

Stefan Jacobs, Anja Heymann, Tanja Kuhn- Sürig
Effekte eines Multi-Media Trainingsprogramms schwieriger Therapiesituationen.
Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung.33Jg,4(2002)

Zusammenfassung:

Theoretischer Hintergrund : Die Theorie der Psychotherapie von Rogers (1991) und das Konzept der Variablen des Therapeutenverhaltens von Truax und Carkhuff (1967) bilden den Hintergrund für das Trainingsprogramm. Video-Sequenzen von schwierigen, in der Praxis häufig vorkommenden, Therapiesituationen werden als optimale Lernmöglichkeiten für angehende Therapeuten gesehen. **Fragestellung:** Welche Effekte hat ein Multi-Media Trainingsprogramm schwieriger Therapiesituationen bei Teilnehmern eines Weiterbildungsganges und bei Teilnehmern eines Interventionspraktikums im Rahmen des Psychologiestudiums?

Methode: Untersucht wurde ein Trainingsprogramm an 7 Teilnehmern eines Weiterbildungsganges zum Sozialtherapeuten und an 20 studentischen Teilnehmern ein Interventionspraktikums im Rahmen des Psychologiestudiums. Zwei Versionen wurden durchgeführt: eine videogestützte VHS-Version und die computergestützte CD-Rom Version „VIVIT“. Das Training dauerte 30 Stunden über ein Semester verteilt.

Die Videosequenzen zu Beginn und am Ende des Trainings wurden von unabhängigen trainierten Ratern eingeschätzt. Kontrollgruppe waren 20 Psychologiestudenten eines Praktikums in Verhaltensbeobachtung. **Ergebnisse:** Durch das Training wurden signifikante Verbesserungen in den Dimensionen Empathie, Akzeptanz, Kongruenz und Selbsteinbringung des Therapeuten sowie Ansprechen der Therapeutischen Beziehung erreicht (Effektstärken von >0.85 bis >1.8). Die PC-Gruppe war hierbei der Video-Gruppe überlegen.

Schlussfolgerung: Ein Multi-Media Trainingsprogramm schwieriger Therapiesituationen erbrachte in einer relativ kurzen Trainingszeit deutliche Trainingseffekte bei Psychologiestudenten und Teilnehmern eines Weiterbildungsgangs. Die computergestützte interaktive Version ist der Video-Version hierbei tendenziell überlegen, was auf eventuelle motivationale Einflüsse zurückgeführt wird.

Entwicklung der Ausbildungsforschung in den USA und Deutschland.

Seit den 70er Jahren sind nur wenige Forschungsarbeiten zu Trainingsprogrammen durchgeführt worden, in denen therapeutisches Verhalten systematisch trainiert wurde. Auch wurden kaum neue Trainingsprogramme mehr entwickelt, weder in der Gesprächspsychotherapie noch in der Verhaltenstherapie.

Ein Schwerpunkt der Ausbildungsforschung lag in den Jahren von 1970-1980. Einige der wichtigsten Studien sollen dargestellt und diskutiert werden.

Die Trainingsforschung und die Entwicklung von systematischen Trainingsprogrammen begann in den USA in den 60er Jahren. Zuerst wurden von Vertretern der klientenzentrierten Psychotherapie Trainingsprogramme entwickelt, in denen das therapeutische Basisverhalten trainiert wurde: Empathie, Akzeptanz und Kongruenz. Es zeichneten sich hierbei zwei entgegengesetzte Richtungen ab, - die didaktische und die erlebnisnahe Methode (Tscheulin1972). Für die Didaktiker geht es um das Erlernen der Variablen als Techniken. Für die Vertreter der „experiential method“ geht es um das Lernen durch Selbsterfahrung in einer quasi therapeutischen Beziehung zum Trainer und durch Erfahren der Therapeutenvariablen in der Gruppe. In den sechziger Jahren entwickelten Truax, Carkhuff und Douds (1964) ein Training, das bisher als gegensätzlich erscheinende Elemente wie didaktische Lernen, Selbsterfahrung und Lernen am Vorbild integrieren sollte: das integrative oder „experiential- didactic training“(Tscheulin, 1972,S.42). Das im folgenden dargestellte Trainingsprogramm ist im Aufbau ähnlich. Außer dem therapeutischen Basisverhalten werden aber unter Einsatz von multi- media- Techniken zusätzliche Variablen zur Bewältigung schwieriger Therapiesituationen trainiert.

Verschiedene Studien in den USA untersuchten mit unterschiedlichen Methoden die Effekte von Trainingsprogrammen. Untersucht und trainiert wurden hier schwerpunktmäßig die the-

therapeutischen Basisvariablen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz. So wurden Post-Vergleiche von Studenten mit erfahrenen Therapeuten durchgeführt (Carkhuff und Truax 1965a), das Training wurde evaluiert anhand von Ergebnissen der Veränderung bei Klienten (Carkhuff&Truax,1965b),Vergleich mit einer Kontrollgruppe und prä-post Vergleich (Martin &Carkhuff,1968), sowie Vergleich einer Kontrollgruppe ohne Training mit zwei Gruppen mit unterschiedlichen Trainings (Berenson, Carkhuff und Myrus,1966). In allen Fällen wurden signifikante Verbesserungen der Trainingsgruppen festgestellt, wobei das integrative Training überlegen war.

Parallel zum integrativen Training wurde das Microcounseling in den USA entwickelt (Ivey, Normington, Miller, Morril & Hasse,1968).Es handelt sich dabei um ein wiederholtes Üben von einzelnen, konkret beschriebenen Verhaltensweisen unter Einsatz von Video - Feedback. Dieses Training wurde mehrfach untersucht und seine Effektivität wurde bestätigt (Matarazzo,1986). Es war sogar beim Training der Variable Empathie dem integrativen Training überlegen (Toukmanian & Rennie,1975).Das von uns vorgestellte Trainingsprogramm schwieriger Therapiesituationen enthält ebenfalls als Trainingselement das Microcounseling.

In Deutschland wurden integrative Gruppen – und Lehrkontaktmodelle mit nicht integrativen Trainingsprogrammen verglichen (Tscheulin,1972).Sie waren dem nicht- integrativen Programm hinsichtlich der Realisierung der Basisvariablen überlegen. In dem formalstrukturierten Trainingsprogramm von Minsel (1974) wurden eine Reihe von anderen psychotherapeutischen Verhaltensweisen (z. B. diagnostiziert, stellt Fragen, ist aktiv, verstärkt) trainiert und untersucht. Sie wurden mit dem integrativen Training von Tscheulin verglichen. In allen trainierten Dimensionen ergaben sich signifikante Verbesserungen. Zum integrativen Training ergaben sich keine Unterschiede.

Weisbach (1992) entwickelte für Lehramtsstudenten und angehende Ernährungsberater ein tutorielles Training personenzentrierter Kompetenz, das sich an das Microcounseling anlehnt. Es handelt sich um ein sich selbst generierendes Training, in dem die fortgeschrittenen Teilnehmer die Anfänger im Kompakttraining anleiten. Fuhrmann (1994) evaluierte das Training für Ernährungsberater. Es wurden die für eine gute Beratung festgelegten Sollwerte erreicht. Beckmann (1998) evaluierte den von Jacobs (1994) konzipierten Zertifikatskurs „Gesprächsführungs -und Beratungskompetenz für Ernährungsberater/innen.“ Es ergaben sich nach dem Training ein höhere Realisierung der Basisvariablen in den realen Beratungsgesprächen.

Das Berliner Gesprächspsychotherapieprogramm von Helm und Frohburg (1980) wurde in der ehemaligen DDR seit 1971 entwickelt und begleitend von Frohburg (1988) evaluiert. Es bestand aus zwei Grundkursen von je 30 Stunden. Im ersten Kurs werden schwerpunktmäßig die Variablen Selbstexploration und Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalten trainiert und im zweiten Kurs werden quasi- therapeutische Gespräche trainiert unter Berücksichtigung anderer Variablen wie Wertschätzung, self- disclosure und Transparenz. In beiden Kursen wurden in den trainierten Verhaltensweisen Verbesserungen erreicht, die jedoch nicht das Niveau erfahrener Therapeuten erreichten. Eine Literaturrecherche ergab keine weiteren Ergebnisse von evaluierten Trainingsprogrammen von therapeutischem Verhalten, bis auf eine Studie, die klassische kognitive Techniken aus den kognitiv –behavioralen Ansatz der Verhaltenstherapie untersuchte (Milne, Baker, Blackburn, James &Reichelt,1999). Aber auch hier wurden keine multi-medialen interaktiven Trainingselemente eingesetzt.

Die Konzeption des Trainingsprogramms.

Nach Grawe (1994) sind die Ergebnisse der Gesprächspsychotherapie, was die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und die Techniken der Gesprächsführung angeht, von Bedeutung für alle therapeutischen Richtungen. Das vorliegende Trainingsprogramm (Jacobs, 2002a) wurde daher zwar aus gesprächspsychotherapeutischen Ansätzen heraus entwickelt, ist aber für Therapeuten aller Therapierichtungen gedacht. Voraussetzung für eine angemessene Bewältigung der schwierigen Therapiesituationen ist eine sichere Realisierung des therapeutischen Basisverhaltens. Auch dies wird im Trainingsprogramm berücksichtigt und trainiert. Die

Konzeption des Programms ist integrativ. Dies bedeutet, dass Selbsterfahrungsanteile, Skalen-Training, Modellernen, Training der Therapeutenvariablen und Microcounseling Bestandteile des Programms sind. Außerdem hat es als Modul interaktive Multi-Media Trainingseinheiten. Es besteht aus einem 53-seitigen Manual und 11 Videosequenzen, die schwierige, in der therapeutischen Praxis oft vorkommende Therapiesituationen zeigen (z.B. Suizidandrohung, Verstoß gegen die Schweigepflicht, Therapieabbruch usw.). Die Szenen sind aus einer subjektiven Kameraperspektive aufgenommen, d.h. der Patient spricht frontal direkt mit dem Betrachter. Der Lernende wird angewiesen auf den Patienten, den er am Bildschirm erlebt, direkt und spontan zu reagieren. Seine Reaktion wird entweder mit einer Videokamera oder einer Web-Camera (in der PC-Version) (Jacobs, 2002b) aufgezeichnet. Der Lernende wird dann mit seiner Reaktion konfrontiert und erhält ein Feedback vom Trainer. Die PC-Version "VI-VIT" hat außerdem den Vorteil, dass die Sequenzen als Video-Dateien abgespeichert werden können und der Trainer dem Lernenden auch Feedback geben kann, ohne anwesend zu sein. Außerdem gibt es noch die Möglichkeit, die Reaktionen als Video-Dateien online zu schicken, so dass der Student in kleinen geschützten Gruppen dezentral üben kann.

Der Lernende soll außerdem schriftlich angeben, welche Gefühle bei ihm durch die Szene ausgelöst werden, wie er damit umgeht, und was davon er dem Patienten mitteilt. In einer Kleingruppe von 3-5 Teilnehmern kann er dann die Szene weiter ausspielen und alternative Reaktionen erproben. Der Trainer gibt zwischenzeitlich immer wieder Feedback, solange bis die Situation konstruktiv gelöst worden ist. Zur angemessenen Lösung der schwierigen Therapiesituationen werden dem Lernenden fünf Regeln vermittelt:

1. Gehe zuerst auf die momentane gefühlsmäßige Befindlichkeit (z. B. Ärger, Enttäuschung) des Patienten ein.
2. Prüfe, was die Reaktion des Patienten bei Dir selbst an Gefühlen auslöst.
3. Überlege, was von diesen Gefühlen Du dem Patienten in angemessener Form mitteilst (z.B. Betroffenheit, Mitgefühl).
4. Überlege, auf welcher Ebene Dich der Patient direkt oder indirekt anspricht (z. B. Inhalts- oder Beziehungsebene)
5. Mache dem Patienten einen konstruktiven Vorschlag, um das angesprochene Problem zu lösen (z. B. Suizidvertrag bei Suiziddrohung).

Bei angemessener Realisierung dieser Regeln in einer oder mehreren schwierigen Therapiesituationen gilt das Training als erfolgreich abgeschlossen. (Jacobs, S. 2002a. Manual zum Training schwieriger Therapiesituationen).

Bei Teilnehmern von Weiterbildungsgängen soll zusätzlich der Transfer in Echt-Situationen durch entsprechende Video-Aufnahmen kontrolliert werden, die zu Supervisionseinheiten vorgestellt werden. Diese Studie ist noch in Planung.

Durchführung der Untersuchung

Das Trainingsprogramm wurde durchgeführt bei 20 Teilnehmern eines Interventionspraktikums im Psychologie-Hauptstudium und bei 7 Teilnehmern eines Weiterbildungsganges zum Sozialtherapeuten gesprächspsychotherapeutisch/klientenzentriert aus dem Tätigkeitsfeld Sucht. Kontrollgruppe war eine Gruppe von 23 Psychologie-Studenten eines Verhaltensbeobachtungspraktikums. Die Trainingsdauer betrug 30 Stunden.

10 Teilnehmer trainierten mit der Video-gestützten Version und 10 Teilnehmer mit der interaktiven PC-Version. Es wurden pro Teilnehmer zwei Video-Sequenzen vor und nach dem Training aufgezeichnet. Die Sequenzen wurden von unabhängigen trainierten Ratern anhand der Variablen Empathie, Akzeptanz, Kongruenz, Selbsteinbringung des Therapeuten, Konfrontation, sowie Ansprechen der therapeutischen Beziehung auf Rating-Skalen eingeschätzt.

Als Hypothese wurde aufgestellt:

Personen, die an einem multi-medialen Training schwieriger Therapiesituationen teilnehmen, weisen nach dem Training höhere Ausprägungen in den Basisvariablen (Empathie, Akzeptanz, Kongruenz), sowie in den Zusatzvariablen (Selbst-Einbringung, Ansprechen der therapeutischen Beziehung und Konfrontation) auf. Bei Personen, die an keinem Training teilnehmen, ändern sich die Ausprägungen der Variablen nicht.

Der Versuchsplan sah bei der Trainingsgruppe einen Vortest t 1 (Videokonfrontation) vor Beginn des Trainings, das Training und einen Nachtest t 2 nach dem Training vor. Die Kontrollgruppe unterlag dem gleichen Plan, erhielt aber ein Training in Verhaltensbeobachtung als Vergleichstätigkeit. Die zufallsmäßig geordneten Ratings wurden von vier trainierten Ratern durchgeführt. Die Interrater Übereinstimmung, berechnet mit dem Ebel-Koeffizient (Helm, 1974; S.145) lag am Ende des Trainings bei .82 (Variable Empathie), .84 (Variable Akzeptanz), .78 (Variable Self – Disclosure). Die Variablen Kongruenz und Ansprechen der therapeutischen Beziehung wiesen die für die Berechnung mit dem Koeffizienten notwendige Mindeststreuung nicht auf. Die Variable Konfrontation kam zu wenig vor, um ausgewertet zu werden.

Die Interater- Reliabilität wurde während der Untersuchung fortlaufend kontrolliert.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse in Abb.1, 2 und 3 zeigen deutliche Verbesserungen (Effektstärken zwischen >0.85 und >1.8) in allen trainierten Variablen, wobei die PC-Gruppe der Video-Gruppe überlegen ist. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Video-Gruppe zu t1 höhere Ausgangswerte hatte. Die Variable Konfrontation konnte nicht ausgewertet werden, da sie zu selten auftrat. Das Lernziel war die Realisierung der Grundstufe therapeutischer Wirksamkeit, die in allen Variablen bei 3 liegt.

Abb.1, 2 und 3 einfügen

Abb.1 Ergebnisse der Trainingsgruppe PC in den Basis- und Zusatzvariablen. Mittelwerte und Effektstärken

Abb.2 Ergebnisse der Trainingsgruppe Video in den Basis- und Zusatzvariablen. Mittelwerte und Effektstärken.

Abb.3 Ergebnisse der Weiterbildungsgruppe (Video) in den Basis -und Zusatzvariablen. Mittelwerte und Effektstärken

Die Ergebnisse der Kontrollgruppe zeigen hingegen keine Veränderung in den untersuchten Variablen.

Tab.1 und 2 einfügen

Tab.1 Ergebnisse der Kontrollgruppe PC. Mittelwerte und Effektstärken.

Tab.2 Ergebnisse der Kontrollgruppe Video. Mittelwerte und Effektstärken.

Diskussion:

Die Ergebnisse des multi-medialen Trainings schwieriger Therapiesituationen zeigten deutliche Effekte in allen Variablen bei den trainierten Teilnehmern gegenüber einer Kontrollgruppe. Die PC-Gruppe ist hierbei der Video-Gruppe als tendenziell überlegen zu betrachten. Wir führen das auf motivationale Hintergründe zurück. Die Studenten berichteten, das es ihnen mehr Spaß machen würden mit Web- Camera und PC zu arbeiten, als mit der Videokamera und- rekorder. Trotz der deutlichen Trainingseffekte sind jedoch einige Einschränkungen der internen und externen Validität der Untersuchung zu beachten.

Wir orientieren uns an den Matarazzo (1986) vorgestellten Problemen der Ausbildungsforschung, der folgende Kritikpunkte aufstellte:

1. Niedrige Stichprobengröße.

In therapeutischen Ausbildungsgruppen bewegt sich die Zahl der Teilnehmer aus didaktischen Gründen (Kleingruppenarbeit, Rollenspiele) um 8 bis 12 Teilnehmer. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse wird hierdurch sehr eingeschränkt. Wir planen daher eine Multi-Center-Studie an mehreren Universitäten mit einer größeren Stichprobe (100 Vpn).

2. Komplexität des Geschehens.

Ein therapeutisches Training kann schwer in seiner ganzen Komplexität erfasst werden. Einzelne Zielvariablen, die als Effektivitätskriterien dienen, müssen definiert werden und für diese Variablen müssen reliable und valide Messverfahren entwickelt werden. Die Variablen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz sind, - wie auch die Zusatzvariablen Selbsteinbringung, Ansprechen der therapeutischen Beziehung und Konfrontation komplexe Variablen, denen die Messung durch ein 5 – stufige Skala vielleicht nicht gerecht wird. In manchen Studien wie beim Microcounseling wird absichtlich sowohl bei der Evaluation wie auch beim Training auf komplexe Variablen verzichtet. Häufigkeiten von einzelnen isolierten Verhaltensweisen wie Häufigkeit des Sprechens, Blickkontakt werden gewählt um das Zielverhalten zu messen. Diese Kriterien sind für den Beurteiler ziemlich eindeutig. Sie werden aber andererseits der Komplexität von therapeutischem Verhalten nicht gerecht. Der Untersucher steht also vor dem Dilemma einer Entscheidung einer Vereinfachung der relevanten Variablen oder der Verwendung von zu wenig konkreten und uneindeutigen Messinstrumenten.

Obwohl die von uns verwendeten Skalen“Variablen des Therapeutenverhaltens“(Pfeiffer,1977) hinsichtlich Reliabilität und Konstruktvalidität kritisiert wurden (Chinsky & Rapaport, 1970), haben wir uns trotzdem für sie entschieden, weil sie sich in der Praxis (Supervision) und im Training bewährt haben. Als Modifikation haben wir im Sinne einer besseren Differenzierung die Einführung von Zwischenstufen gewählt. Dies bedeutet, dass die Rater z.B. eine Bewertung von 3,5 abgeben konnten, wenn sich der vorgestellte Ausschnitt zur Hälfte auf Stufe 3 und zur anderen Hälfte auf Stufe 4 bewegte.

3. Kontrollgruppen.

Matarazzo (1986) bemängelt, dass die meisten Studien keine Kontrollgruppen aufwiesen und wenn ja sie nur ungenügend mit der Experimentalgruppe vergleichbar seien. Außerdem führt er an, dass im Training anhand der Skalen gearbeitet wird, mit denen im Nachhinein die Veränderungen gemessen werden. Dies bedeutet, dass die Experimentalgruppe, nicht aber die Kontrollgruppe die Kriterien kennt, mit denen sie beurteilt wird. In unsere Studie erhielt die Kontrollgruppe ein Training in Verhaltensbeobachtung, was unserer Auffassung nach die Vergleichbarkeit erhöht. Außerdem waren durch eine Beobachtungsübung zur Einschätzung von therapeutischem Verhalten die Skalen auch den Teilnehmern der Kontrollgruppe bekannt. Hier wird deutlich wie schwierig mögliche Störvariablen zu kontrollieren sind. Die interne Validität kann durch zwischenzeitliches Geschehen, Reifung, Testeffekte beeinträchtigt werden, die externe Validität durch die Wechselwirkung zwischen Stichprobenauswahl und Treatment. Diese Kritikpunkte treffen auch auf die vorliegende Untersuchung zu.

4. Eignung von Ratern.

Beurteilungen durch Rater, Therapeuten und Klienten sind nicht übereinstimmend. Trainierte Rater werden in den meisten Untersuchungen bevorzugt (Kurtz & Grummon,1972). In unserer Studie waren die 4 Rater trainiert (ca. 8 Stunden Training) und Psychologiestudenten. Die Rater hatten eine gute Interrater-Übereinstimmung. Die Interrater- Reliabilität wurde während der Untersuchung fortlaufend kontrolliert.

5. Tonband vs. Video

Hier stellt sich die Frage, ob ein auditiv aufgezeichnetes Gespräch das Beurteilen der Basisvariablen im Vergleich zu Videoaufzeichnungen beeinträchtigt. Tscheulin (1972) fand nur bei der Variable Kongruenz niedrige Korrelationen zwischen Ton- und Videoeinschätzungen. Er

hielt die Beurteilung dieser Variable trotzdem für gerechtfertigt. In unsere Studie sind aber die Zusatzvariablen Selbsteinbringung, Ansprechen der therapeutischen Beziehung und Konfrontation wesentlich für das Training und die Beurteilung. In diese Variablen gehen weit mehr nicht verbale Anteile ein als z.B. in die Variable Empathie. Daher halten wir die Beurteilung durch Video-Aufnahmen für unerlässlich.

6. Effektivitätskriterien.

Matarazzo (1986) betont die Bedeutung von langfristigen Effekten eines Trainings durch die Überprüfung von Veränderungen bei Klienten. Damit wird nicht nur das Verhalten gemessen, das vom Supervisor als wirksam erkannt wird, sondern die tatsächliche Wirkung des Ausbildungskandidaten als Therapeut, bzw. die Frage des Transfers in die therapeutische Praxis. Nach Birtsch (1980) ist es die Aufgabe der Psychotherapieforschung, die therapeutischen Variablen zu finden, die mit einer positiven Veränderung bei Klienten einhergehen. Die Ausbildungsforschung könne sich daher auf kurzfristige Effekte, d. h. auf Verhaltensänderungen der Teilnehmer beschränken. Geplant ist aber von uns in einer follow-up Studie zumindest bei Weiterbildungsteilnehmern in Gesprächspsychotherapie, die mit Patienten arbeiten, die Frage von langfristigen Effekten des Trainingsprogramms zu untersuchen. Voraussetzung hierfür wäre, dass die geschäftspsychotherapeutische Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten demnächst anläuft und eine solche Studie von den Weiterbildungsinstituten unterstützt würde. Bei Studenten ist dies leider nicht möglich, da diese noch nicht praktisch mit Patienten arbeiten. Geplant sind ebenfalls Workshops mit diesem sehr effektiven Trainingsprogramm schwieriger Therapiesituationen für Praktikern, die ihre Handlungskompetenzen erweitern wollen- einschließlich einer begleitenden Evaluation.

Literatur

- Beckmann, E. (1998). *Evaluation des Zertifikatskurses „Gesprächsführungs- und Beratungskompetenz für Ernährungsberater/-innen“*. Unveröffentl. Dipl. Arbeit, Georg-August-Universität, Göttingen.
- Berensen, B.G., Carkhuff, R.R. & Myrus, P. (1966). The interpersonal functioning and training of college students. *Journal of counselling psychology*, 13,4, 441-446.
- Birtsch, V. & Tscheulin, D. (1980). *Ausbildung in klinischer Psychologie und Psychotherapie. Ziele, Inhalte und Methode in Lehre und Studium*. Weinheim und Basel. Beltz Verlag.
- Carkhuff, R.R. & Truax, B.C. (1965a). Training in counseling and psychotherapy: an evaluation of an integrated didactic and experiential approach. *Journal of consulting psychology*, 29, 4, 333-336.
- Carkhuff, R.R. & Truax, B.C. (1965b). Lay mental health counselling. The effects of lay group counselling. *Journal of consulting psychology*, 29,5, 426-431.
- Chinsky, J.M. & Rappaport, J. (1970). Brief critique of the meaning and reliability of "accurate empathy" ratings. *Psychological Bulletin*, 73,5, 379-382.
- Frohburg, I. (1988). Psychotherapie-Ausbildung. Beitrag zur wissenschaftlichen Begründung von Zielstellungen, Inhalten und Methoden. *Zeitschrift für Psychologie, Supplement 10*, 1-72.
- Fuhrmann, M. (1994). *Evaluation einer studienintegrierten Ausbildungsreihe zur klientenzentrierten Beratung für Studentinnen und Studenten der Ernährungswissenschaften*. Unveröffentl. Diss., Eberhard-Karls-Universität, Tübingen.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Helm, J. & Frohburg, I. (1980). Bedeutung des Verhaltenstrainings und Grenzen einer nur kenntnisvermittelnden Ausbildung in Psychotherapie. In V. Birtsch & D. Tscheulin (Hrsg.). *Ausbildung in klinischer Psychologie und Psychotherapie. Ziele, Inhalte und Methoden in Lehre und Studium*. (S. 200-214). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

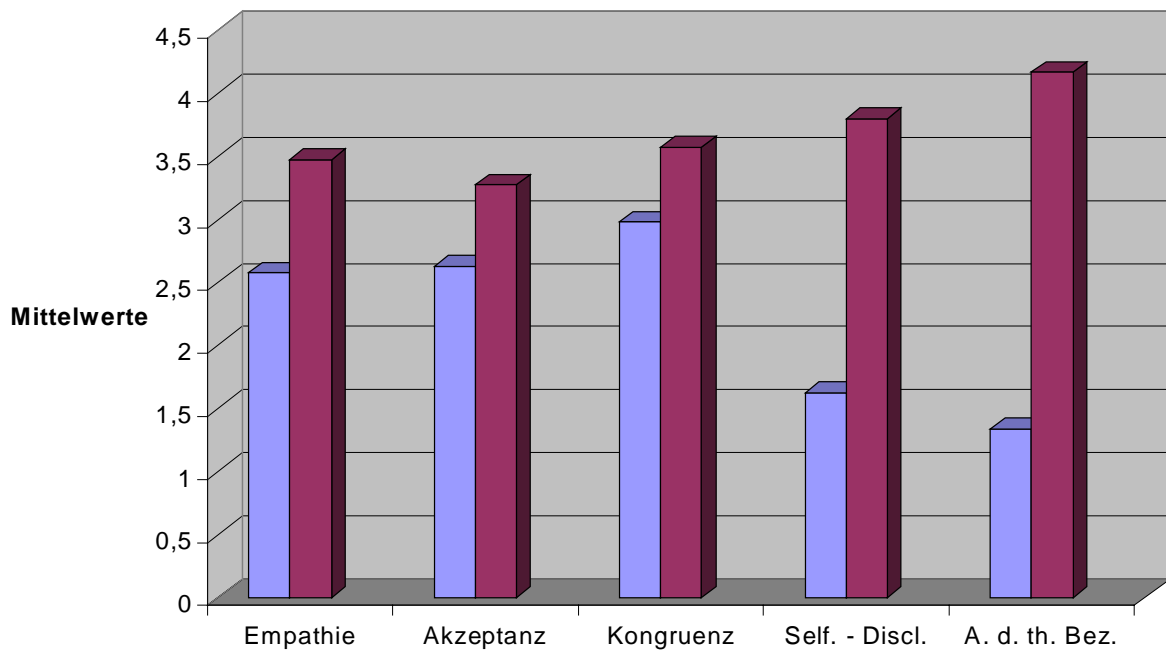
- Helm, J. (1974). *Psychotherapieforschung*. (2. Auflage). Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Ivey, A.E., Normington, C.J., Miller, C.D., Morrill, W.H. & Hasse, R.F. (1968). Microcounseling and attending behavior: An approach to prepracticum counselor training. *Journal of counselling psychology, Monograph supplement, 15*, 1-12.
- Jacobs, S. (2002a). *Training schwieriger Therapiesituationen*. Manual 54 S. und Video- Film, VHS 16 Min., Zentrale Einrichtung Medien, Universität Göttingen.
- Jacobs, S. (2002b). *VIVIT. Videobased Virtual Interaction Training. Training schwieriger Therapiesituationen*. CD-ROM. Zentrale Einrichtung Medien, Universität Göttingen.
- Kurtz, R.R. & Grummon, D.L. (1972). Different approaches to the measurement of therapist empathy and their relationship to the therapy outcome. *Journal of consulting and critical psychology, 39,1*, 106-115.
- Martin, J.C. & Carkhuff, R.R.(1968). Changes in personality and interpersonal functioning of counsellor-in-training. *Journal of clinical psychology, 24*, 109-110.
- Matarazzo, R.G. & Patterson, D.R. (1986). Research on the teaching and learning of psychotherapeutic skills. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *A handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 821-843). New York: Wiley & Sons.
- Minsel, W.-R.(1974). *Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Grundlagen- Forschung- Auswertung. Wien: Böhlau.
- Milne, D.L., Baker, C., Blackburn, I.-M., James, I. & Reichelt, K.(1999). Effectiveness of cognitive therapy training. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 30*, 82-91
- Pfeiffer, W.M.(1977).Skalen zur didaktischen Gesprächsanalyse nach Carkhuff, Gendlin und Tausch. *Informationsblätter der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie,29*
- Rogers, C. R. (1991). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und zwischen menschlichen Beziehungen*. (3. Auflage). Köln. GwG Verlag. (Original erschienen 1959: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as development in the client-centered framework.)
- Toukmanian, S.G. & Rennie, D.L. (1975). Microcounseling versus Human Relation Training: Relative effectiveness with undergraduate Trainees. *Journal of counselling, 22, 5*, 345-352.
- Truax, Ch.B., Carkhuff, R.R. & Douds, J.(1964). Toward and integration of the didactic and Experiential approaches to training in counselling and psychotherapy. *Journal of counselling psychology, 11, 3*, 240 – 248.
- Tscheulin, D.(1972). *Ausbildung in therapeutischem Basisverhalten. Aufbau, Durchführung und Vergleich verschiedener Modelle von Ausbildungskursen in klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie*. Unveröffentl. Diss., Bayrische Julius-Maximilians-Universität, Würzburg.
- Weisbach, C.-R. (1992). Erwerb personenzentrierter Kompetenzen. Im Rahmen eines tutoriellen, generativen Ausbildungsdesigns. In W. Pallach, W. Mutzeck & H. Reimers (Hrsg.), *Beratung – Training – Supervision*. Eine Bestandsaufnahme über Konzepte zum Erwerb von Handlungskompetenz in pädagogischen Arbeitsfeldern (S. 113-123). Weinheim und München: Juventa Verlag

Anschrift der Autoren

Dr. Stefan Jacobs
 Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie
 Klinische Psychologie und Psychotherapie
 Goßlerstr.14
 37073 Göttingen
 e-mail: sjacobs@uni-goettingen.de

Bestelladresse für das Trainingsprogramm schwieriger Therapiesituationen:
 Zentrale Einrichtung Medien
 Universität Göttingen
 Humboldtallee 32
 37073 Göttingen

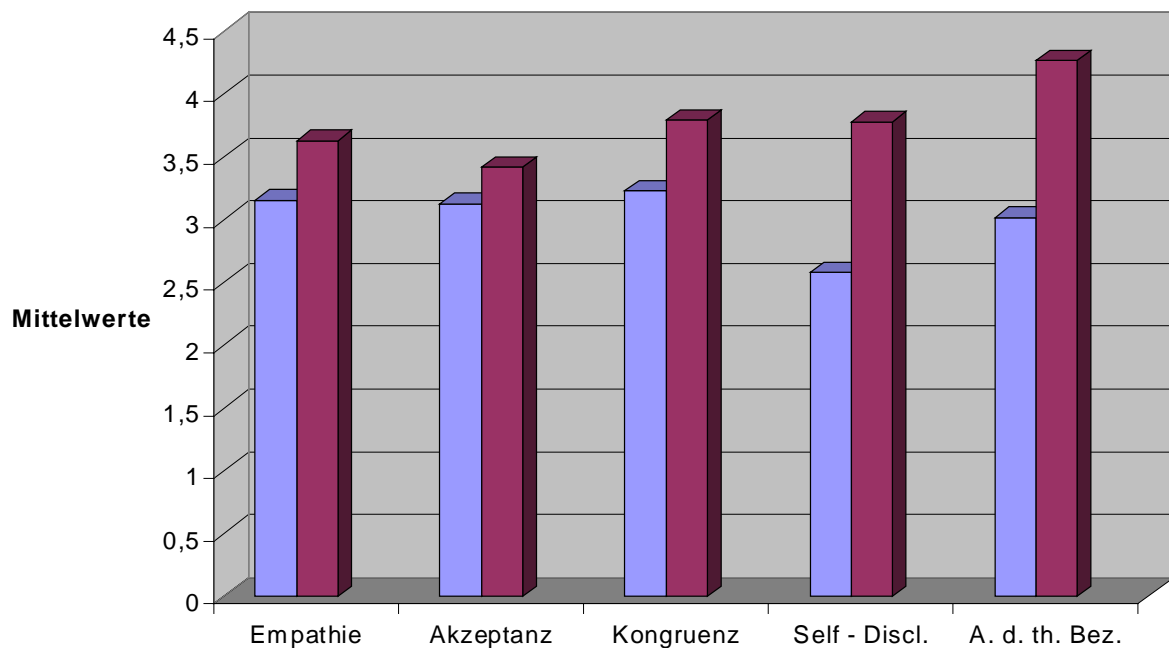
Anhang: 1. Ergebnisse der Trainingsgruppen (PC / Video)



	Empathie	Akzeptanz	Kongruenz	Self – Discl.	A. d. th. Bez.
M (t 1)	2,57	2,62	2,97	1,61	1,33
M (t 2)	3,47	3,27	3,57	3,8	4,16
t emp	4,50*	2,01*	3,45*	4,24*	4,68*
d emp	1,6	0,8	1,3	1,8	1,8

t crit = 1,833 ($\alpha = 0,05$; df = 9)

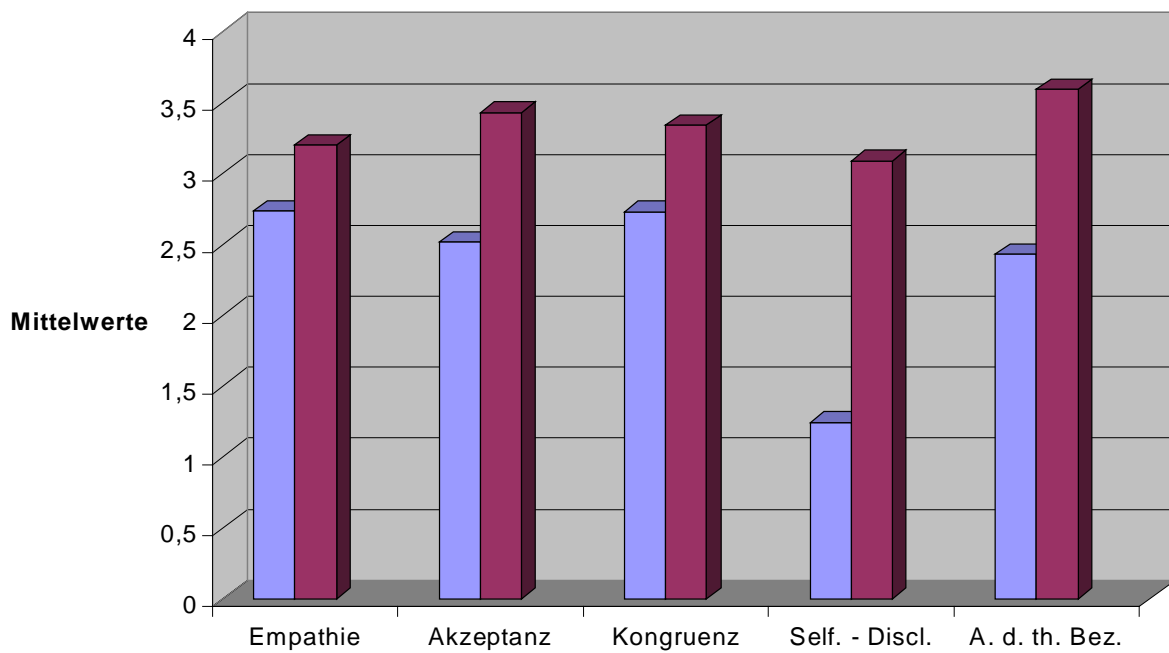
Abb.1: Ergebnisse der Trainingsgruppe (PC) in den Basis - und Zusatzvariablen. Mittelwerte (t 1: vor dem Training; t 2: nach dem Training) und Effektstärken.



	Empathie	Akzeptanz	Kongruenz	Self – Discl.	A. d. th. Bez.
M (t 1)	3,15	3,12	3,22	2,57	3,01
M (t 2)	3,62	3,41	3,78	3,77	4,26
t emp	3,54*	2,27*	4,06*	2,19*	1,91*
d emp	1,2	0,85	1,8	1,0	0,95

T crit = 1,833 ($\alpha = 0,05$; df = 9)

Abb.2: Ergebnisse Trainingsgruppe (Video) in den Basis - und Zusatzvariablen. Mittelwerte (t 1: vor dem Training; t 2: nach dem Training) und Effektstärken.



	Empathie	Akzeptanz	Kongruenz	Self – Discl.	A. d. th. Bez.
M (t 1)	2,73	2,51	2,42	1,24	2,42
M (t 2)	3,19	3,42	3,33	3,08	3,58
t emp	3,49*	2,28*	2,08*	2,89*	1,99*
d emp	0,9	1,1	1,1	1,2	0,9

t crit = 1,943 ($\alpha = 0,05$; df = 6)

Abb.3: Ergebnisse der Weiterbildungsgruppe (Video) in den Basis - und Zusatzvariablen.
Mittelwerte (t 1: vor dem Training; t 2: nach dem Training) und Effektstärken.

2. Ergebnisse der Kontrollgruppen (PC / Video)

	Empathie	Akzeptanz	Kongruenz	Self – Discl.	A. d. th. Bez.
M (t 1)	1,78	2,51	2,96	0,70	1,41
M (t 2)	1,82	2,46	2,94	0,79	1,85
t emp	0,18	- 0,13	- 0,24	0,19	1,67
d emp	0,06	- 0,05	- 0,07	0,06	0,3

t crit = 1,796 (α = 0,05; df = 11)

Tabelle 1: Ergebnisse der Kontrollgruppe (PC). Mittelwerte (t 1: vor dem Training; t 2: nach dem Training) und Effektstärken.

	Empathie	Akzeptanz	Kongruenz	Self – Discl.	A. d. th. Bez.
M (t 1)	2,28	2,64	3,02	1,54	2,54
M (t 2)	2,40	2,75	3,19	2,03	2,62
t emp	1,03	1,48	1,51	1,09	1,51
d emp	0,15	0,1	0,2	0,3	0,1

t crit = 1,812 (α = 0,05; df = 10)

Tabelle 2 : Ergebnisse der Kontrollgruppe (Video). Mittelwerte (t 1: vor dem Training; t 2: nach dem Training) und Effektstärken.