

Kächele H (2006) Psychotherapeut/Psychotherapeutin: Person – Persönlichkeit – Funktion. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie 11: 136-140*

Kächele H (2006) Psychotherapeut/Psychotherapeutin: Person – Persönlichkeit – Funktion. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie 11: 136-140*

Horst Kächele, Ulm

**Psychotherapeut – in:**

**Person – Persönlichkeit - Funktion<sup>1</sup>**

Zusammenfassung

Die Tätigkeit des Psychotherapeuten ist eine sehr person-gebundene Form des Handelns. Einige der systematisch aufbereiteten Befunde, die früher aus der Flut von Einzelergebnissen herausgestellt wurden, müssen aufgrund der neuen Datenlage revidiert werden. Es hat sich jedoch bewährt, einerseits Situations-übergreifende von Therapie-spezifischen Merkmalen, und andererseits zwischen relativ gut objektivierbaren und nur subjektiv erschließbaren Merkmalen zu differenzieren.

Schlüsselwörter: Therapeutenmerkmale

Summary

Psychotherapists' involvement in therapy must be regarded as person-bound action. Some findings reviewed in earlier meta-analytic overviews have to be revised based on newer data. However it still makes a lot of sense to differentiate between situational-independent and therapy-specific features and to distinguish easily objectively codable from subjective inferable features.

Keywords: therapists' features

---

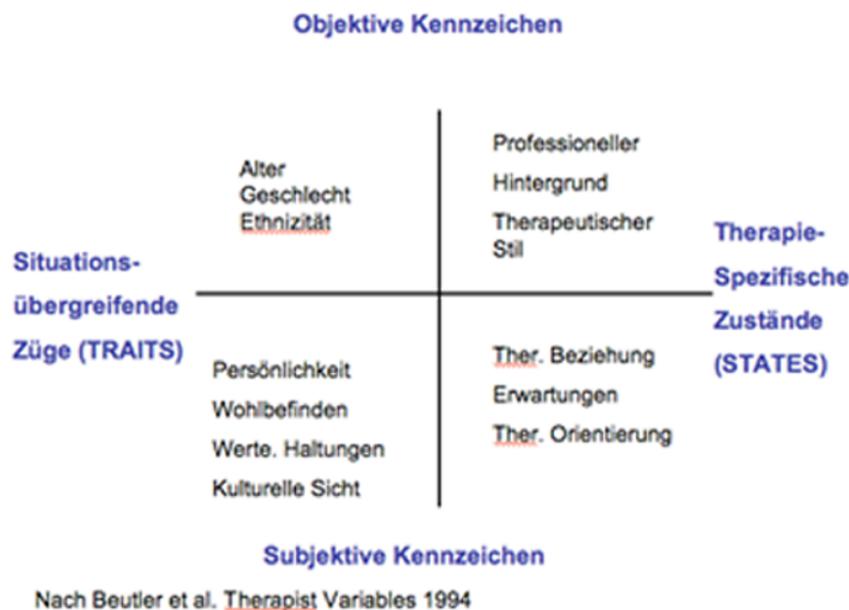
<sup>1</sup> Vortrag am 5. Internationalen Kongress über Theorie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. München, 15.7.06

Title: Psychotherapists – person, personality, function

Die Tätigkeit des Psychotherapeuten ist eine sehr person-gebundene Form des Handelns. In welchem Ausmaß sind die Persönlichkeit des Therapeuten oder seine persönlichen erworbenen Fähigkeiten für das Geschick des therapeutischen Prozesses bestimmend? Hierbei dürften sich sehr unterschiedliche Meinungen finden lassen. In einem früheren Beitrag zur Persönlichkeit des Psychotherapeuten (Kächele 1992) verwies ich auf L. Krasner's (1962) Kennzeichnung des Psychotherapeuten als "social reinforcement machine", als soziale Bekräftigungsmaschine. Diesem stellte ich J. Frank's (1973) historisch fundierte Perspektive des Psychotherapeuten als eines gesellschaftlich designierten Heilers zur Seite. Diese beiden extremen Standpunkte formulieren treffend, dass die eine Position den technokratischen Aspekt des psychotherapeutischen Handelns maximiert, und die andere den extrem person-gebundenen Standpunkt des von seiner Rolle im kulturellen Kontext überzeugten Helfers radikalisiert.

Der aktualisierte Stand der Forschung zu diesem brennenden Fragenkomplex, wie er in der 5. Auflage des renommierten „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (Lambert 2003) erneut von Larry Beutler und Mitarbeitern (2003) aufbereitet wurde, revidiert einige der systematisch aufbereiteten Befunde, die diese in der 3. und 4. Auflage (Beutler et al., 1986, 1994) aus der Flut von Einzelergebnissen herausgestellt hatten.

Hilfreich bleibt für die Einordnung der Befunde nach wie vor das konzeptuelle Schema, das sie 1994 vorgelegt haben:



Das zwei-dimensionale Schema unterscheidet einerseits Situations-übergreifende von Therapie-spezifischen Merkmalen, und andererseits wird zwischen relativ gut objektivierbaren und nur subjektiv erschließbaren Merkmalen differenziert. Alter, Geschlecht und Ethnizität sind persönliche, gut feststellbare trait-Charakteristika von Therapeuten; Persönlichkeit und deren allgemeines Wohlbefinden, sowie Werte und Haltungen und kulturelle Sichtweisen werden als stabile, aber nur durch Befragung ermittelbare subjektive Merkmale gefasst. Hingegen werden die professionelle Zugehörigkeit (Psychiater, Psychologe, Sozialarbeiter, Berater) und der therapeutische Stil als therapie-spezifische jedoch gut objektivierbare Merkmale klassifiziert; kennzeichnend für den subjektiven Bereich sind z.B. das Konzept der therapeutischen Beziehung – soweit der Therapeut gefragt ist - , Erwartungsmuster und die therapeutische Orientierung als therapie-spezifische state-Kennzeichen verortet.

Aus diesem, wie es sich für einen Handbuchbeitrag gehört, gründlichen Beitrag von Beutler et al. (2004) sollen einige der neueren Gesichtspunkte vorwiegend zu den objektiven Kennzeichen berichtet werden, um damit der je persönlichen Auffassung einer klinischen Leserschaft einen forschungs-orientierten Blickwinkel zur Verfügung zu stellen. Damit soll auch unterstrichen werden, dass m. E. der Kliniker sich über Forschungsergebnisse informieren soll, und doch für sich jeweils zu prüfen hat, welchen Stellenwert er oder sie den immer neuen Befunden einzuräumen gedenkt. Eine präskriptive Forschung, die sie in verbindlichen Leitlinien ihren Niederschlag findet, dürfte selbst kaum als „evidenz-basiert“ sich belegen lassen. Leitlinien sind Empfehlungen, die wie Wegweiser funktionieren. Nur wer sagt, welchem Wegweiser man folgen soll (Wittgenstein 1960).

Am Beginn der systematischen Therapieforschung in den sechziger Jahren bestand weithin die Überzeugung, dass es beachtliche Einflussfaktoren gibt, die in der Person des Therapeuten verankert sind<sup>2</sup>. Dieses Bemühen hat sich in den beiden letzten Dekaden unter dem Einfluss der randomisiert-klinischen Studien dramatisch abgeschwächt. Deren Erkenntnisinteresse ist ganz auf die Prüfung der experimentellen Wirksamkeit (efficacy) von Methoden gerichtet und lässt wenig Aufmerksamkeit für die konkreten Personen übrig, die in solchen Therapiestudien als Therapeuten fungieren. Ironischerweise hat diese Forschungsrichtung bisher noch davor zurückgeschreckt, auch die Therapeuten als beliebig verfügbare ‚Subjekte‘ zu randomisieren, um dem Ideal der Doppelt-Blind-Studien noch ein Schritt näher zu kommen.

Diese Forderung ist weit weniger utopisch als es zunächst den Anschein hat. Bei einer randomisiert-kontrollierten Therapiestudie muss nämlich entschieden werden, ob bei dem Vergleich zweier Methoden der gleiche Therapeut die verschiedenen

---

<sup>2</sup> Zum Beispiel der A-B Typologie von Betz u. Whitehorn bei der Behandlung schizophener Patienten (Betz 1962)

Therapiemethoden realisieren soll, oder ob es zweckmäßiger ist, jeweils verschiedene Therapeuten für die Methoden einzusetzen, mit den sie identifiziert sind. Damit wird allerdings ab ovo ein Einfluss des Therapeuten eingeführt, der der Logik dieser Studien widerspricht; denn diese konzipieren den Einfluss des Therapeuten als Quelle von Irrtum, und nicht als Spezifikum. Aber Fakt ist, Variabilität von Therapeuten und Patienten als Teilnehmer von Therapiestudien ist eher die Regel als die Ausnahme (Beutler et al. 2003, S. 227). Deshalb ist die detaillierte Untersuchung von person-gebundenen Einflussfaktoren nach wie vor eine wichtige Aufgabe.

Die Bedeutung des Alters bzw. der Alters-Ähnlichkeit eines Therapeuten mit seinen Klienten für den Therapieausgang ist notorisch mit dem Problem belastet, dass mit dem Alter des Therapeuten in der Regel auch die klinische Erfahrung wächst. Immerhin deuten die Studien, die Alter und Erfahrung getrennt analysiert haben, darauf hin, dass Therapeuten, die mehr als zehn Jahre jünger als ihre Klienten sind, für diese nicht gerade die beste Wahl sein dürften, wie Beck (1988) an einer großen Stichprobe von 250 Therapeuten und ihren 1500 Klienten gezeigt haben.

Man hörte in klinischen Konferenzen oft die Ansicht, dem Geschlecht des Therapeuten komme eine große Bedeutung für den Ausgang einer Behandlung zu. Besonders ausgeprägt findet sich diese Überzeugung bei Krankheitsbildern, die eine Gender-Prägung aufweisen (z.B. Essstörungen). Doch zeigt die neuere Literatur noch weniger als früher angenommen einen direkten Einfluss des Geschlechts. Bowman et al (2001) haben die Befunde aus 58 Studien zusammengefasst und fanden einen zwar signifikanten, aber numerisch kleinen Effekt ( $ES\ d = 0.04$ ) für das weibliche Geschlecht. Auch die von Beutler et al (1994) noch geäußerte Vermutung, dass sich ein Einfluss bei gleich-geschlechtlicher Passung zeigen könnte, hat sich so nicht aufrechterhalten lassen. Diese Abschwächung der Befundlage ist deshalb von Interesse, weil auch bei Klinikern der Slogan sich ausbreitet, dass „die Chemie

stimmen muss, dass „auf jeden Topf ein Deckel passen kann“. Möglicherweise sind relevante Parameter noch nicht ins Blickfeld der Forschung gekommen, wie Stimme, soziale Attraktivität usw. Es könnte lohnend sein, hiernach Kliniker zu befragen, auch wenn das nicht geringe Risiko besteht, dass nur sozialpsychologisch aufklärbare Attributionsprozesse identifiziert werden (s. d. Nisbett & Wilson 1977).

Denkbar ist auch, dass solche Interferenzprozesse nur bei spezifischer Fragestellung aufscheinen, wie erst jüngst von Ogradniczuk (2006) aufgewiesen. Bei Re-Analysen der Daten der erfolgreichen Vancouver-Gruppe von Piper konnte Ogradniczuk zeigen, dass Frauen bei Förderung ihrer sozialen Kompetenz durch Unterstützung, und Männer durch Förderung ihrer exprimierten Emotionalität profitierten. Ein Gender-Thema, das mit der Abkürzung GLB (Gay, Lesbian, Bi-Sexual) in den USA auch in der Therapieforschung randständig ist, obwohl <political correctness> eine angemessene Aufmerksamkeit erfordern würde, hat bei uns noch wenig Therapie-Forschungs-Interesse auf sich gezogen<sup>3</sup>.

Das sog. Matching von Therapeut und Patient liefert am ehesten bei ethnischen Zugehörigkeiten (Asian-Americans, Afro-Americans) schwache Zusammenhänge zur Stabilisierung einer Therapiebeziehung (d.h. Reduzierung von drop-outs (Beutler et al. 2003, S. 234). Allerdings ist die Bedeutung der Passung in der psychoanalytischen Therapie immerhin von Kantrowitz et al. (1989) am Beispiel von 13 Behandlungen untersucht worden. Allerdings wurde bisher wenig deutlich, welche aus der möglichen Vielfalt von Variablen hier prädiktive Kraft entfalten. Nachträgliche Analysen von geglückten Matchings stimmen zwar den Betrachter glücklich, aber lassen doch vieles offen.

---

<sup>3</sup> Verdienstvoll sind natürlich die an einzelnen Brennpunkten (Berlin, Ruhrgebiet) realisierten Angebote, wie z.B. für türkische Patientinnen; als extensives Forschungsthema hat sich diese Aktivität noch nicht durchsetzen können.

Berufspolitisch brisant, weil mit der Wiederentdeckung der Psychotherapie durch die Psychiatrie, der Einführung eines Facharztes für psychosomatische Medizin und Psychotherapie und der Etablierung eines Berufsstandes des psychologischen Psychotherapeuten das Gebiet der Psychotherapie einen ungeahnten Aufschwung genommen hat (Kächele 2005), ist die wenig untersuchte Frage, ob sich systematische, ergebnis-relevante Kompetenzunterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen identifizieren lassen.

Die erste umfassende Meta-Analyse von Smith et al. (1980) fand einen leichten Unterschied zugunsten der Psychologen im Vergleich zu Psychiatern (ES  $r = 0.28$ ). Die bei uns auch viel zitierte Consumer Reports Studie<sup>4</sup> (Seligman 1995) legte das Urteil über Kompetenz der therapeutischen Professionen in die Hände der Konsumenten. Psychologen und Psychiater wurden als gleich hilfreich bewertet; Sozialarbeiter wurden noch besser bewertet, während Ehe- und Familienberater wenig kompetent erschienen. Die Rezeption dieser Studie in deutschsprachigen Ländern unterstrich mehr die Relevanz der Studie für Dosis-Effekt Aspekte (Hutterer 1996). Die deutsche Replikation dieses Ansatzes (Hartmann u. Zepf 2003) fokussierte auf den Vergleich von Therapiemethoden, und gab keine Angaben zur beruflichen Qualität der Leistungserbringer.

#### Für und Wider Manualisierung

Interessanter und bedeutsamer als die professionelle Zuordnung eines Therapeuten ist angesichts der unübersehbaren Entwicklung zu störungs-spezifischen Therapieformen die Frage, ob eine spezifische Schulung therapeutische Effektivität des einzelnen Therapeuten verbessert.

---

<sup>4</sup> Merkwürdigerweise wurde die Darstellung der Studie durch die durchführenden Wissenschaftler bei uns nicht beachtet (Kotkin et al. 1996).

Schon länger ist bekannt, dass in systematisch angelegten kontrollierten Studien sich erhebliche Divergenzen in der Effektivität einzelner Therapeuten finden lassen. Crits-Christoph et al. (1991) berichten von im Mittel 12% Varianzanteil für Therapeuteneffekte bei einer Streuung von 50 - 0 %. In einer meta-analytisch angelegten Auswertungsstudie wurde geprüft welche Faktoren für solche Effekte verantwortlich sein könnten. Untersucht wurden

1. Der Gebrauch eines Therapiemanuals,
2. Der Grad therapeutischer Expertise,
3. Die Dauer der Behandlung und
4. Die Art der Behandlung (psychodynamisch vs. kognitiv/behavioral).

Zur Prüfung der Hypothesen wurden die Daten aus 15 vergleichenden Studien herangezogen. Das Ergebnis lässt sich auf die bündige Formel bringen, dass die Verwendung eines Therapiemanuals und der Grad der Therapeuten-Expertise die Variabilität zwischen Therapeuten deutlich verringert. Im Duktus der hier geführten Argumentation lässt sich dieses abstrakte Ergebnis als deutliches Plädoyer für ein Mehr an kognitiver Unterweisung d.h. Supervision lesen und für ein Mehr an klinischer Erfahrung. Alle Bemühungen um die „Persönlichkeit“ des guten Therapeuten laufen darauf hinaus, dass es nichts Besseres für den Neuling gibt, als sich möglichst viel klinische, patienten-bezogene Erfahrung anzueignen. In dem Maße wie kognitive Orientierung verfügbar wird, ein therapiestrategisches Wissen internalisiert wird, findet psychotherapeutische Beeinflussung erst an den Möglichkeiten des Patienten ihre Grenze.

Die Evidenz, dass der Gebrauch von Behandlungs-Manualen tatsächlich eine Verbesserung der Ergebnisse zeitigt, ist jedoch alles anders als gesichert. Im deutschen Sprachraum propagiert Schulte zwar gerne die Überlegenheit von standardisierter gegenüber maßgeschneiderter Behandlung bei phobischen

Patienten (Schulte et al. 1992); eine holländische kognitiv-behavioral ausgerichtete Gruppe hingegen belegte einen negativen Effekt der Manualisierung bei Zwangsstörungen sowohl auf Symptomniveau wie auch auf das allgemeine Funktionsniveau (Emmelkamp et al. 1994).

Von den neueren Studien zu Vor- und Nachteilen der Manualisierung ist nun besonders die von Bein et al. (2000) bemerkenswert. Diese Studie stammt aus dem Vanderbilt II Projekt, das Hans H. Strupp<sup>5</sup> durchführte, dessen Kurztherapiemodell auch in der BRD zu den etablierten Lehrbüchern der Psychotherapie gezählt werden kann (Strupp & Binder 1992). Der Vergleich von gleichermaßen erfahrenen Psychotherapeuten mit oder ohne explizite Schulung in manualisierter Therapie ergab keine bedeutsamen Unterschiede im Ergebnis. Diese Beobachtung bestätigt zugleich die schon 1985 veröffentlichten Befunde der Penn Psychotherapy Research Gruppe um Luborsky, dass „der Psychotherapeut selbst erhebliche Relevanz“ hat (Luborsky et al. 1985). Schulung allein bürgt noch lange nicht für Expertise (Beutler 1997). In den Studien der Penn-Gruppe in Philadelphia zeigen manche Therapeuten Kompetenzen im Umgang mit einem bestimmten Patiententyp, andere weisen hingegen eine breite Palette der therapeutischen Kompetenz auf (Luborsky et al. 1997).

Dass dies nicht nur psychodynamische Therapien gelten muss, ergibt eine Re-Analyse der „Multi-Center Collaborative Study for the Treatment of Panic Disorder“ aus der kognitiv-behavioralen Gruppe von Barlow (Hupert et al. 2001). Diese Studie förderte noch stärkere Effekte der therapeutischen Erfahrung zu Tage, als sie für das NIMH-Projekt zur Behandlung der Depression von Blatt et al (1996) oder von Luborsky et al (1997) in den Penn-Studien identifiziert werden konnten.

---

<sup>5</sup> Hans H Strupp, ein Frankfurter Kind, konnte mit seinen Eltern rechtzeitig der Nazi-Verfolgung in die USA entkommen; als einer der bedeutsamen Initiatoren der Psychotherapieforschung, dessen Arbeiten auch im deutschen Sprachraum sehr beachtet wurden, erhielt er die Ehrendoktor-Würde der Universität Ulm.

Überraschend hohe Effektstärken bis zu  $r = 0.72$  für die allgemeine therapeutische Erfahrung in ihrer Auswirkung auf das Angstniveau der Patienten und nur geringe Effekte des Ausmaßes mit dem kognitive Therapieelemente durchgeführt wurden ( $r = 0.20$ ) legen erneut nahe, „that what is relevant about experience may be general clinical contact rather than the development of specific proficiencies“ (Beutler et al. 2004, S. 240). Als Fazit lässt sich wohl sagen, dass therapeutische Erfahrung sich durchsetzt!! (Blatt et al. 1996) oder anders gewendet: Allgemeines Therapiewissen ist wichtiger als Expertise in einem Verfahren (Hupert et al. 2001). Meta-analytisch gesprochen haben wir wenig Evidenz, dass Training in manualisierter Therapie zu besseren Ergebnissen führt (Bein et al. 2000; Shaddish et al. 2000). Am überzeugendsten finde ich die Formulierung: „Those who know least, are able to benefit from manualized treatment most“ (Beutler et al. 2003, S. 246). Dies spricht für den Gebrauch von sog. Manualen für den Anfänger, und widerspricht der Notwendigkeit den klinisch Erfahrenen eng an die Leine eines Manuals zu binden. Wer wollte dem widersprechen!!.

Dies belegt eine umfangreiche Meta-Analyse über 90 Studien von Shaddish et al. (2000); sie zeigte, dass naturalistisch angewandte Psychotherapien den manualisierten Behandlungen ebenbürtig waren: „Sowohl in klinisch repräsentativen und nicht repräsentativen Stichproben von Patienten erzeugten die beiden Formen von Behandlung gleichartige Raten der Verbesserung, die auch mit der Dauer von Behandlung anstiegen“ (Beutler et al. 2003, S. 246).

Welche Schlussfolgerungen können wir aus den erwähnten Studien ziehen? Emotionale und technische Flexibilität des Psychotherapeuten, die Fähigkeit Bedürfnisse und Wünsche so aufzugreifen, dass der Patient Realisierung und Verzicht in ein ausgewogenes Verhältnis bringen kann, dürfte ein Merkmal einer

kreativen Therapeutin sein. Für die Ausbildung stellt sich die Frage, wie dies durch intensive Schulung erworben werden kann. Gerade unter Ausbildungsaspekten sollte folgende aus der Therapieforschung belegbare Botschaft aufgegriffen werden: nicht die statischen Elemente, die Eigenarten, die ein Psychotherapeut qua Person in die therapeutische Situation einbringt, sind die entscheidenden, sondern seine dynamische Fähigkeit, sich jeweils auf einen anderen Menschen und dessen Defizienzen und Ressourcen einzustellen. Dies, mehr als andere, entscheidet über Erfolg und Misserfolg.

Zum Schluss weise ich auf ein markantes Ergebnis aus einem internationalen Forschungsverbund hin. Das „Collaborative Research Network“ (CRN), das David Orlinsky im Rahmen der Society for Psychotherapy Research vor einer Reihe von Jahren etabliert hat, kann nun klinisch hoch relevante Ergebnisse vorlegen (Orlinsky & Rønnestad 2005). Basierend auf einer aufwendigen Auswertung eines 20-seitigen Selbst-Aussage-Fragebogen (Core Common Questionnaire) einer großen Stichprobe von Psychotherapeuten (N=3991) vielfältiger therapeutischen Orientierungen aus 23 Ländern konnte eine Typologie von Psychotherapeuten nach zwei Dimensionen herausgearbeitet werden:

<b>Typologie von Therapeuten</b> Collaborative Research Network CRN (Orlinsky & Ronnestad) N = 3991		
	<i>entspannt</i>	<i>kämpferisch</i>
<i>gut</i>	<b>Hilfreiche Therapeuten</b> N = 1831: 46% viel hilfreiche Beteiligung (much healing involment)  wenig angestrenzte Beteiligung (little stressful involment)	<b>Kämpferische Therapeuten</b> N = 836: 21% viel hilfreiche Beteiligung (much healing involment)  sehr angestrenzte Beteiligung (more than a little stressful involment)
<i>schlecht</i>	<b>Unbeteiligte Therapeuten</b> N = 800: 20% wenig hilfreiche Beteiligung (not much healing involment)  wenig angestrenzte Beteiligung (little stressful involment)	<b>Gestresste Therapeuten</b> N = 524: 13% wenig hilfreiche Beteiligung (not much healing involment)  sehr angestrenzte Beteiligung (more than a little stressful involment)

Glücklicherweise erleben sich viele Therapeuten als hilfreich und finden diese Tätigkeit befriedigend (46%); nicht wenige finden sich auch hilfreich, aber fühlen sich dabei angestrengt (21%). Fast die gleiche Zahl findet sich nicht besonders hilfreich, aber es scheint ihren Seelenfrieden nicht zu stören (20%); eine kleine Zahl (13%) ist wenig hilfreich, doch sehr gestresst – ihnen sollten wir vermehrt unsere Aufmerksamkeit widmen.

## Literatur

- Beck D (1988) Counselor Characteristics: How They Affect Outcome. Family Service of America, Milwaukee, WI
- Bein A, Anderson T, Strupp HH, Henry W, Schacht T, Binder J, Butler S (2000) The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapeutic outcome. *Psychother Res* 10: 119-132
- Betz B (1962) Experiences in research in psychotherapy with schizophrenic patients. In: Strupp HH, Luborsky L (Eds.) *Research in Psychotherapy*. American Psychological Association, Washington DC
- Beutler L (1997): The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology: Science and Practice* 4:44-52
- Beutler LE, Crago M, Arizmendi TG (1986) Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In: Garfield SL, Bergin AE (Eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley & Sons, New York, S 257-310
- Beutler LE, Machado PP, Allstetter Neufeldt S (1994) Therapist variables. In: Bergin AE, Garfield SL (Eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley & Sons, New York, S 229-269
- Beutler L, Malik M, Alimohamed S, Harwood TM, Talebi H, Noble S, Wong E (2004) Therapist Variables. In: Lambert MJ (Hrsg) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York, S 227-306
- Blatt DS, Sanislow C, Zuroff D, Pilkonis P (1996) Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Con Clin Psychol* 64: 1276-1284
- Bowman D, Scogin F, Floyd MR, McKendree-Smith N (2001) Effect of therapist sex on outcome of psychotherapy: A meta-analysis. *Psychotherapy* 38: 142-148
- Crits-Christoph P, Baranackie K, Kurcias JS, Beck AT, Carroll K, Perry K, Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, Thomson L, Gallagher D & Zitrin C (1991): Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychother Res* 1:81-91
- Emmelkamp P, Bouman T, Blaauw F (1994) Individualized versus standardized therapy: A comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1: 95-100
- Frank JD (1973) *Persuasion and healing*. Baltimore. Johns Hopkins University Press; dt. *Die Heiler: Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung; vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien*. Stuttgart, Klett-Cotta 1981
- Hartmann S, Zepf S (2003) Effectiveness of Psychotherapy - A Replication of the Consumer-Reports-Study. *Psychother Res* 13: 235-242
- Hupert J, Bufka L, Barlow D, Gorman JM, Shear MK, Woods S (2001) Therapists, therapists variables, and CBT outcome for panic disorders: results from a multi-center trial. *J Con Clin Psychol* 69: 747-755
- Hutterer R (1996) Die Consumer Reports Studie: Längere Psychotherapien sind effektiver. *Psychotherapie Forum - Supplement* 4: 2-6
- Kächele H (1992) Die Persönlichkeit des Psychotherapeuten und ihr Beitrag zum Behandlungsprozess. *Zsch psychosom Med Psychoanal* 38: 227-239
- Kächele H (2005) Psychotherapie - eine feine Braut. Vortrag an der Abteilung Psychiatrie II der Universitätsklinikums Ulm, BHK Günzburg.

- Kantrowitz J, Katz AL, Greenman D, Morris H, Paolito F, Sashin J, Solomon L (1989) The patient-analyst "match" and the outcome of psychoanalysis: The study of 13 cases. Research in progress. *J Am Psychoanal Ass* 37: 893-920
- Kotkin M, Daviet C, Gurin J (1996) The Consumer Reports Mental Health Survey. *American Psychologist* 51: 1080-1082
- Krasner L (1962) The therapist as a social reinforcement machine. in HH Strupp & Luborsky L (Eds.) (1962) *Research in Psychotherapy*. American Psychological Association, Washington DC
- Lambert MJ (Ed.) (2003) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York Chichester Brisbane
- Luborsky L, McLellan AT, Woody GB, O'Brien CP, Auerbach A (1985) Therapists' success and its determinants. *Arch Gen Psychiat* 42: 602-611
- Luborsky L, McLellan AT, Digeur L, Woody G, Seligman D, 1997 (1997) The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice* 4: 53-63
- Nisbett RE, Wilson T (1977) Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychol Rev* 84: 231-259
- Ogrodniczuk J (2006) Men, women, and their outcome in psychotherapy. *Psychother Res* 16: 453-462
- Orlinsky DE, Ronnestad MH (Eds.) (2005) *The Psychotherapists' Perspective: Experiences of Work, Development, and Personal Life*. American Psychological Association, New York
- Schulte D, Kunzel R, Pepping G, Schulte-Bahrenberg T (1992) Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advanced Behavior Research and Therapy* 14: 67-92
- Seligman MEP (1995) The effectiveness of psychotherapy. *Am Psychologist* 50: 965-974
- Shaddish W, Matt G, AM N, Phillips G (2000) The effects of psychological therapies under clinical representative conditions: A meta-analysis. *Psychol Bull* 126: 512-529
- Smith ML, Glass GV, Miller TI (1980) *The Benefits of Psychotherapy*. Johns Hopkins University Press, Baltimore
- Strupp HH, Binder J (1992) *Kurzpsychotherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Wittgenstein L (1960) *Philosophische Untersuchungen, Schriften* 1. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Prof. Dr. H. Kächele  
Universitätsklinik Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Ulm  
Am Hochsträß 8  
D- 89081 Ulm  
e-mail: [horst.kaechele@uni-ulm.de](mailto:horst.kaechele@uni-ulm.de)  
<http://www.la-vie-vecu.de>

Kächele H (2006) Psychotherapeut/Psychotherapeutin: Person – Persönlichkeit – Funktion. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie* 11: 136-140