	,449	-2,20202	2,90189	-7,92514	3,52109
	Varianzen sind nicht gleich			-,727	99,264	,469	-2,20202	3,02844	-8,21091	3,80687
Katathymes Bildererl. u. KiP (E)	Varianzen sind gleich	2,116	,147	-,727	195	,468	-,67548	,92939	-2,50843	1,15747
	Varianzen sind nicht gleich			-,706	128,692	,482	-,67548	,95734	-2,56964	1,21868
Katathymes Bildererl. u. KiP (G)	Varianzen sind gleich	6,154	,014	-1,221	195	,224	-5,18075	4,24381	-13,55040	3,18891
	Varianzen sind nicht gleich			-1,170	98,903	,245	-5,18075	4,42970	-13,97034	3,60884
Sonstiges (E)	Varianzen sind gleich	7,878	,006	-1,421	195	,157	-19,33485	13,60175	-46,16028	7,49058
	Varianzen sind nicht gleich			-1,359	94,803	,177	-19,33485	14,22774	-47,58124	8,91155
Sonstiges (G)	Varianzen sind gleich	3,721	,055	,955	195	,341	1,16505	1,21982	-1,24069	3,57078
	Varianzen sind nicht gleich			1,000	102,000	,320	1,16505	1,16505	-1,14582	3,47592

Tabelle A3: Ausübung der Psychotherapie in Jahren und auf verschiedene Settings verteilt (Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten)

Group Statistics

	psychotherapeutische Grundausbildung	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Wie lange Psychotherapie ausgeübt: Jahre vor Abschluß der Institutausbildung	Psychoanalyse	147	5,6463	4,4829	,3697
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	65	3,5154	3,4482	,4277
Jahre nach Abschluß der Institutausbildung	Psychoanalyse	147	9,0476	8,9902	,7415
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	65	5,1231	4,8388	,6002
Verteilung der Jahre auf Settings: Jahr mit stationäten Patientenin der institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung	Psychoanalyse	147	2,5272	4,1392	,3414
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	65	3,4154	4,1838	,5189
Jahre mit ambulanten Patienten in der institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung	Psychoanalyse	147	3,3401	5,2983	,4370
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	65	1,5308	3,0154	,3740
Jahre in privater Praxis	Psychoanalyse	147	12,2279	9,2317	,7614
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	65	4,9231	4,8952	,6072
Jahre in anderen Settings	Psychoanalyse	147	9,184E-02	,6724	5,546E-02
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	65	6,923E-02	,3941	4,888E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Wie lange Psychotherapie ausgeübt: Jahre vor Abschluß der Institutausbildung	Equal variances assumed	1,994	,159	3,410	210	,001	2,1309	,6248	,8991	3,3626
	Equal variances not assumed			3,769	156,974	,000	2,1309	,5654	1,0142	3,2476
Jahre nach Abschluß der Institutausbildung	Equal variances assumed	14,143	,000	3,311	210	,001	3,9245	1,1854	1,5878	6,2613
	Equal variances not assumed			4,114	202,090	,000	3,9245	,9540	2,0436	5,8055
Verteilung der Jahre auf Settings: Jahr mit stationäten Patientenin der institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung	Equal variances assumed	2,382	,124	-1,436	210	,153	-,8882	,6186	-2,1076	,3313
	Equal variances not assumed			-1,430	121,416	,155	-,8882	,6212	-2,1179	,3415
Jahre mit ambulanten Patienten in der institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung	Equal variances assumed	15,741	,000	2,573	210	,011	1,8094	,7032	,4231	3,1956
	Equal variances not assumed			3,146	197,040	,002	1,8094	,5752	,6750	2,9437
Jahre in privater Praxis	Equal variances assumed	14,680	,000	6,011	210	,000	7,3048	1,2152	4,9093	9,7003
	Equal variances not assumed			7,501	203,240	,000	7,3048	,9739	5,3846	9,2250
Jahre in anderen Settings	Equal variances assumed	,293	,589	,252	210	,801	2,261E-02	8,958E-02	-,1540	,1992
	Equal variances not assumed			,306	193,950	,760	2,261E-02	7,392E-02	-,1232	,1684

Tabelle A4: Selbsterfahrung der Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierter Psychotherapeuten

Gruppenstatistiken

	psychotherapeutische Grundausbildung	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Psychoanalyse	Psychoanalyse	150	798,6667	386,13324	31,52765
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	62	285,4839	281,63852	35,76813
Gruppenanalyse	Psychoanalyse	150	88,5333	150,78046	12,31117
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	62	92,9032	94,92684	12,05572
VT (Einzel)	Psychoanalyse	150	,0000	,00000[a]	,00000
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	62	,0000	,00000[a]	,00000
VT (Gruppe)	Psychoanalyse	150	,0000	,00000[a]	,00000
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	62	,0000	,00000[a]	,00000
GT (Einzel)	Psychoanalyse	150	1,3333	11,73915	,95850
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	62	,0000	,00000	,00000
GT (Gruppe)	Psychoanalyse	150	,8000	9,79796	,80000
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	62	,0000	,00000	,00000
Gestalt (Einzel)	Psychoanalyse	150	,0000	,00000	,00000
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	62	3,8710	30,48003	3,87097
Gestalt (Gesamt)	Psychoanalyse	150	,8000	7,28334	,59468
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	62	7,0968	32,00344	4,06444
Psychodrama (E)	Psychoanalyse	150	2,1333	15,91026	1,29907
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	62	1,2903	10,16001	1,29032
Psychodrama (G)	Psychoanalyse	150	3,7333	35,09425	2,86543
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	62	6,4516	38,45784	4,88415
Körpertherapie (E)	Psychoanalyse	150	6,1333	30,99657	2,53086
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	62	3,8710	18,76121	2,38268
Körpertherapie (G)	Psychoanalyse	150	2,1333	23,07230	1,88385
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	62	,6452	5,08001	,64516
Katathymes Bildererl. u. KiP (E)	Psychoanalyse	150	,9333	7,44976	,60827
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	62	,0000	,00000	,00000
Katathymes Bildererl. u. KiP (G)	Psychoanalyse	150	4,2667	34,10105	2,78434
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	62	,0000	,00000	,00000
Sonstiges (E)	Psychoanalyse	150	13,3333	108,94655	8,89545
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	62	3,2258	18,17711	2,30849
Sonstiges (G)	Psychoanalyse	150	,8000	9,79796	,80000
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	62	,0000	,00000	,00000

a. T kann nicht berechnet werden, da die Standardabweichungen beider Gruppen gleich 0 sind.

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
									95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Psychoanalyse (Sitzungen insgesamt)	Varianzen sind gleich	3,263	,072	9,470	210	,000	513,18280	54,19194	406,35288	620,01271
	Varianzen sind nicht gleich			10,763	154,442	,000	513,18280	47,67968	418,99430	607,37129
Gruppenanalyse	Varianzen sind gleich	1,932	,166	-,211	210	,833	-4,36989	20,67322	-45,12352	36,38373
	Varianzen sind nicht gleich			-,254	176,141	,800	-4,36989	17,23094	-38,37556	29,63578
GT (Einzel)	Varianzen sind gleich	3,271	,072	,893	210	,373	1,33333	1,49295	-1,60976	4,27643
	Varianzen sind nicht gleich			1,391	149,000	,166	1,33333	,95850	-,56067	3,22734
GT (Gruppe)	Varianzen sind gleich	1,671	,198	,642	210	,522	,80000	1,24608	-1,65643	3,25643
	Varianzen sind nicht gleich			1,000	149,000	,319	,80000	,80000	-,78081	2,38081
Gestalt (Einzel)	Varianzen sind gleich	10,071	,002	-1,561	210	,120	-3,87097	2,48026	-8,76036	1,01843
	Varianzen sind nicht gleich			-1,000	61,000	,321	-3,87097	3,87097	-11,61145	3,86951
Gestalt (Gesamt)	Varianzen sind gleich	22,330	,000	-2,278	210	,024	-6,29677	2,76405	-11,74561	-,84793
	Varianzen sind nicht gleich			-1,533	63,628	,130	-6,29677	4,10772	-14,50380	1,91025
Psychodrama (E)	Varianzen sind gleich	,606	,437	,386	210	,700	,84301	2,18581	-3,46593	5,15196
	Varianzen sind nicht gleich			,460	174,101	,646	,84301	1,83099	-2,77078	4,45680
Psychodrama (G)	Varianzen sind gleich	,944	,332	-,499	210	,619	-2,71828	5,45101	-13,46399	8,02743
	Varianzen sind nicht gleich			-,480	105,120	,632	-2,71828	5,66265	-13,94613	8,50957
Körpertherapie (E)	Varianzen sind gleich	1,177	,279	,535	210	,593	2,26237	4,22736	-6,07113	10,59586
	Varianzen sind nicht gleich			,651	181,638	,516	2,26237	3,47597	-4,59612	9,12085
Körpertherapie (G)	Varianzen sind gleich	1,019	,314	,502	210	,616	1,48817	2,96325	-4,35336	7,32970
	Varianzen sind nicht gleich			,747	179,954	,456	1,48817	1,99126	-2,44105	5,41739
Katathymes Bildererl. u. KiP (E)	Varianzen sind gleich	3,969	,048	,985	210	,326	,93333	,94744	-,93438	2,80105
	Varianzen sind nicht gleich			1,534	149,000	,127	,93333	,60827	-,26862	2,13528
Katathymes Bildererl. u. KiP (G)	Varianzen sind gleich	3,958	,048	,984	210	,326	4,26667	4,33688	-4,28274	12,81607
	Varianzen sind nicht gleich			1,532	149,000	,128	4,26667	2,78434	-1,23522	9,76856
Sonstiges (E)	Varianzen sind gleich	2,084	,150	,725	210	,469	10,10753	13,93427	-17,36144	37,57649
	Varianzen sind nicht gleich			1,100	167,885	,273	10,10753	9,19011	-8,03555	28,25060
Sonstiges (G)	Varianzen sind gleich	1,671	,198	,642	210	,522	,80000	1,24608	-1,65643	3,25643
	Varianzen sind nicht gleich			1,000	149,000	,319	,80000	,80000	-,78081	2,38081

Tabelle 5: Ausübung der Psychotherapie in Jahren und auf verschiedene Settings verteilt (Psychoanalytiker der AKA und des ÄWK) (Gruppe 1)

Gruppenstatistiken

	grp1	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Jahre vor Abschluß der Institutausbildung	PA - AWK	50	3,2300	2,58569	,36567
	PA - AKA	89	7,2753	4,73083	,50147
Jahre nach Abschluß der Institutausbildung	PA - AWK	50	9,6900	8,39150	1,18674
	PA - AKA	89	8,9494	9,48505	1,00541
Jahr mit stationäten Patientenin der institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung	PA - AWK	50	2,8500	4,07487	,57627
	PA - AKA	89	2,3708	4,32259	,45819
Jahre mit ambulanten Patienten in der institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung	PA - AWK	50	2,0700	4,26903	,60373
	PA - AKA	89	4,2191	5,82411	,61735
Jahre in privater Praxis	PA - AWK	50	12,9600	8,04632	1,13792
	PA - AKA	89	12,2360	9,90612	1,05005
Jahre in anderen Settings	PA - AWK	50	,0000	,00000	,00000
	PA - AKA	89	,1517	,86078	,09124

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
									95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Wie lange Psychotherapie ausgeübt: Jahre vor Abschluß der Institutausbildung	Varianzen sind gleich	11,607	,001	-5,590	137	,000	-4,04528	,72370	-5,47635	-2,61422
	Varianzen sind nicht gleich			-6,518	136,934	,000	-4,04528	,62063	-5,27255	-2,81802
Jahre nach Abschluß der Institutausbildung	Varianzen sind gleich	1,617	,206	,460	137	,646	,74056	1,60990	-2,44291	3,92403
	Varianzen sind nicht gleich			,476	112,354	,635	,74056	1,55538	-2,34111	3,82224
Jahr mit stationäten Patientenin der institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung	Varianzen sind gleich	,070	,792	,640	137	,523	,47921	,74860	-1,00109	1,95951
	Varianzen sind nicht gleich			,651	106,775	,517	,47921	,73623	-,98031	1,93874
Jahre mit ambulanten Patienten in der institutionellen psychiatrisch-psychother apeutischen Krankenversorgung	Varianzen sind gleich	5,122	,025	-2,286	137	,024	-2,14910	,94031	-4,00850	-,28971
	Varianzen sind nicht gleich			-2,489	127,453	,014	-2,14910	,86349	-3,85774	-,44047
Jahre in privater Praxis	Varianzen sind gleich	3,685	,057	,441	137	,660	,72404	1,64080	-2,52052	3,96861
	Varianzen sind nicht gleich			,468	119,664	,641	,72404	1,54837	-2,34172	3,78981
Jahre in anderen Settings	Varianzen sind gleich	6,378	,013	-1,244	137	,216	-,15169	,12193	-,39279	,08942
	Varianzen sind nicht gleich			-1,662	88,000	,100	-,15169	,09124	-,33301	,02964

Tabelle A6: Selbsterfahrung der Psychoanalytiker der AKA und des ÄWK (Gruppe 1)

Gruppenstatistiken

	grp1	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Psychoanalyse	PA - AWK	52	565,3846	338,95145	47,00411
	PA - AKA	90	942,6667	351,79412	37,08236
Gruppenanalyse	PA - AWK	52	135,3846	181,00440	25,10079
	PA - AKA	90	60,0000	127,79900	13,47120
VT (Einzel)	PA - AWK	52	,0000	,00000[a]	,00000
	PA - AKA	90	,0000	,00000[a]	,00000
VT (Gruppe)	PA - AWK	52	,0000	,00000[a]	,00000
	PA - AKA	90	,0000	,00000[a]	,00000
GT (Einzel)	PA - AWK	52	2,3077	16,64101	2,30769
	PA - AKA	90	,8889	8,43274	,88889
GT (Gruppe)	PA - AWK	52	,0000	,00000	,00000
	PA - AKA	90	1,3333	12,64911	1,33333
Gestalt (Einzel)	PA - AWK	52	,0000	,00000[a]	,00000
	PA - AKA	90	,0000	,00000[a]	,00000
Gestalt (Gesamt)	PA - AWK	52	,0000	,00000	,00000
	PA - AKA	90	1,3333	9,38562	,98933
Psychodrama (E)	PA - AWK	52	3,0769	22,18801	3,07692
	PA - AKA	90	1,7778	11,85851	1,25000
Psychodrama (G)	PA - AWK	52	3,0769	22,18801	3,07692
	PA - AKA	90	4,4444	42,16370	4,44444
Körpertherapie (E)	PA - AWK	52	2,3077	16,64101	2,30769
	PA - AKA	90	8,8889	37,81815	3,98638
Körpertherapie (G)	PA - AWK	52	,7692	5,54700	,76923
	PA - AKA	90	3,1111	29,51459	3,11111
Katathymes Bildererl. u. KiP (E)	PA - AWK	52	,7692	5,54700	,76923
	PA - AKA	90	1,1111	8,66926	,91382
Katathymes Bildererl. u. KiP (G), F	PA - AWK	1	2,0000	.	.
	PA - AKA	2	1,0000	,00000	,00000
Sonstiges (E)	PA - AWK	52	,0000	,00000	,00000
	PA - AKA	90	22,2222	140,25481	14,78415
Sonstiges (G)	PA - AWK	52	2,3077	16,64101	2,30769
	PA - AKA	90	,0000	,00000	,00000

a. T kann nicht berechnet werden, da die Standardabweichungen beider Gruppen gleich 0 sind.

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
									95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Psychoanalyse	Varianzen sind gleich	,180	,672	-6,239	140	,000	-377,2821	60,47339	-496,841	-257,723
	Varianzen sind nicht gleich			-6,302	109,855	,000	-377,2821	59,87059	-495,933	-258,631
Gruppenanalyse	Varianzen sind gleich	3,326	,070	2,897	140	,004	75,38462	26,02238	23,93698	126,83225
	Varianzen sind nicht gleich			2,646	80,770	,010	75,38462	28,48724	18,70149	132,06774
GT (Einzel)	Varianzen sind gleich	1,851	,176	,674	140	,501	1,41880	2,10535	-2,74359	5,58120
	Varianzen sind nicht gleich			,574	66,418	,568	1,41880	2,47297	-3,51805	6,35566
GT (Gruppe)	Varianzen sind gleich	2,357	,127	-,759	140	,449	-1,33333	1,75676	-4,80654	2,13987
	Varianzen sind nicht gleich			-1,000	89,000	,320	-1,33333	1,33333	-3,98264	1,31597
Gestalt (Gesamt)	Varianzen sind gleich	4,340	,039	-1,023	140	,308	-1,33333	1,30351	-3,91045	1,24378
	Varianzen sind nicht gleich			-1,348	89,000	,181	-1,33333	,98933	-3,29911	,63245
Psychodrama (E)	Varianzen sind gleich	,872	,352	,455	140	,650	1,29915	2,85552	-4,34637	6,94466
	Varianzen sind nicht gleich			,391	68,159	,697	1,29915	3,32114	-5,32780	7,92609
Psychodrama (G)	Varianzen sind gleich	,201	,655	-,217	140	,829	-1,36752	6,30339	-13,82965	11,09461
	Varianzen sind nicht gleich			-,253	139,026	,801	-1,36752	5,40560	-12,05534	9,32030
Körpertherapie (E)	Varianzen sind gleich	5,595	,019	-1,189	140	,237	-6,58120	5,53605	-17,52627	4,36388
	Varianzen sind nicht gleich			-1,429	132,649	,155	-6,58120	4,60616	-15,69222	2,52983
Körpertherapie (G)	Varianzen sind gleich	1,317	,253	-,566	140	,573	-2,34188	4,14038	-10,52764	5,84388
	Varianzen sind nicht gleich			-,731	99,565	,467	-2,34188	3,20480	-8,70045	4,01669
Katathymes Bildererl. u. KiP (E)	Varianzen sind gleich	,264	,608	-,256	140	,799	-,34188	1,33782	-2,98682	2,30306
	Varianzen sind nicht gleich			-,286	138,479	,775	-,34188	1,19448	-2,70366	2,01990
Katathymes Bildererl. u. KiP (G), F	Varianzen sind gleich	.	.	.	1	.	1,00000	,00000	1,00000	1,00000
	Varianzen sind nicht gleich			.	.	.	1,00000	.	.	.
Sonstiges (E)	Varianzen sind gleich	5,106	,025	-1,141	140	,256	-22,22222	19,47915	-60,73355	16,28910
	Varianzen sind nicht gleich			-1,503	89,000	,136	-22,22222	14,78415	-51,59802	7,15358
Sonstiges (G)	Varianzen sind gleich	7,241	,008	1,319	140	,189	2,30769	1,74953	-1,15123	5,76661
	Varianzen sind nicht gleich			1,000	51,000	,322	2,30769	2,30769	-2,32519	6,94058

Tabelle A7: Ausübung der Psychotherapie in Jahren und auf verschiedene Settings verteilt (Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten des ÄWK) (Gruppe 2)

Gruppenstatistiken

	grp2	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Wie lange Psychotherapie ausgeübt: Jahre vor Abschluß der Institutausbildung	PA - AWK	50	3,2300	2,58569	,36567
	PT - AWK	54	3,3611	3,31722	,45142
Jahre nach Abschluß der Institutausbildung	PA - AWK	50	9,6900	8,39150	1,18674
	PT - AWK	54	4,7222	4,21662	,57381
Jahr mit stationäten Patientenin der institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung	PA - AWK	50	2,8500	4,07487	,57627
	PT - AWK	54	3,6111	4,38121	,59621
Jahre mit ambulanten Patienten in der institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung	PA - AWK	50	2,0700	4,26903	,60373
	PT - AWK	54	1,6204	3,22276	,43856
Jahre in privater Praxis	PA - AWK	50	12,9600	8,04632	1,13792
	PT - AWK	54	3,9074	3,95622	,53837
Jahre in anderen Settings	PA - AWK	50	,0000	,00000	,00000
	PT - AWK	54	,0278	,15099	,02055

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
									95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Wie lange Psychotherapie ausgeübt: Jahre vor Abschluß der Institutausbildung	Varianzen sind gleich	2,009	,159	-,224	102	,824	-,13111	,58647	-1,29438	1,03216
	Varianzen sind nicht gleich			-,226	99,184	,822	-,13111	,58094	-1,28380	1,02158
Jahre nach Abschluß der Institutausbildung	Varianzen sind gleich	8,793	,004	3,857	102	,000	4,96778	1,28797	2,41310	7,52245
	Varianzen sind nicht gleich			3,769	71,002	,000	4,96778	1,31818	2,33940	7,59616
Jahr mit stationäten Patientenin der institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung	Varianzen sind gleich	2,582	,111	-,915	102	,362	-,76111	,83152	-2,41043	,88821
	Varianzen sind nicht gleich			-,918	101,997	,361	-,76111	,82919	-2,40580	,88358
Jahre mit ambulanten Patienten in der institutionellen psychiatrisch-psychother apeutischen Krankenversorgung	Varianzen sind gleich	1,942	,166	,609	102	,544	,44963	,73831	-1,01481	1,91406
	Varianzen sind nicht gleich			,603	90,945	,548	,44963	,74621	-1,03264	1,93190
Jahre in privater Praxis	Varianzen sind gleich	8,992	,003	7,364	102	,000	9,05259	1,22934	6,61421	11,49098
	Varianzen sind nicht gleich			7,191	70,142	,000	9,05259	1,25885	6,54198	11,56321
Jahre in anderen Settings	Varianzen sind gleich	7,192	,009	-1,300	102	,196	-,02778	,02136	-,07015	,01459
	Varianzen sind nicht gleich			-1,352	53,000	,182	-,02778	,02055	-,06899	,01344

Tabelle A8: Selbsterfahrung der Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten des ÄWK (Gruppe 2)

Gruppenstatistiken

	grp2	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Psychoanalyse	PA - AWK	52	565,3846	338,95145	47,00411
	PT - AWK	51	278,0392	272,00750	38,08867
Gruppenanalyse	PA - AWK	52	135,3846	181,00440	25,10079
	PT - AWK	51	92,5490	86,71432	12,14243
VT (Einzel)	PA - AWK	52	,0000	,00000[a]	,00000
	PT - AWK	51	,0000	,00000[a]	,00000
VT (Gruppe)	PA - AWK	52	,0000	,00000[a]	,00000
	PT - AWK	51	,0000	,00000[a]	,00000
GT (Einzel)	PA - AWK	52	2,3077	16,64101	2,30769
	PT - AWK	51	,0000	,00000	,00000
GT (Gruppe)	PA - AWK	52	,0000	,00000[a]	,00000
	PT - AWK	51	,0000	,00000[a]	,00000
Gestalt (Einzel)	PA - AWK	52	,0000	,00000	,00000
	PT - AWK	51	4,7059	33,60672	4,70588
Gestalt (Gesamt)	PA - AWK	52	,0000	,00000	,00000
	PT - AWK	51	8,6275	35,15791	4,92309
Psychodrama (E)	PA - AWK	52	3,0769	22,18801	3,07692
	PT - AWK	51	1,5686	11,20224	1,56863
Psychodrama (G)	PA - AWK	52	3,0769	22,18801	3,07692
	PT - AWK	51	7,8431	42,34684	5,92974
Körpertherapie (E)	PA - AWK	52	2,3077	16,64101	2,30769
	PT - AWK	51	4,7059	20,62551	2,88815
Körpertherapie (G)	PA - AWK	52	,7692	5,54700	,76923
	PT - AWK	51	,7843	5,60112	,78431
Katathymes Bildererl. u. KiP (E)	PA - AWK	52	,7692	5,54700	,76923
	PT - AWK	51	,0000	,00000	,00000
Katathymes Bildererl. u. KiP (G), F	PA - AWK	1	2,0000	.	.
	PT - AWK	0[b]	.	.	.
Sonstiges (E)	PA - AWK	52	,0000	,00000	,00000
	PT - AWK	51	3,9216	20,00784	2,80166
Sonstiges (G)	PA - AWK	52	2,3077	16,64101	2,30769
	PT - AWK	51	,0000	,00000	,00000

a. T kann nicht berechnet werden, da die Standardabweichungen beider Gruppen gleich 0 sind.

b. T kann nicht berechnet werden, da mindestens eine der Gruppen leer ist.

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
									95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Psychoanalyse	Varianzen sind gleich	,622	,432	4,740	101	,000	287,34540	60,62762	167,07652	407,61428
	Varianzen sind nicht gleich			4,750	97,213	,000	287,34540	60,49903	167,27489	407,41591
Gruppenanalyse	Varianzen sind gleich	4,713	,032	1,527	101	,130	42,83560	28,05533	-12,81863	98,48982
	Varianzen sind nicht gleich			1,536	73,554	,129	42,83560	27,88348	-12,72906	98,40025
GT (Einzel)	Varianzen sind gleich	4,081	,046	,990	101	,324	2,30769	2,33043	-2,31525	6,93064
	Varianzen sind nicht gleich			1,000	51,000	,322	2,30769	2,30769	-2,32519	6,94058
Gestalt (Einzel)	Varianzen sind gleich	4,247	,042	-1,010	101	,315	-4,70588	4,65996	-13,94999	4,53823
	Varianzen sind nicht gleich			-1,000	50,000	,322	-4,70588	4,70588	-14,15793	4,74616
Gestalt (Gesamt)	Varianzen sind gleich	14,184	,000	-1,770	101	,080	-8,62745	4,87505	-18,29824	1,04334
	Varianzen sind nicht gleich			-1,752	50,000	,086	-8,62745	4,92309	-18,51577	1,26087
Psychodrama (E)	Varianzen sind gleich	,785	,378	,434	101	,665	1,50830	3,47386	-5,38292	8,39951
	Varianzen sind nicht gleich			,437	75,737	,664	1,50830	3,45370	-5,37073	8,38732
Psychodrama (G)	Varianzen sind gleich	2,096	,151	-,717	101	,475	-4,76621	6,64334	-17,94480	8,41238
	Varianzen sind nicht gleich			-,713	75,205	,478	-4,76621	6,68052	-18,07389	8,54147
Körpertherapie (E)	Varianzen sind gleich	1,609	,208	-,650	101	,517	-2,39819	3,68921	-9,71660	4,92022
	Varianzen sind nicht gleich			-,649	95,901	,518	-2,39819	3,69687	-9,73652	4,94014
Körpertherapie (G)	Varianzen sind gleich	,001	,978	-,014	101	,989	-,01508	1,09847	-2,19415	2,16398
	Varianzen sind nicht gleich			-,014	100,913	,989	-,01508	1,09857	-2,19438	2,16421
Katathymes Bildererl. u. KiP (E)	Varianzen sind gleich	4,081	,046	,990	101	,324	,76923	,77681	-,77175	2,31021
	Varianzen sind nicht gleich			1,000	51,000	,322	,76923	,76923	-,77506	2,31353
Sonstiges (E)	Varianzen sind gleich	8,626	,004	-1,414	101	,161	-3,92157	2,77432	-9,42507	1,58193
	Varianzen sind nicht gleich			-1,400	50,000	,168	-3,92157	2,80166	-9,54886	1,70573
Sonstiges (G)	Varianzen sind gleich	4,081	,046	,990	101	,324	2,30769	2,33043	-2,31525	6,93064
	Varianzen sind nicht gleich			1,000	51,000	,322	2,30769	2,30769	-2,32519	6,94058

Tabelle A9: Zusammenhang TASC- 2- Werte und Ausbildungsinstitut

Gruppenstatistiken

	Ausbildungsinstitut	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Adjustment	ÄWK	106	2,7178	,54367	,05281
	AKA	94	2,4009	,51524	,05314
Uncovering	ÄWK	105	3,7866	,53720	,05243
	AKA	94	3,9345	,46264	,04772
Kindness	ÄWK	105	3,9233	,65655	,06407
	AKA	94	3,5798	,59858	,06174
Neutrality	ÄWK	106	3,3572	,52540	,05103
	AKA	94	3,6949	,45015	,04643
Supportivness	ÄWK	106	3,4540	,39356	,03823
	AKA	94	3,1405	,40050	,04131
Self-doubt	ÄWK	104	2,1647	,50465	,04948
	AKA	94	2,2309	,41219	,04251
Irrationality	ÄWK	106	3,5354	,50813	,04935
	AKA	94	3,7128	,50794	,05239
Artistery	ÄWK	106	3,3208	,54798	,05322
	AKA	94	3,4340	,60010	,06190
Pessimism	ÄWK	106	2,8495	,46601	,04526
	AKA	94	2,9904	,47339	,04883

Test bei unabhängigen Stichproben

	Statistik								
	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
								95% Konfidenzintervall der Differenz	
Abhängige Variablen	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Adjustment	,068	,794	4,216	198	,000	,31687	,07516	,16865	,46509
			4,230	197,113	,000	,31687	,07492	,16913	,46461
Uncovering	3,307	,071	-2,069	197	,040	-,14789	,07148	-,28885	-,00693
			-2,086	196,716	,038	-,14789	,07089	-,28769	-,00809
Kindness	1,456	,229	3,841	197	,000	,34355	,08943	,16717	,51992
			3,861	196,931	,000	,34355	,08898	,16807	,51902
Neutrality	5,805	,017	-4,849	198	,000	-,33768	,06963	-,47500	-,20037
			-4,895	197,776	,000	-,33768	,06899	-,47374	-,20163
Supportivness	,037	,848	5,576	198	,000	,31350	,05622	,20262	,42437
			5,570	194,286	,000	,31350	,05628	,20249	,42450
Self-doubt	5,620	,019	-1,003	196	,317	-,06611	,06590	-,19608	,06386
			-1,013	194,068	,312	-,06611	,06524	-,19478	,06256
Irrationality	,314	,576	-2,464	198	,015	-,17739	,07198	-,31933	-,03545
			-2,465	195,168	,015	-,17739	,07198	-,31934	-,03544
Artistery	2,118	,147	-1,395	198	,164	-,11329	,08119	-,27339	,04682
			-1,388	189,577	,167	-,11329	,08163	-,27431	,04774
Pessimism	,009	,924	-2,118	198	,035	-,14090	,06652	-,27207	-,00973
			-2,116	194,378	,036	-,14090	,06658	-,27221	-,00959

Tabelle A10: Zusammenhang TASC- 2- Werte und Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapeuten

Gruppenstatistiken

	psychotherapeutische Grundausbildung	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Adjustment	Psychoanalyse	150	2,4281	,51426	,04199
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	66	2,9407	,49327	,06072
Uncovering	Psychoanalyse	149	3,9343	,45220	,03705
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	66	3,6517	,56670	,06976
Kindness	Psychoanalyse	149	3,6279	,63174	,05175
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	66	4,1379	,56610	,06968
Neutrality	Psychoanalyse	150	3,6138	,51659	,04218
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	66	3,2774	,48619	,05985
Supportivness	Psychoanalyse	150	3,2011	,39577	,03231
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	66	3,6398	,45605	,05614
Self-doubt	Psychoanalyse	149	2,1575	,47049	,03854
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	65	2,3415	,44834	,05561
Irrationality	Psychoanalyse	150	3,6667	,51497	,04205
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	66	3,4848	,49005	,06032
Artistery	Psychoanalyse	150	3,3810	,59041	,04821
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	66	3,3712	,53551	,06592
Pessimism	Psychoanalyse	150	2,9287	,48802	,03985
	tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	66	2,8947	,43731	,05383

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
									95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Adjustment	Varianzen sind gleich	,516	,473	-6,832	214	,000	-,51266	,07503	-,66056	-,36476
	Varianzen sind nicht gleich			-6,944	129,151	,000	-,51266	,07382	-,65871	-,36660
Uncovering	Varianzen sind gleich	7,858	,006	3,900	213	,000	,28259	,07245	,13978	,42540
	Varianzen sind nicht gleich			3,578	103,229	,001	,28259	,07898	,12595	,43923
Kindness	Varianzen sind gleich	,988	,321	-5,632	213	,000	-,51003	,09056	-,68853	-,33152
	Varianzen sind nicht gleich			-5,876	138,044	,000	-,51003	,08680	-,68165	-,33840
Neutrality	Varianzen sind gleich	,001	,976	4,488	214	,000	,33643	,07497	,18866	,48421
	Varianzen sind nicht gleich			4,595	131,463	,000	,33643	,07322	,19160	,48127
Supportivness	Varianzen sind gleich	,518	,473	-7,156	214	,000	-,43866	,06130	-,55949	-,31783
	Varianzen sind nicht gleich			-6,772	109,950	,000	-,43866	,06477	-,56703	-,31030
Self-doubt	Varianzen sind gleich	,322	,571	-2,669	212	,008	-,18404	,06896	-,31998	-,04811
	Varianzen sind nicht gleich			-2,720	127,536	,007	-,18404	,06766	-,31793	-,05016
Irrationality	Varianzen sind gleich	,166	,684	2,425	214	,016	,18182	,07497	,03405	,32959
	Varianzen sind nicht gleich			2,473	130,110	,015	,18182	,07353	,03635	,32729
Artistery	Varianzen sind gleich	1,048	,307	,115	214	,908	,00979	,08483	-,15742	,17699
	Varianzen sind nicht gleich			,120	136,133	,905	,00979	,08166	-,15171	,17128
Pessimism	Varianzen sind gleich	1,247	,265	,486	214	,627	,03397	,06990	-,10380	,17174
	Varianzen sind nicht gleich			,507	137,714	,613	,03397	,06697	-,09846	,16640

Tabelle A11: Zusammenhang TASC- 2- Werte und Psychoanalytiker der Institute AKA und ÄWK

Gruppenstatistiken

	grp1	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Adjustment	PA - AWK	52	2,4667	,52804	,07323
	PA - AKA	90	2,3931	,50918	,05367
Uncovering	PA - AWK	51	3,9385	,45149	,06322
	PA - AKA	90	3,9294	,46127	,04862
Kindness	PA - AWK	51	3,6990	,68793	,09633
	PA - AKA	90	3,5611	,58621	,06179
Neutrality	PA - AWK	52	3,4410	,54106	,07503
	PA - AKA	90	3,7016	,44692	,04711
Supportivness	PA - AWK	52	3,2972	,34995	,04853
	PA - AKA	90	3,1319	,40212	,04239
Self-doubt	PA - AWK	51	2,0196	,53943	,07554
	PA - AKA	90	2,2222	,41090	,04331
Irrationality	PA - AWK	52	3,6298	,49243	,06829
	PA - AKA	90	3,7139	,51051	,05381
Artistery	PA - AWK	52	3,2990	,54345	,07536
	PA - AKA	90	3,4244	,61064	,06437
Pessimism	PA - AWK	52	2,8269	,49154	,06816
	PA - AKA	90	2,9922	,47505	,05007

Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
								95% Konfidenzintervall der Differenz	
	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Adjustment	,239	,626	,819	140	,414	,07363	,08990	-,10411	,25138
			,811	103,415	,419	,07363	,09079	-,10642	,25368
Uncovering	,062	,803	,113	139	,910	,00908	,08023	-,14956	,16771
			,114	105,839	,910	,00908	,07976	-,14905	,16720
Kindness	2,001	,159	1,260	139	,210	,13791	,10949	-,07858	,35439
			1,205	90,961	,231	,13791	,11444	-,08942	,36524
Neutrality	3,969	,048	-3,096	140	,002	-,26064	,08419	-,42710	-,09419
			-2,942	91,029	,004	-,26064	,08860	-,43662	-,08466
Supportivness	1,515	,221	2,472	140	,015	,16529	,06688	,03307	,29751
			2,565	118,858	,012	,16529	,06443	,03770	,29288
Self-doubt	7,428	,007	-2,506	139	,013	-,20261	,08085	-,36246	-,04277
			-2,327	83,230	,022	-,20261	,08707	-,37579	-,02944
Irrationality	,068	,795	-,958	140	,340	-,08408	,08779	-,25765	,08949
			-,967	109,754	,336	-,08408	,08694	-,25639	,08822
Artistery	2,450	,120	-1,226	140	,222	-,12541	,10226	-,32758	,07676
			-1,265	116,898	,208	-,12541	,09911	-,32169	,07088
Pessimism	,078	,780	-1,972	140	,051	-,16530	,08381	-,33099	,00039
			-1,954	103,607	,053	-,16530	,08458	-,33303	,00243

Tabelle A12: Zusammenhang TASC- 2- Werte und Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch- fundierter Psychotherapeuten des ÄWK

Gruppenstatistiken

	grp2	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Adjustment	PA - AWK	52	2,4667	,52804	,07323
	PT - AWK	54	2,9596	,44259	,06023
Uncovering	PA - AWK	51	3,9385	,45149	,06322
	PT - AWK	54	3,6432	,57518	,07827
Kindness	PA - AWK	51	3,6990	,68793	,09633
	PT - AWK	54	4,1352	,55249	,07518
Neutrality	PA - AWK	52	3,4410	,54106	,07503
	PT - AWK	54	3,2765	,50167	,06827
Supportivness	PA - AWK	52	3,2972	,34995	,04853
	PT - AWK	54	3,6050	,37640	,05122
Self-doubt	PA - AWK	51	2,0196	,53943	,07554
	PT - AWK	53	2,3044	,42907	,05894
Irrationality	PA - AWK	52	3,6298	,49243	,06829
	PT - AWK	54	3,4444	,51089	,06952
Artistery	PA - AWK	52	3,2990	,54345	,07536
	PT - AWK	54	3,3417	,55659	,07574
Pessimism	PA - AWK	52	2,8269	,49154	,06816
	PT - AWK	54	2,8713	,44357	,06036

Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
								95% Konfidenzintervall der Differenz	
	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Adjustment	2,361	,127	-5,215	104	,000	-,49282	,09450	-,68021	-,30543
			-5,198	99,518	,000	-,49282	,09481	-,68094	-,30470
Uncovering	5,417	,022	2,915	103	,004	,29529	,10131	,09438	,49621
			2,935	99,722	,004	,29529	,10061	,09567	,49492
Kindness	2,643	,107	-3,592	103	,001	-,43617	,12144	-,67701	-,19532
			-3,569	95,899	,001	-,43617	,12220	-,67873	-,19360
Neutrality	,171	,680	1,623	104	,108	,16442	,10130	-,03645	,36529
			1,621	102,679	,108	,16442	,10144	-,03677	,36561
Supportivness	,241	,625	-4,355	104	,000	-,30774	,07066	-,44786	-,16762
			-4,361	103,875	,000	-,30774	,07056	-,44766	-,16781
Self-doubt	3,938	,050	-2,986	102	,004	-,28479	,09539	-,47400	-,09559
			-2,973	95,410	,004	-,28479	,09581	-,47499	-,09460
Irrationality	,097	,756	1,901	104	,060	,18536	,09752	-,00802	,37875
			1,902	104,000	,060	,18536	,09745	-,00789	,37861
Artistery	,096	,758	-,399	104	,691	-,04263	,10690	-,25461	,16935
			-,399	103,979	,691	-,04263	,10685	-,25451	,16926
Pessimism	,480	,490	-,488	104	,626	-,04437	,09087	-,22458	,13583
			-,487	101,995	,627	-,04437	,09105	-,22497	,13622

Tabelle A 13: Zusammenhang der TASC- 2- Werte und Geschlecht

Gruppenstatistiken

	Geschlecht	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Adjustment	männlich	65	2,6157	,59098	,07330
	weiblich	151	2,5714	,54666	,04449
Uncovering	männlich	65	3,8585	,51182	,06348
	weiblich	150	3,8428	,50511	,04124
Kindness	männlich	65	3,7354	,65292	,08098
	weiblich	150	3,8057	,65686	,05363
Neutrality	männlich	65	3,4794	,51983	,06448
	weiblich	151	3,5246	,53497	,04354
Supportivness	männlich	65	3,2887	,40633	,05040
	weiblich	151	3,3551	,48242	,03926
Self-doubt	männlich	64	2,2641	,51893	,06487
	weiblich	150	2,1918	,44841	,03661
Irrationality	männlich	65	3,7462	,45176	,05603
	weiblich	151	3,5530	,52840	,04300
Artistery	männlich	65	3,5008	,52295	,06486
	weiblich	151	3,3252	,58697	,04777
Pessimism	männlich	65	3,0477	,49972	,06198
	weiblich	151	2,8626	,45042	,03665

Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
								95% Konfidenzintervall der Differenz	
	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Adjustment	,390	,533	,533	214	,595	,04427	,08312	-,11956	,20811
			,516	113,270	,607	,04427	,08575	-,12560	,21415
Uncovering	,220	,639	,207	213	,836	,01562	,07531	-,13282	,16407
			,206	120,223	,837	,01562	,07570	-,13426	,16551
Kindness	,134	,715	-,722	213	,471	-,07028	,09737	-,26221	,12164
			-,724	122,340	,471	-,07028	,09713	-,26256	,12200
Neutrality	,149	,700	-,574	214	,566	-,04519	,07870	-,20030	,10993
			-,581	124,608	,562	-,04519	,07780	-,19916	,10879
Supportivness	1,112	,293	-,971	214	,333	-,06641	,06839	-,20121	,06838
			-1,040	142,797	,300	-,06641	,06389	-,19270	,05987
Self-doubt	2,526	,113	1,029	212	,305	,07228	,07024	-,06618	,21075
			,970	105,029	,334	,07228	,07449	-,07541	,21998
Irrationality	4,587	,033	2,570	214	,011	,19317	,07517	,04501	,34134
			2,735	140,750	,007	,19317	,07063	,05354	,33281
Artistery	1,066	,303	2,082	214	,039	,17560	,08435	,00935	,34186
			2,180	135,264	,031	,17560	,08055	,01630	,33491
Pessimism	,827	,364	2,679	214	,008	,18511	,06909	,04893	,32129
			2,571	110,808	,011	,18511	,07201	,04241	,32780

Tabelle A14: Zusammenhang TASC- 2- Werte und Alter

ONEWAY deskriptive Statistiken

		N	Mittelwert	Standardab - weichung	Standard -fehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
						Untergrenze	Obergrenze		
Adjustment	unter 44 Jahre	64	2,6966	,59660	,07458	2,5475	2,8456	1,46	3,85
	45 bis 49 Jahre	54	2,5963	,58975	,08025	2,4353	2,7572	1,38	3,77
	50 bis 54 Jahre	53	2,5509	,48507	,06663	2,4172	2,6846	1,50	4,46
	über 55 Jahre	45	2,4517	,53319	,07948	2,2915	2,6118	1,46	3,54
	Gesamt	216	2,5847	,55935	,03806	2,5097	2,6597	1,38	4,46
Uncovering	unter 44 Jahre	63	3,7344	,48483	,06108	3,6123	3,8565	2,42	4,83
	45 bis 49 Jahre	54	3,8056	,50426	,06862	3,6679	3,9432	2,75	4,67
	50 bis 54 Jahre	53	3,9261	,53492	,07348	3,7787	4,0735	2,58	4,75
	über 55 Jahre	45	3,9638	,47733	,07116	3,8204	4,1072	2,67	4,75
	Gesamt	215	3,8476	,50600	,03451	3,7795	3,9156	2,42	4,83
Kindness	unter 44 Jahre	63	3,9151	,61557	,07755	3,7601	4,0701	2,20	5,00
	45 bis 49 Jahre	54	3,8491	,67408	,09173	3,6651	4,0331	2,20	5,00
	50 bis 54 Jahre	53	3,7000	,60598	,08324	3,5330	3,8670	2,20	4,80
	über 55 Jahre	45	3,6233	,71156	,10607	3,4096	3,8371	2,00	5,00
	Gesamt	215	3,7844	,65494	,04467	3,6964	3,8725	2,00	5,00
Neutrality	unter 44 Jahre	64	3,4082	,53389	,06674	3,2748	3,5415	2,30	4,50
	45 bis 49 Jahre	54	3,4617	,54608	,07431	3,3126	3,6107	2,30	4,50
	50 bis 54 Jahre	53	3,5765	,48957	,06725	3,4416	3,7115	2,20	4,50
	über 55 Jahre	45	3,6394	,52898	,07886	3,4805	3,7984	2,60	4,70
	Gesamt	216	3,5110	,52966	,03604	3,4400	3,5821	2,20	4,70
Supportivness	unter 44 Jahre	64	3,3999	,52751	,06594	3,2682	3,5317	2,00	5,56
	45 bis 49 Jahre	54	3,3614	,46748	,06362	3,2338	3,4890	2,33	4,44
	50 bis 54 Jahre	53	3,2699	,40502	,05563	3,1583	3,3816	2,33	4,56
	über 55 Jahre	45	3,2883	,41018	,06115	3,1650	3,4115	2,11	4,33
	Gesamt	216	3,3351	,46092	,03136	3,2733	3,3969	2,00	5,56
Self-doubt	unter 44 Jahre	64	2,2505	,46874	,05859	2,1334	2,3676	1,17	3,17
	45 bis 49 Jahre	53	2,1553	,50489	,06935	2,0162	2,2945	1,17	3,33
	50 bis 54 Jahre	53	2,1994	,40633	,05581	2,0874	2,3114	1,33	2,83
	über 55 Jahre	44	2,2462	,50925	,07677	2,0914	2,4010	1,17	3,33
	Gesamt	214	2,2134	,47054	,03217	2,1500	2,2768	1,17	3,33
Irrationality	unter 44 Jahre	64	3,5781	,47949	,05994	3,4584	3,6979	2,50	4,75
	45 bis 49 Jahre	54	3,6111	,51650	,07029	3,4701	3,7521	2,50	5,00
	50 bis 54 Jahre	53	3,5519	,57671	,07922	3,3929	3,7108	2,00	4,50
	über 55 Jahre	45	3,7278	,47321	,07054	3,5856	3,8699	2,75	4,75
	Gesamt	216	3,6111	,51326	,03492	3,5423	3,6799	2,00	5,00
Artistery	unter 44 Jahre	64	3,3672	,56934	,07117	3,2250	3,5094	1,80	4,40
	45 bis 49 Jahre	54	3,3324	,57570	,07834	3,1753	3,4895	2,20	4,60
	50 bis 54 Jahre	53	3,3774	,62716	,08615	3,2045	3,5502	2,00	4,80
	über 55 Jahre	45	3,4489	,51781	,07719	3,2933	3,6045	2,40	4,20
	Gesamt	216	3,3780	,57297	,03899	3,3012	3,4549	1,80	4,80
Pessimism	unter 44 Jahre	64	2,9156	,43905	,05488	2,8060	3,0253	2,00	4,00
	45 bis 49 Jahre	54	2,8528	,44024	,05991	2,7326	2,9729	2,00	4,00
	50 bis 54 Jahre	53	2,8755	,51624	,07091	2,7332	3,0178	2,00	4,00
	über 55 Jahre	45	3,0511	,49019	,07307	2,9038	3,1984	2,00	3,80
	Gesamt	216	2,9183	,47235	,03214	2,8549	2,9816	2,00	4,00

ONEWAY ANOVA

		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Adjustment	Zwischen den Gruppen	1,665	3	,555	1,794	,149
	Innerhalb der Gruppen	65,601	212	,309		
	Gesamt	67,266	215			
Uncovering	Zwischen den Gruppen	1,837	3	,612	2,440	,065
	Innerhalb der Gruppen	52,954	211	,251		
	Gesamt	54,791	214			
Kindness	Zwischen den Gruppen	2,847	3	,949	2,251	,083
	Innerhalb der Gruppen	88,949	211	,422		
	Gesamt	91,795	214			
Neutrality	Zwischen den Gruppen	1,778	3	,593	2,146	,095
	Innerhalb der Gruppen	58,537	212	,276		
	Gesamt	60,316	215			
Supportivness	Zwischen den Gruppen	,630	3	,210	,989	,399
	Innerhalb der Gruppen	45,046	212	,212		
	Gesamt	45,677	215			
Self-doubt	Zwischen den Gruppen	,325	3	,108	,485	,693
	Innerhalb der Gruppen	46,835	210	,223		
	Gesamt	47,159	213			
Irrationality	Zwischen den Gruppen	,868	3	,289	1,100	,350
	Innerhalb der Gruppen	55,771	212	,263		
	Gesamt	56,639	215			
Artistery	Zwischen den Gruppen	,346	3	,115	,348	,791
	Innerhalb der Gruppen	70,237	212	,331		
	Gesamt	70,583	215			
Pessimism	Zwischen den Gruppen	1,123	3	,374	1,694	,169
	Innerhalb der Gruppen	46,847	212	,221		
	Gesamt	47,970	215			

Tabelle A15: Zusammenhang TASC- 2- Werte und Erfahrung

ONEWAY deskriptive Statistiken

		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
						Untergrenze	Obergrenze		
Adjustment	wenig erfahren	71	2,6325	,58212	,06909	2,4947	2,7702	1,50	3,85
	mittel erfahren	69	2,5762	,57112	,06875	2,4390	2,7134	1,38	3,58
	hoch erfahren	72	2,5255	,52353	,06170	2,4024	2,6485	1,46	4,46
	Gesamt	212	2,5778	,55831	,03834	2,5022	2,6534	1,38	4,46
Uncovering	wenig erfahren	71	3,6831	,52322	,06209	3,5592	3,8069	2,42	4,83
	mittel erfahren	69	3,8815	,49273	,05932	3,7632	3,9999	2,58	4,67
	hoch erfahren	71	3,9705	,45678	,05421	3,8623	4,0786	2,83	4,75
	Gesamt	211	3,8447	,50403	,03470	3,7763	3,9131	2,42	4,83
Kindness	wenig erfahren	71	3,9683	,64411	,07644	3,8159	4,1208	2,60	5,00
	mittel erfahren	69	3,7754	,65751	,07916	3,6174	3,9333	2,20	5,00
	hoch erfahren	71	3,5803	,61047	,07245	3,4358	3,7248	2,00	4,80
	Gesamt	211	3,7746	,65419	,04504	3,6859	3,8634	2,00	5,00
Neutrality	wenig erfahren	71	3,3966	,57523	,06827	3,2605	3,5328	2,30	4,50
	mittel erfahren	69	3,4655	,50098	,06031	3,3452	3,5859	2,20	4,50
	hoch erfahren	72	3,6708	,47011	,05540	3,5604	3,7813	2,60	4,70
	Gesamt	212	3,5122	,52803	,03627	3,4407	3,5837	2,20	4,70
Supportivness	wenig erfahren	71	3,4065	,54056	,06415	3,2785	3,5344	2,00	5,56
	mittel erfahren	69	3,3322	,41459	,04991	3,2326	3,4318	2,11	4,22
	hoch erfahren	72	3,2571	,40791	,04807	3,1613	3,3530	2,11	4,56
	Gesamt	212	3,3316	,46055	,03163	3,2692	3,3939	2,00	5,56
Self-doubt	wenig erfahren	70	2,1657	,51179	,06117	2,0437	2,2877	1,17	3,33
	mittel erfahren	68	2,1907	,45609	,05531	2,0803	2,3011	1,17	3,33
	hoch erfahren	72	2,2769	,42986	,05066	2,1758	2,3779	1,17	3,00
	Gesamt	210	2,2119	,46717	,03224	2,1484	2,2755	1,17	3,33
Irrationality	wenig erfahren	71	3,5915	,51450	,06106	3,4698	3,7133	2,00	4,75
	mittel erfahren	69	3,5725	,55497	,06681	3,4391	3,7058	2,00	5,00
	hoch erfahren	72	3,6701	,47993	,05656	3,5574	3,7829	2,50	4,50
	Gesamt	212	3,6120	,51613	,03545	3,5422	3,6819	2,00	5,00
Artistery	wenig erfahren	71	3,4007	,56147	,06663	3,2678	3,5336	2,00	4,40
	mittel erfahren	69	3,3551	,62580	,07534	3,2047	3,5054	1,80	4,80
	hoch erfahren	72	3,3806	,52019	,06131	3,2583	3,5028	2,40	4,40
	Gesamt	212	3,3790	,56763	,03898	3,3022	3,4559	1,80	4,80
Pessimism	wenig erfahren	71	2,9662	,48519	,05758	2,8514	3,0810	2,00	4,00
	mittel erfahren	69	2,8551	,42549	,05122	2,7529	2,9573	2,00	4,00
	hoch erfahren	72	2,9243	,50907	,05999	2,8047	3,0439	2,00	4,00
	Gesamt	212	2,9158	,47511	,03263	2,8515	2,9801	2,00	4,00

ONEWAY ANOVA

		Quadrat summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Adjustment	Zwischen den Gruppen	,410	2	,205	,655	,521
	Innerhalb der Gruppen	65,361	209	,313		
	Gesamt	65,770	211			
Uncovering	Zwischen den Gruppen	3,072	2	1,536	6,354	,002
	Innerhalb der Gruppen	50,278	208	,242		
	Gesamt	53,349	210			
Kindness	Zwischen den Gruppen	5,345	2	2,673	6,577	,002
	Innerhalb der Gruppen	84,527	208	,406		
	Gesamt	89,872	210			
Neutrality	Zwischen den Gruppen	2,910	2	1,455	5,439	,005
	Innerhalb der Gruppen	55,920	209	,268		
	Gesamt	58,830	211			
Supportivness	Zwischen den Gruppen	,797	2	,399	1,896	,153
	Innerhalb der Gruppen	43,956	209	,210		
	Gesamt	44,754	211			
Self-doubt	Zwischen den Gruppen	,484	2	,242	1,109	,332
	Innerhalb der Gruppen	45,130	207	,218		
	Gesamt	45,614	209			
Irrationality	Zwischen den Gruppen	,381	2	,190	,713	,491
	Innerhalb der Gruppen	55,826	209	,267		
	Gesamt	56,207	211			
Artistery	Zwischen den Gruppen	,073	2	,037	,113	,894
	Innerhalb der Gruppen	67,911	209	,325		
	Gesamt	67,984	211			
Pessimism	Zwischen den Gruppen	,440	2	,220	,974	,379
	Innerhalb der Gruppen	47,190	209	,226		
	Gesamt	47,630	211			

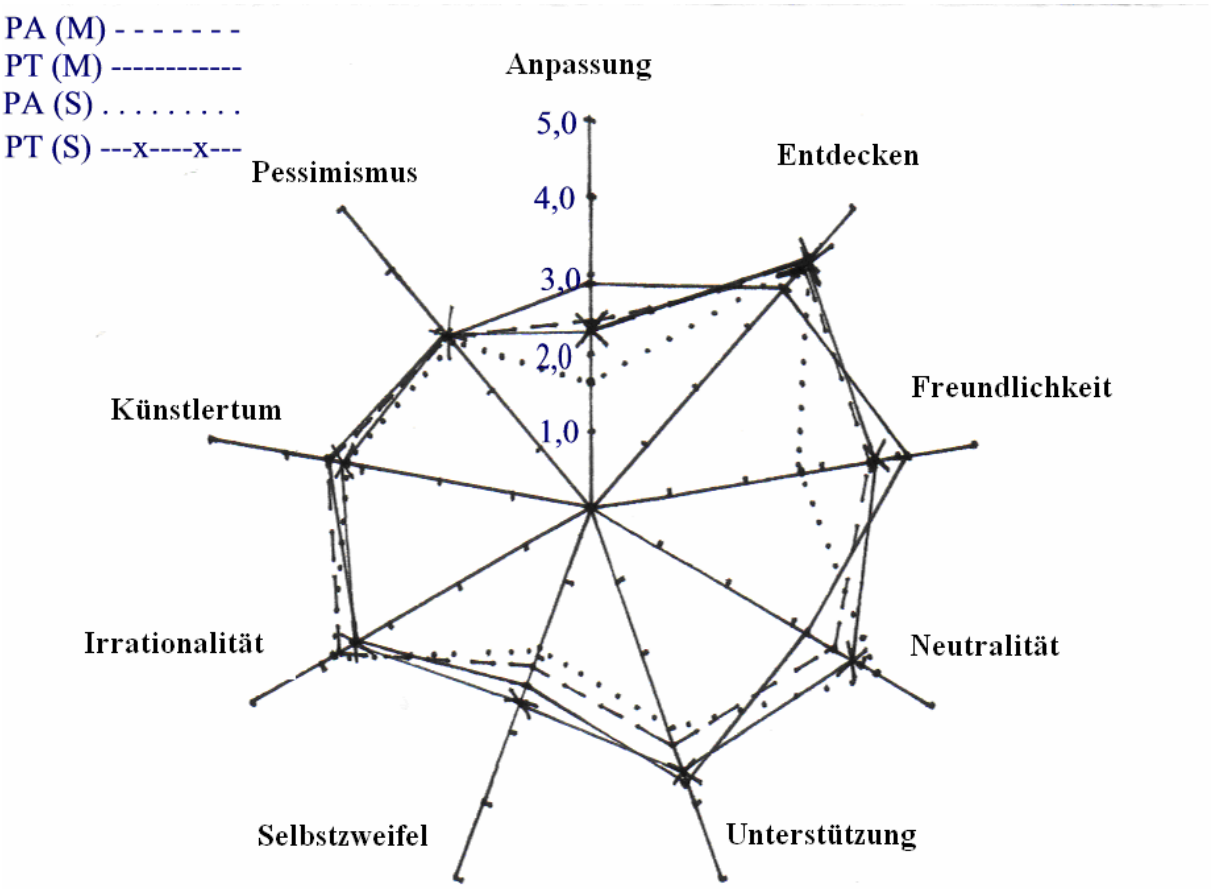


Abbildung A1: Vergleich der schwedischen Psychoanalytiker (PA(S)) und tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapeuten (PT(S)) (Sandell) mit den Psychoanalytikern (PA(M)) und tiefenpsychologisch-fundierten Psychotherapeuten (PT(M)) der Institute AKA und ÄWK

Anhang B

A. Persönlicher und beruflicher Hintergrund

A1. Alter: ..... Jahre

A2. Geschlecht: ☐ 1. Männlich ☐ 2. Weiblich

A3. Was ist Ihre akademische Grundausbildung?

☐ 1. Medizin, Facharzt für .....

☐ 2. Psychologie

☐ 3. Sozialpädagogik/Sozialarbeit

☐ 4. Anderes: .....

A4. Was ist Ihre psychotherapeutische Grundausbildung? (Geben Sie Art der Psychotherapie und Ausbildungsinstitut an.)

.....

A5. Haben Sie zusätzliche Psychotherapieausbildungen?

☐ 1. Nein

☐ 2. Ja, und zwar: .....

A6. Haben Sie eine Anerkennung als Supervisor für Psychotherapie (nach den Richtlinien der DGPT, der Landesärztekammern oder von Fachverbänden)?

☐ 1. Nein

☐ 2. Ja, und zwar: .....

A7. Haben Sie eine weitere akademische Ausbildung?

☐ 1. Nein

☐ 2. Ja, und zwar: .....

A8. Wann wurden Sie als Psychotherapeut (oder Psychoanalytiker) zugelassen?

Für Ausbildungskandidaten: Jahr des geplanten Abschlusses angeben.

Institutsabschluß	Jahr: .....
Zusatztitel: Psychotherapie	Jahr: .....
Zusatztitel: Psychoanalyse	Jahr: .....
Zusatztitel:Verhaltenstherapie	Jahr: .....
Approbation als psychologischer Psychotherapeut	Jahr: .....

B. Berufliche Erfahrung

Dieser Abschnitt bezieht sich auf verschiedene Aspekte Ihrer beruflichen Erfahrung.

B1. Wie lange üben Sie schon Psychotherapie aus?

a. ..... Jahre vor Abschluss der Institutsausbildung

b. ..... Jahre nach Abschluss der Institutsausbildung

B2. Wie verteilen sich diese Jahre auf die folgenden Settings?

a. ..... Jahre mit stationären Patienten in der institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung

b. ..... Jahre mit ambulanten Patienten in der institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung

c. ..... Jahre in privater Praxis

d. ..... Jahre in anderen Settings, und zwar: .....

.....

B3. Bitte kreuzen Sie an, wie viele Patienten Sie mit den verschiedenen Psychotherapieformen behandelt haben.

	0	1-9	10-24	25-49	>50
Psychoanalyse, 4-5 Sitzungen pro Woche	☐	☐	☐	☐	☐
Psychoanalyse, 3 Sitzungen pro Woche	☐	☐	☐	☐	☐
Einzelpsychotherapie, 3 Sitzungen pro Woche	☐	☐	☐	☐	☐
Einzelpsychotherapie, 2 Sitzungen pro Woche	☐	☐	☐	☐	☐
Einzelpsychotherapie, 1 Sitzung pro Woche	☐	☐	☐	☐	☐
Fokaltherapie oder Kurztherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Krisenintervention	☐	☐	☐	☐	☐
Gruppentherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Familientherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Therapieformen, und zwar:	☐	☐	☐	☐	☐

.....

B4. Verwenden Sie regelmäßig andere Techniken als das Gespräch in der Psychotherapie (z. B. Kunsttherapie, Tanztherapie, Hypnose)?

☐ 1. Nein

☐ 2. Ja, und zwar: .....

.....

B5. Arbeiten Sie regelmäßig mit Patienten mit speziellen Störungen (z.B. psychotische Patienten, Patienten mit Essstörungen, mit psychosomatischen Erkrankungen)?

☐ 1. Nein

☐ 2. Ja, und zwar: .....

.....

B6. Hatten Sie im vergangenen Jahr Supervision?

☐ 1. Ja, regelmäßig ☐ 2. Ja, gelegentlich ☐ 3. Nein, überhaupt nicht

B7. Haben Sie im vergangenen Jahr andere Psychotherapeuten oder Kollegen supervidiert?

☐ 1. Ja, regelmäßig ☐ 2. Ja, gelegentlich ☐ 3. Nein, überhaupt nicht

B8. Haben Sie berufliche Erfahrung auf anderen Gebieten als Psychotherapie, Psychologie, Gesundheitswesen und ähnlichen?

☐ 1. Nein

☐ 2. Ja, und zwar: .....

.....

C. Selbsterfahrung

C1. Bitte beschreiben Sie Art und Dauer Ihrer Selbsterfahrung:

Art	Frequenz (Sitzungen/Woche)	Beginn (Jahr)	Beendigung (Jahr)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

C2. ☐ Ich war nicht in Selbsterfahrung

D. Theoretische Orientierung

D1. Wie sehr ist Ihre gegenwärtige therapeutische Arbeit an den folgenden Theorien orientiert?

	nicht	wenig	etwas	ziemlich	viel
Klassische Psychoanalyse (freudianisch)	☐	☐	☐	☐	☐
Objektbeziehungstheoretisch-orientierte Psychoanalyse	☐	☐	☐	☐	☐
Lacanianische Psychoanalyse	☐	☐	☐	☐	☐
Analytische Psychologie (jungianisch)	☐	☐	☐	☐	☐
Adlerianische Psychotherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Existentielle Psychotherapie (Daseinsanalyse etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Humanistische Psychotherapie (Gestalt, Psychodrama etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Gesprächspsychotherapie (nach Rogers)	☐	☐	☐	☐	☐
Kognitive Psychotherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Verhaltenstherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Systemische Familientherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Strukturelle Familientherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Orientierungen, und zwar:	☐	☐	☐	☐	☐

.....

E. Therapeutischer Stil

In diesem Teil möchten wir uns ein Bild machen, wie Sie gewöhnlich therapeutisch mit Ihren Patienten arbeiten. Es ist uns klar, dass das bei den verschiedenen Patienten variiert, aber wir zielen darauf ab, was Sie selbst als grundlegend, typisch und durchgängig für Ihre Art Psychotherapie auszuüben, ansehen?

E1. Wie sehr tragen Ihrer Ansicht nach die folgenden Techniken oder „Zutaten“ zu einer anhaltenden und stabilen therapeutischen Veränderung bei?

	nicht	wenig	etwas	ziemlich	viel
1. Den Patienten anregen, über seine Probleme positiver zu denken	☐	☐	☐	☐	☐
2. Dem Patienten helfen seine Gefühle zu kontrollieren	☐	☐	☐	☐	☐
3. Beachtung und Fürsorglichkeit	☐	☐	☐	☐	☐
4. Mit den Kindheitserinnerungen des Patienten arbeiten	☐	☐	☐	☐	☐
5. Dem Patienten helfen, schmerzhafte Erinnerungen zu vergessen	☐	☐	☐	☐	☐
6. Dem Patienten konkrete Ratschläge geben	☐	☐	☐	☐	☐
7. Dem Patienten die Initiative in der Therapie selbst übernehmen lassen	☐	☐	☐	☐	☐
8. Den Patienten über seine Symptome und psychischen Probleme instruieren	☐	☐	☐	☐	☐
9. Dem Patienten helfen die Wiederholung alter Fehler zu vermeiden	☐	☐	☐	☐	☐
10. Dem Patienten konkrete Ziele geben	☐	☐	☐	☐	☐
11. Die Initiative ergreifen und die Sitzungen bestimmen	☐	☐	☐	☐	☐
12. Dem Patienten helfen sich an die bestehenden sozialen Bedingungen/Umstände anzupassen	☐	☐	☐	☐	☐
13. Dem Patienten helfen angstauslösende Situationen zu vermeiden	☐	☐	☐	☐	☐
14. Dem Patienten helfen, seine Gefühle zu klären	☐	☐	☐	☐	☐
15. Die Einstellungen und das Verhalten des Patienten in Frage stellen	☐	☐	☐	☐	☐
16. Dem Patienten verstehen helfen, dass er seine alten Verhaltensweisen und Beziehungen wiederholt	☐	☐	☐	☐	☐

	nicht	wenig	etwas	ziemlich	viel
17. Dem Patienten verstehen helfen, dass alte Reaktionen und Beziehungen mit dem Therapeuten wiederholt werden	☐	☐	☐	☐	☐
18. Den Patienten unterstützen frühe, schmerzhafte Erlebnisse zu reflektieren	☐	☐	☐	☐	☐
19. Dem Patienten die Gelegenheit geben, mit seinen Träumen zu arbeiten	☐	☐	☐	☐	☐
20. Dem Patienten helfen seine Sorgen loszuwerden	☐	☐	☐	☐	☐
21. Warmherzig und freundlich sein	☐	☐	☐	☐	☐
22. Dem Patienten helfen, die Verbindungen zwischen seinen Problemen und seiner Kindheit zu sehen	☐	☐	☐	☐	☐
23. Den Patienten unterstützen und ermutigen	☐	☐	☐	☐	☐
24. Den Patienten fühlen lassen, dass er vom Therapeuten gemocht wird	☐	☐	☐	☐	☐
25. Mit den Symptomen des Patienten arbeiten	☐	☐	☐	☐	☐
26. Dem Patienten helfen mit seinen Symptomen zurechtzukommen	☐	☐	☐	☐	☐
27. Den Patienten akzeptieren wie er/sie ist	☐	☐	☐	☐	☐
28. An der Abwehr des Patienten arbeiten	☐	☐	☐	☐	☐
29. Dem Patienten helfen realitätsorientierter zu werden	☐	☐	☐	☐	☐
30. Die Körpersprache des Patienten interpretieren	☐	☐	☐	☐	☐
31. Dem Patienten seine Gefühle ausagieren lassen (Katharsis)	☐	☐	☐	☐	☐
32. Die Sexualität des Patienten zum Vorschein bringen	☐	☐	☐	☐	☐
33. Dem Patienten helfen, möglichen sexuellen Missbrauch zu erinnern und sich damit zu konfrontieren	☐	☐	☐	☐	☐

E2. Was für ein Therapeut sind Sie? Wie sehr stimmen Sie den folgenden Feststellung zu?

	nicht	wenig	etwas	ziemlich	viel
1. Ich bin aktiv in den Sitzungen	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ich finde es schwierig mit der Aggression des Patienten umzugehen	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ich drücke meine Gefühle in den Sitzungen nicht aus	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ich beantworte keine persönlichen Fragen des Patienten	☐	☐	☐	☐	☐
5. Meine verbalen Interventionen sind kurz und knapp	☐	☐	☐	☐	☐
6. Wenn ein Patient fragt, willige ich schon mal ein mit einem Angehörigen zu sprechen	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich lasse während der Sitzung keine langen Schweigepausen zu	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ich halte meine persönlichen Meinungen und Verhältnisse völlig aus der Therapie heraus	☐	☐	☐	☐	☐
9. Meine therapeutische Technik variiert von Patient zu Patient	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ich stehe zusätzlichen Sitzungen positiv gegenüber	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ich bin in der Therapie eher neutral als persönlich	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ich möchte nicht, dass der Patient starke Gefühle gegenüber meiner Person entwickelt	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ich möchte, dass der Patient starke Gefühle in der Therapie entwickelt	☐	☐	☐	☐	☐
14. Meine Spontaneität ist ein wertvolles therapeutisches Instrument	☐	☐	☐	☐	☐
15. Es ist wichtig für die Probleme des Patienten Empathie zeigen	☐	☐	☐	☐	☐
16. Es ist wichtig das Material zu ordnen und zu strukturieren	☐	☐	☐	☐	☐

	nicht	wenig	etwas	ziemlich	viel
17. Meine Gegenübertragung ist ein wichtiges Instrument in meiner Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐
18. Ich finde es nicht schwer den Patienten zu enttäuschen	☐	☐	☐	☐	☐
19. Ich stelle dem Patienten häufig Fragen	☐	☐	☐	☐	☐
20. Ich gebe meine Fehler dem Patienten gegenüber zu	☐	☐	☐	☐	☐
21. Es ist wichtig dem Patienten Hoffnung zu vermitteln	☐	☐	☐	☐	☐
22. Den therapeutischen Rahmen einzuhalten ist für meine Arbeit fundamental	☐	☐	☐	☐	☐
23. Ich arbeite lieber im Hier-und-Jetzt als im Dort-und-Damals	☐	☐	☐	☐	☐
24. Ich bezweifle meine Fähigkeit, die Gefühle des Patienten aufnehmen („containen") zu können	☐	☐	☐	☐	☐
25. Meine Betroffenheit über die Lebensziele des Patienten behindert meine therapeutische Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐
26. Ich teile die therapeutischen Ziele am Beginn der Therapie dem Patienten mit	☐	☐	☐	☐	☐
27. Ich mache mir die therapeutischen Ziele während der Therapie klar	☐	☐	☐	☐	☐
28. Ich kann am besten mit Patienten die mir ähnlich sind	☐	☐	☐	☐	☐
29. Ich vermeide Körperkontakt mit dem Patienten	☐	☐	☐	☐	☐
30. Ich bin gerne konfrontativ	☐	☐	☐	☐	☐
31. Ich sorge mich darum, dass der Patient seine Lebensziele erreicht	☐	☐	☐	☐	☐

F. Annahmen über Psychotherapie und Persönlichkeit

In diesem Abschnitt geht es um Ihre Ansicht über das Wesen der Psychotherapie und des Menschen. Machen Sie bitte ein Kreuz auf jeder Skala dort, wo es am besten Ihre Position zwischen den beiden Polen trifft.

F1. Psychotherapie kann beschrieben werden als eine ...

Kunstform	Wissenschaft
Handwerk	freie, kreative Arbeit

F2. Psychotherapeutische Arbeit wird bestimmt durch ...

Ausbildung	Persönlichkeit
Intuition	systematisches Denken
relative Ansichten	absolute Überzeugungen
dass alles verstanden werden kann	dass nicht alles verstanden werden kann
emotionale Erfahrungen	intellektuelles Verständnis
bewusste Prozesse	unbewusste Prozesse
Behandlungsziele	Lebensziele

F3. Von Natur aus sind Menschen ...

rational	———	irrational

F4. Menschliches Verhalten wird beherrscht von ...

freiem Willen	———	unkontrollier-baren Faktoren
äußeren objektiven Faktoren	———	inneren subjektiven Faktoren

F5. Die Persönlichkeit wird geformt durch ...

Vererbung	———	Umgebung

F6. Die Persönlichkeit ist grundsätzlich ...

unveränderbar	———	veränderbar

F7. Die grundlegenden Gesetzmäßigkeiten menschlichen Verhaltens sind ...

völlig verstehbar	———	überhaupt nicht verstehbar

F8. Menschen können sich entwickeln...

unbegrenzt	———	überhaupt nicht

G. Freie Assoziationen

G1. Was halten Sie für Ihre größte Stärke als Psychotherapeut?

G2. Was ist Ihre größte Einschränkung als Psychotherapeut?

G3. Was halten Sie für das primäre Ziel der Psychotherapie?

G4. Was hat Ihrer Meinung nach den größten negativen Einfluss auf eine Psychotherapie?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme !

Wir möchten Ihnen dafür danken, dass Sie sich Zeit für die Beantwortung unserer Fragen genommen haben. Zum Schluss möchten wir Sie bitten einige Fragen zu beantworten, wie Sie unseren Fragebogen fanden.

H1. Wären Sie zu einem späteren Zeitpunkt zu einem persönlichen Interview bereit, um die Ergebnisse unserer Fragebogenstudie weiter zu verfolgen und zu vertiefen?

☐ 1. Ja ☐ 2. Nein ☐ 3. Weiß ich nicht

H2. Wie anregend war der Fragebogen für Sie?

sehr anregend		überhaupt nicht anregend

H3. Wie ermüdend war der Fragebogen für Sie?

sehr ermüdend		überhaupt nicht ermüdend

H4. Wie leicht oder wie schwer war der Fragebogen für Sie?

sehr leicht		sehr schwer

Wir würden uns über andere Kommentare oder Gedanken, die Sie zu unserem Fragebogen haben, freuen:

.....

.....

.....

.....

.....

Danksagung

Ich möchte mich bei allen bedanken, die mich bei der Arbeit unterstützt haben. Ganz besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Michael von Rad, Herrn Dr. med. Günther Klug, meiner wissenschaftlichen Betreuerin Frau PD Dr. med. Dr. phil. Dorothea Huber, die mir viel Geduld und Vertrauen entgegengebracht und mir in schwierigen Situationen mir ihrer Diskussionsbereitschaft und ihren wertvollen Ratschlägen weitergeholfen hat. Ein besonderes Dankeswort gilt auch Dr. rer. soc. Gerhard Henrich, Dipl. Psych., der mir bei den statistischen Problemen jederzeit zu Hilfe kam.

Ebenfalls erwähnen möchte ich meine Freunde Sebastian Augustin, Sonja Mertsch und Jan Ortmann, dir mir bei der praktischen Umsetzung und Fertigstellung der Arbeit halfen. Ihnen allen gilt mein herzlicher Dank.

Ganz besonders danken möchte ich meinen Eltern, ohne deren Unterstützung mein Studium und diese Arbeit nicht möglich gewesen wären.

München im Februar 2005

Anngrit Behrens