

Dieser Text kann zitiert werden: Roessler, Marianne: (2014) Beratung mit Wirkung. In: Euroguidance Österreich (2014): Euroguidance Fachtagung 2013. Building the Evidence Base. Methoden und Wirkung der Face-to-Face Beratung. Online verfügbar www.euroguidance.at

In diesem Beitrag werde ich anhand ausgewählter Ergebnisse aus der Psychotherapiewirkungsforschung zeigen, welche Faktoren in professionellen HelferInnen-KlientInnen-Interaktionen maßgeblich sind, um für KlientInnen hilfreich zu sein. Im zweiten Teil des Beitrags werde ich ein einfach einzusetzendes Qualitätsmanagementinstrument, mit dem Wirkung gemessen werden kann, vorstellen.

Ergebnisse aus der Psychotherapiewirkungsforschung für die Beratungsarbeit nutzen

Die Faktoren, die in professionellen HelferInnen-KlientInnen-Interaktionen Wirkung zeigen, sind mittlerweile durch Studien aus der Psychotherapiewirkungsforschung gut erforscht und es besteht Übereinkunft darüber, dass die außertherapeutischen Faktoren den größten Einfluss (ca. 40%) auf Veränderungsprozesse haben. Außertherapeutische Faktoren sind zum einen zufällige Ereignisse, die der Zielerreichung dienen und zum anderen werden darunter Ressourcen der Klientin/des Klienten und ihres sozialen Netzwerks verstanden, die zu den gewünschten Veränderungen führen. (Lambert 1992:97; Lambert/Shapiro/Bergin 1986:158)

Innerhalb der HelferInnen-KlientInnen-Interaktion ist der größte Wirkfaktor ein gelingendes Arbeitsbündnis (ca. 30%). Entscheidend ist dabei nicht die Einschätzung des Helfers/der Helferin, sondern vielmehr ob und in welchem Ausmaß die Klientin/der Klient das Arbeitsbündnis als gelingend erlebt, ob er/sie sich verstanden und respektiert fühlt und wie sehr es um die Themen und Anliegen geht, die für sie/ihn wichtig sind. Weitere wichtige Wirkfaktoren sind das Ausmaß der Hoffnung der KlientInnen auf positive Veränderungen (Veränderungserwartung) sowie Modell und Techniken, die professionelle HelferInnen einsetzen und wie sehr sie von der Klientin/dem Klienten als hilfreich und passend angesehen werden (jeweils ca 15%; Lambert 1992:97). Diese Wirkfaktoren werden als „Common factors“ bzw. als Gemeinsame Wirkfaktoren bezeichnet, da sie unabhängig von der therapeutischen Ausrichtung bzw. von der Konzeption der psychosozialen Beratung wirken.

Die genannten Wirkfaktoren legen nahe, dass es für professionelle HelferInnen mehrere Anknüpfungspunkte für die Gestaltung hilfreicher Hilfe gibt:

1. Das Arbeitsbündnis

Professionelle HelferInnen sind gut beraten das Hauptaugenmerk auf ein seitens der Klientin/des Klienten als gelingend empfundenenes Arbeitsbündnis zu richten. Und zwar nicht, indem sie zuerst an der „Beziehung“(Beziehungsaufbau) arbeiten, um in der Folge mit der eigentlichen Arbeit zu beginnen, sondern indem sie kontinuierlich an der Qualität des Arbeitsbündnisses arbeiten. Die Arbeit an Veränderungsschritten und die kontinuierliche Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung eines gelingenden Arbeitsbündnisses müssen zeitgleich geschehen und sind untrennbar miteinander verbunden.

Faktoren für ein gelingendes Arbeitsbündnis

- a) **Die Theorien der KlientInnen wie Veränderung gelingen kann**
Professionelle HelferInnen sollten ihr Behandlungsangebot so ausrichten, dass es zu den Ansichten, den Überzeugungen und den Vorstellungen der KlientInnen, wie Besserung erfolgen kann, passt. Damit dies gelingt ist es für professionelle HelferInnen erforderlich, herauszufinden, welche Auffassungen für den Klienten/die Klientin handlungsleitend und von Bedeutung sind. (Frank 1985)
- b) **Die Ziele der KlientInnen**
Die Ziele der KlientInnen (das Wollen) bilden den Pfad für Veränderungsprozesse: Professionelle HelferInnen müssen, um entlang der Ziele der KlientInnen arbeiten zu können kontinuierlich (zyklisch), immer wieder nach dem Wollen fragen, da Ziele nicht statisch sind (obwohl sie häufig so behandelt werden, nämlich als Ziele, die zu Beginn formuliert und dann

als gegeben angesehen werden). In einer Konzeption, die den Gemeinsamen Wirkfaktoren folgt, werden Ziele als dynamisch und als sich verändernd gesehen. Daher bleiben im Laufe der HelferInnen-KlientInnen-Interaktion das (sich wandelnde) Wollen und die Ziele (im Sinne einer erwünschten Zukunft) fortlaufend im Fokus und werden mit bereits Erreichtem in Verbindung gesetzt.

c) **Wie sehr die Methodik aus Sicht der KlientInnen zu ihnen passt**

Professionelle HelferInnen müssen, wenn sie ihre Interventionsstrategien und ihr Vorgehen an den gemeinsamen Wirkfaktoren und den wissenschaftlichen Ergebnissen, was in HelferInnen-KlientInnen-Interaktionen positiv wirkt, ausrichten wollen, mit einer forschenden Haltung von den KlientInnen lernen, welches Vorgehen – welche Methodik – zu ihnen passt und was sie als hilfreich empfinden. Dies ist deshalb entscheidend, da KlientInnen es abhängig davon machen für wie kompetent und glaubwürdig sie den Helfer/die Helferin einstufen. Auch „wäre es selbstverständlich nicht im besten Interesse des Klienten [der Klientin] (...), wenn das verwendete Modell oder Behandlungsverfahren einem pessimistischen Weltbild Vorschub leistet oder eine langwierige Abhängigkeit vom Therapeuten [von der professionellen Helferin] erforderlich macht. Ebenso wenig hilfreich wäre es, wenn der Ansatz auf irgendeine Weise die Selbstachtung oder die Selbstwirksamkeit des Klienten untergräbt oder seinen Wertvorstellungen oder religiösen Überzeugungen widerspricht“ (Miller/Duncan/Hubble 2000:95).

d) **Wie gut die KlientInnen die HelferInnen-KlientInnen-Interaktion einschätzen**

Professionelle HelferInnen können ihre Wirksamkeit erhöhen, indem sie KlientInnen explizit fragen, wie sie das Arbeitsbündnis einschätzen und was aus ihrer Sicht anders gemacht werden sollte, um von den KlientInnen zu lernen, wie Zusammenarbeit und Wirksamkeit gefördert werden können und dementsprechend ihr professionelles Handeln auszurichten.

2. Die Bedeutung von Hoffnung und Veränderungserwartung für hilfreiche Hilfe

Für gelingende Veränderungsprozesse ist weiters maßgeblich, über wie viel Hoffnung KlientInnen verfügen, also wie zuversichtlich sie sind, dass Veränderung möglich und machbar ist. Gelingt es, Hoffnung und Zuversicht bei den KlientInnen zu stärken, so führt die gesteigerte Hoffnung zu einer erhöhten Selbstwirksamkeitserwartung (Grossmann 2005), die wiederum zur Folge hat, dass sich KlientInnen als handelnde AkteurInnen erleben können, also als Personen, die durch ihre Handlungen¹, Veränderungen in sozialen Interaktionen, Veränderungen in ihrem Leben bewirken (können). Interessanterweise ist auch das Ausmaß an Hoffnung der HelferInnen für gelingende HelferInnen-KlientInnen-Interaktionen maßgeblich, und zwar in zweierlei Hinsicht:

1. Haben HelferInnen keine oder wenig Hoffnung auf positive Veränderung und damit eine geringe Veränderungserwartung, wirkt sich dies nachteilig auf die Chancen aus, dass positive Veränderungsprozesse in Gang gesetzt werden. (Snyder et al 2006:186)
2. Die Zuversicht des Helfers/der Helferin zum eigenen methodischen Handeln und in die eigene Wirksamkeit: Dafür braucht der professionelle Helfer/die professionelle Helferin eine Konzeption über das eigene beraterische/professionelle Handeln und ein Interventionsrepertoire und zwar einerseits zur Gestaltung des kommunikativen Prozesses und andererseits um die unterschiedlichen professionellen Handlungsprogramme zu steuern. (Gaiswinkler/Roessler 2009²)
„Better outcomes [are predicted] for therapists, who have hope both in their clients abilities to change and in the potential of what they have to offer the client to bring about change.“ (Snyder et al 2006:186)

Hoffnung kann befördert werden, indem auf Kompetenzen und Ressourcen und auf (kleine) Erfolge und Fortschritte fokussiert wird „Wenn es gelingt, beim (...) [Klienten] positive Erwartungen auf wirksame Hilfe und baldige Besserung zu induzieren, wird er sich wieder etwas zuversichtlicher fühlen und mit mehr Mut, Schwung und Vertrauen an die Dinge heran gehen. Dies führt zu kleinen Erfolgserlebnissen, die wiederum sein Vertrauen stärken, dass Veränderung möglich ist. Dies hebt seine Stimmung erneut und führt zu positiveren

¹ Vgl. dazu den Diskurs zu agency: Emirbayer/Mische 1998

² In diesem Aufsatz beschreiben wir (Roessler/Gaiswinkler 2009) unser Verständnis von Handlungsprogrammen und deren Steuerung. Als Handlungsprogramm bezeichnen wir beispielsweise: 1.) Psychosoziale Beratung, 2.) Fachberatung (Informationen geben), 3.) Erschließen institutioneller Ressourcen, 4.) Geldaushilfen, 5.) Kontrolle (wie beispielsweise in der Jugendwohlfahrt), etc.

Zukunftserwartungen, die wiederum die Voraussetzungen für weitere Erfolgserlebnisse verbessern“³ (Grawe 2000: 35) Hoffnung entsteht (...) indem eine erwünschte Zukunft mit der Klientin/dem Klienten entworfen wird und KlientInnen für sich machbare Umsetzungsstrategien entwickeln“ (Snyder 2001 et al 195), und zwar Umsetzungsstrategien, die im eigenen Einflussbereich und damit auch innerhalb der eigenen Kontrolle liegen. (Roessler 2012)

Pre-session Change (Pre-treatment Change): Veränderungen vor dem Erstgespräch und zwischen den Beratungsgesprächen

Veränderungen, die bereits vor der ersten professionellen HelferInnen-KlientInnen-Interaktion statt finden werden als „*Pre-Session Change*“ oder auch als „*Pre-Treatment Change*“ bezeichnet. (Howard et al. 1986:163) Lawson (1994:245) führte ein Forschungsprojekt zur Identifizierung des „*Pre-Treatment Change*“ durch, an dem 82 KlientInnen teilnahmen⁴. 62,2 Prozent berichteten von Verbesserungen in Bezug auf die Beschwerde bereits, wenn sie zum ersten Gespräch kamen. KlientInnen berichten vor allem dann von Verbesserungen, wenn sie explizit danach gefragt werden. Das Erzählen von Verbesserungen bzw. das Berichten von Zeiten, in denen das Problem kleiner war, führt häufig erst dazu, dass die im systemisch-lösungsfokussierten Ansatz als Ausnahmen (De Jong/Berg 2008) bezeichneten Zeiten, von KlientIn und HelferIn wahrgenommen werden.

HelferInnen-KlientInnen-Beziehungen, in denen es innerhalb der ersten drei Sitzungen zu keinen Besserungen kommt enden durchschnittlich nicht positiv und KlientInnen, bei denen es innerhalb der ersten drei Sitzungen zu Verschlechterungen kommt, brechen doppelt so oft– im Vergleich zu jenen, die von Verbesserungen berichteten– die Therapie ab. (Miller et al. 2006)

Frühe Veränderungen sind wahrscheinlicher als Verbesserungen, die zu einem späteren Zeitpunkt des Hilfeprozesses statt finden (Brown/Dreis/Nace 2006: 390). Frühe Verbesserungen möglichst früh zu erfassen (also auch jene, die bereits vor der ersten Beratung eingetreten sind) dient dazu, sie den KlientInnen bewusst zu machen und damit Hoffnung zu befördern, es dient weiters dazu, auf ihnen in der HelferInnen-KlientInnen-Interaktion aufzubauen, sie zu verstärken und damit die Selbstwirksamkeitsüberzeugung zu stärken.

Große Unterschiede zwischen den professionellen HelferInnen im Outcome

Ich habe bisher gezeigt, dass es die Gemeinsamen Wirkfaktoren (Arbeitsbündnis, Hoffnung, Methodik/Techniken) sind, die wirken und dass es in erster Linie in der HelferInnen-KlientInnen-Interaktion darum gehen sollte, von den KlientInnen zu lernen, was für sie hilfreich ist, um dementsprechend die Zusammenarbeit zu gestalten. Dies gelingt professionellen HelferInnen unterschiedlich gut:

Okiishi et al (2003) zeigen in einer Studie an der 1841 KlientInnen und 91 TherapeutInnen einer universitären Beratungsstelle im Zeitraum von 2,5 Jahren teilnahmen, dass es große Unterschiede zwischen den TherapeutInnen gibt. In dieser Studie wurden die KlientInnen vor jeder Sitzung mittels Fragebogen⁵ zu ihrer aktuellen Lebenssituation befragt und auf diese Weise ermittelt, ob Verbesserungen eingetreten waren. Die Ergebnisse wurden gesondert für jeden Therapeuten/jede Therapeutin ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass TherapeutInnen unterschiedlich hilfreich für die KlientInnen waren:

Die Mehrzahl der TherapeutInnen konnte die KlientInnen so unterstützen, dass es ihnen im Laufe der Behandlung besser ging. Einige erreichten systematisch überdurchschnittliche Ergebnisse (10 Mal so starke Verbesserungen als der durchschnittliche Therapeut/die durchschnittliche Therapeutin mit einer geringeren Anzahl von Sitzungen (ebd. 366) ,

³ Ich erlebe in meiner Praxis die Wirkmächtigkeit dieser Vorgehensweise: Obwohl der Gedankengang so banal scheint, ist es eine große Herausforderung gerade bei komplexen Problemlagen diesen wertschätzenden Blick auf die kleinen Veränderungen aufrecht zu erhalten.

⁴ alle KlientInnen, die innerhalb einer Zeitspanne von drei Monaten die Familienberatungsstelle neu aufgesucht hatten.

⁵ In der Studie wurde der *Outcome Questionnaire 45*, abgekürzt *OQ-45* eingesetzt. Hier werden 45 Dimensionen abgefragt (vgl. Gillapsy/Murphy/Murphy 2012:74⁵). Das Verfahren wurde von Lambert, Hansen, Umphress, Lunnen, Okiishi, Burlingame, Huefner & Reisinger (1996) entwickelt. Gillapsy/Murphy führen fünf randomisierte klinische Studien als Belege an: Harmon et al. (2007); Hawkins et al. (2004); Lambert et al. (2001; 2002); Whipple et al. (2003). Der OQ45 ist online verfügbar unter: http://www.therapyworx.net/uploads/OQ-45.2_Adult.pdf

Bei drei TherapeutInnen ging es den KlientInnen durchschnittlich schlechter als vor der Behandlung

Okiishi et al (2003) weisen in der Studie zusätzlich nach, dass diese Unterschiede nicht vom Geschlecht, nicht von der theoretischen Orientierung (Verhaltenstherapie, humanistisch, psychodynamisch), nicht von der Grundausbildung (Beratungsausbildung, klinische Psychologie, Sozialarbeit) und auch nicht – geradezu erstaunlich – von den Jahren an Schulung abhängig waren. (vgl. auch Albert, 1997; Jennings/Skovholt, 1999; Orlinsky/Howard 1980) Die Vermutung liegt nahe, dass es den drei besten TherapeutInnen besonders gut gelang die gemeinsamen Wirkfaktoren zu nutzen und am Bezugsrahmen der KlientInnen anzuknüpfen. (Saleeby 2006:8; Roessler 2012)

Für professionelle HelferInnen, die sicher gehen wollen, wirksam zu sein, sollte es also selbstverständlich sein, zum einen das Arbeitsbündnis und zum anderen die Ergebnisse ihrer professionellen Hilfe (Beratung/Therapie) zu monitoren, um die KlientInnen-HelferInnen-Interaktion möglichst hilfreich gestalten zu können. Anker et al (2010) zeigten in einer norwegischen Studie am Beispiel von Paartherapien, dass sich mittels Feedback Verfahren, die Ergebnisse von HelferInnen-KlientInnen-Interaktionen deutlich verbessern lassen und dass die Verbesserung des Arbeitsbündnisses dazu wesentlich beitrug.

Von den KlientInnen lernen – ein Paradigmenwechsel

Die Sichtweise der KlientInnen ist, wie gezeigt wurde, entscheidend: Duncan/Miller/Sparks (2004) schlagen daher vor, die KlientInnen an den Fahrersitz bzw. ans Lenkrad der Veränderungen zu setzen ("Putting the client in the driver's seat") (ebd.: 2004:79) Um dies tun zu können bedarf es eines Paradigmenwechsels: Weg von einem medizinischen, expertInnengesteuerten Paradigma (Anamnese, Diagnose-Behandlung-Evaluation: Kunstreich 2001:300) - hin zu einem klientInnengesteuerten kooperativen Paradigma. Nachstehendes Modell zeigt die entscheidenden Unterschiede im Vorgehen:

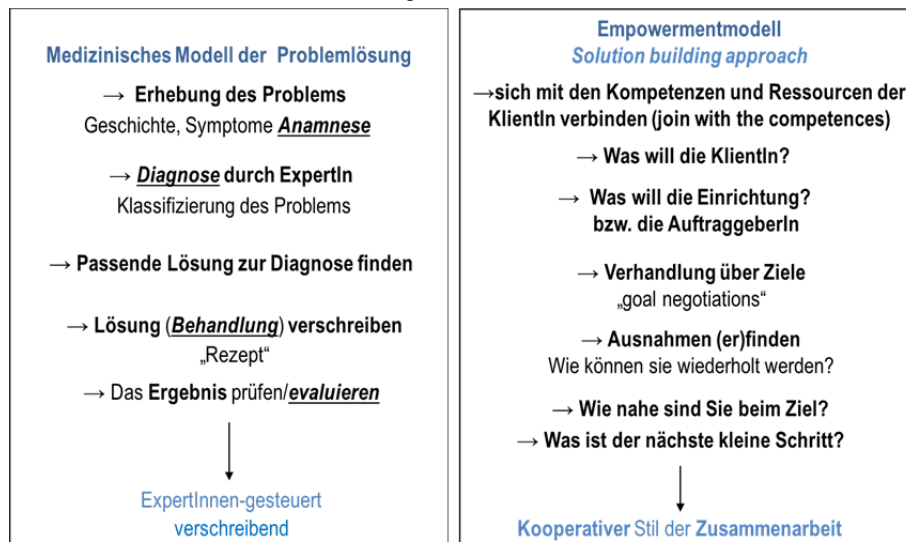


Abbildung: medizinisches Modell versus Empowermentmodell (Gaiswinkler/Roessler 2012)

Ein Vorgehen nach dem klientInnengesteuerten kooperativen Paradigma (Modell) ermöglicht es HelferInnen, von den KlientInnen zu lernen und entlang der erwünschten Zukunft zu arbeiten. Es impliziert, dass Diagnose und Behandlung nicht getrennt vorgenommen werden und trägt damit dem Umstand Rechnung, dass Diagnostik immer auch wirkt und somit Behandlung ist. So zeigen beispielsweise die Ergebnisse einer Studie mit AgoraphobikerInnen (Southworth/Kirsch 1988), dass in der Versuchsgruppe, in der den KlientInnen die erste Intervention⁶ bereits als Teil der Behandlung kommuniziert wurden, bessere Ergebnisse in der Reduzierung der Symptome erzielt wurden, als in jener Gruppe, in der die erste Intervention als Diagnostik kommuniziert worden war, um auf deren Ergebnissen die passende Behandlung erfolgen lassen zu können. Wenn also jede Diagnostik

⁶ Den TeilnehmerInnen der Studie wurde gesagt: „Gehen Sie so weit von zu Hause weg, wie es Ihnen möglich ist und wenn Sie Angst bekommen kehren Sie um. Das sollen Sie über einen definierten Zeitraum täglich tun.“

auch Intervention ist (Pantucek 2006:78), so legt dies den Schluss nahe, von Beginn an die Diagnostik ressourcen- und kompetenzorientiert zu gestalten, entlang dem Wollen und der erwünschten Zukunft zu arbeiten und darüber Daten zu erheben.

Das klientInnengesteuerte-ergebnisorientierte Verfahren (engl.: client-directed outcome-informed – CDOI)

Die referierten Forschungsergebnisse legen nahe, dass es unumgänglich ist, mit KlientInnen auf Augenhöhe zu kooperieren und darauf zu achten, dass nicht nur ein gutes Arbeitsbündnis entsteht, sondern es auch kontinuierlich aufrecht erhalten wird. Sie legen auch nahe, Verbesserungen - erwünschte Ergebnisse - ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken, um (frühe) Verbesserungen nicht zu übersehen, sondern auch schon die ersten Anzeichen von Selbstwirksamkeit wahrzunehmen und aufzugreifen.

Der Nutzen für AuftraggeberInnen

An Ergebnissen und raschen Verbesserungen sind auch Auftrag- und GeldgeberInnen interessiert: Als Antwort auf diesen Wunsch verlangen GeldgeberInnen von AuftragnehmerInnen immer verfeinere Dokumentationen und Statistiken, die häufig mehr Zeit in Anspruch nehmen, als in der alltäglichen Arbeit zur Verfügung steht und wenig bis keine Aussagekraft haben. Die eingeforderten Zahlen geben oft wenig bis keine Auskunft über Wirkung und Erfolge in der Arbeit und sind häufig nicht mehr als Zahlenfriedhöfe. Unter dem Gesichtspunkt, dass es einerseits 80% der KlientInnen, die Psychotherapie oder psychosoziale Beratung in Anspruch nehmen, besser geht als davor, es aber andererseits zwischen den HelferInnen große Unterschiede bei den Ergebnissen (Outcome) gibt (Asay/Lambert 2001), es manchen KlientInnen – wie gezeigt wurde – sogar schlechter geht, ist es m.E. ethisch geboten, Erfolge zu messen. Es stellt sich also die Frage, wie eine aussagekräftige Messung, die sinnvolle Ergebnisse liefert, konzipiert sein muss? Fest steht, dass ein Erfassen der Aktivitäten (wie Anzahl der Telefonate, Teilnahme an Treffen, Kontakte, Länge der Beratung etc.) nur eine Aussagekraft darüber haben, wie viel der Helfer/die Helferin gearbeitet hat – wie tätig er/sie war, nicht jedoch über das Ergebnis und auch nicht darüber, wie effektiv die angebotene Hilfe für den Klienten/die Klientin war. Eine Antwort auf den Bedarf den effektiven Mitteleinsatz belegen zu können, stellt das von Miller/Duncan/Hubble/Sparks (2004) entwickelte Qualitätsmanagementverfahren dar (CDOI⁷-Verfahren - siehe Anhang). Mit dem CDOI-Verfahren werden zwei Dimensionen von quantifizierbaren Daten erhoben und auf diese Weise aussagekräftige Ergebnisse über die Wirksamkeit erzielt. Da, wie gezeigt wurde, die Qualität des Arbeitsbündnisses ein entscheidender Prädiktor für die Ergebnisse ist, wird mit dem klientInnengesteuerten ergebnisorientierten Verfahren zum einen die Qualität des Arbeitsbündnisses (am Ende jedes Beratungsgesprächs) gemessen und zum anderen wird erhoben, inwiefern und in welchem Ausmaß, KlientInnen von Verbesserungen berichten und zwar bereits im Erstgespräch (pre-session change) und zu Beginn jeder Folgesitzung. Der Charme dieses Verfahrens liegt m.E. und wie 1000ende PraktikerInnen berichten darin, dass es mit wenig Zeit regelmäßig eingesetzt werden kann, ein valides Verfahren ist und rasch zeigt, ob Verbesserungen bemerkbar sind. Es bietet professionellen HelferInnen die Möglichkeit, ihre Vorgehensweisen und ihre Interventionsstrategien passgenau und klientInnenspezifisch einzusetzen und damit wirkungsvoller die KlientInnen-HelferInnen-Interaktion zu gestalten. Darüber hinaus macht es für KlientInnen und HelferInnen die eintretenden Verbesserungen sichtbar, befördern damit bei beiden Hoffnung und stellen – auch nicht unwesentlich – eine wirksame Burn Out Prophylaxe dar. AuftraggeberInnen wird mit diesem Verfahren ein Instrument in die Hand gegeben, mit dem sie den effektiven Einsatz von Mitteln nachweisen können und sie ziehen einen weiteren Nutzen, nämlich dass Fördermittel für die unmittelbare KlientInnenarbeit verwendet werden können und nicht für das Führen von Statistiken, die keine Aussagekraft haben und die professionellen HelferInnen nicht helfen, bessere Wirkung bei ihren KlientInnen zu erzielen.

Literatur

Albert, G. (1997): What are the characteristics of effective psychotherapists? The experts speak. In: Journal of Practical Psychology and Behavioral Health, Jg. 3, S. 36–44.

⁷ Dieses Verfahren knüpft am OQ 45 an, stellt allerdings ein vereinfachtes Verfahren dar und ist damit leichter in jeder Sitzung einsetzbar ist.

- Anker, Morten G.; Owen, Jesse; Duncan, Barry L.; Sparks, Jacqueline, A. (2010): The Alliance in Couple Therapy: Partner Influence, Early Change, and Alliance Patterns in a Naturalistic Sample. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Jg. 78, H. 5, S. 635–645.
- Asay, Ted P.; Lambert, Michael J. (2001): Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In: Hubble, Mark A. (Hg.): *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: Verl. Modernes Lernen (Systemische Studien, 21), S. 41–81.
- Brown, Jeb; Dreis, Sandra; Nace, David K. (2006): What Really Makes a Difference in Psychotherapy Outcome? Why Does Managed Care Want to Know? In: Hubble, Mark L.; Duncan, Barry L.; Miller, Scott D. (Hg.): *The heart & soul of change. What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association .
- De Jong, Peter; Berg, Insoo Kim (2008): *Lösungen (er)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie*. 6., verb. und erw. Aufl. Dortmund: Verl. Modernes Lernen (Systemische Studien, 17).
- Duncan, Barry L.; Miller, Scott D.; Sparks, Jacqueline (2004): *The heroic client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. Rev. ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Emirbayer, Mustafa; Mische, Ann (1998): What is Agency? In: *American Journal of Sociology*, Jg. 103, H. 4.
- Frank, Jerome D. (1985): *Die Heiler*. München: dtv/Klett-Cotta.
- Gaiswinkler, Wolfgang; Roessler, Marianne (2009): Using the expertise of knowing and the expertise of not-knowing to support processes of empowerment in social work practice. In: *Journal of Social Work Practice*, Jg. 23, H. 2, S. 215–227.
- Gaiswinkler, Wolfgang (2009): Soziale Diagnostik der KlientInnen-SozialarbeiterInnen-Kooperation. In: Pantucek, Peter; Röh, Dieter (Hg.): *Perspektiven Sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards*. 1., Aufl. Münster, Westf. Lit, S. 147–166. Online verfügbar: http://www.netzwerk-ost.at/publikationen/pdf/publikationen_diagnostik.pdf
- Gaiswinkler/Roessler (2009): Using the expertise of knowing and the expertise of not-knowing to support processes of empowerment in social work practice. In: *Journal of Social Work Practice*, Jg. 23, H. 2, S. 215–227.
- Gaiswinkler, Wolfgang; Roessler, Marianne (2012): *Unsere Lernreise*. In: Vogt, Manfred; Wolf, Ferdinand; Sundman, Peter; Dreesen, Heinrich N. (Hg.): *Begegnungen mit Steve de Shazer und Insoo Kim Berg*. Dortmund: Verlag modernes Lernen .
- Garfield, S. L.; Bergin, A. E. (Hg.) (1986): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Gillapsy, Arthur J.; Murphy, J. R.; Murphy, John J. (2012): Incorporating Outcome and Session Rating Scales in Solution-Focused Brief Therapy. In: Franklin, Cynthia; Trepper, Terry S.; Gingerich, Wallace J.; McCollum, Eric E. (Hg.): *Solution-Focused Brief Therapy. A Handbook of Evidence-Based Practice*. New York: Oxford University Press, S. 73–91.
- Grawe, Klaus (2000): *Psychologische Therapie*. 2. korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Grossmann, Konrad Peter (2005): *Die Selbstwirksamkeit von Klienten. Ein Wirkverständnis systemischer Therapien*. Heidelberg: Carl-Auer-Verl. (Systemische Therapie).
- Harmon, S. C.; Lambert, M. J.; Smart, D. W.; Hawkins, E. J.; Nielsen, S. L.; Slade, K. (2007): Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist/client feedback and clinical support tools. In: *Psychotherapy Research*, Jg. 17, S. 379–392.
- Jennings, L.; Skovholt, T. M. (1999): The cognitive, emotional and relational characteristics of master therapists. In: *Journal of Counseling Psychology*, Jg. 46, S. 3–11.

Lambert, M. J.; Hansen, N. B.; Umphress, V.; Lunnen, K.; Okiishi, J.; Burlingame, G. M.; Reisinger, C. (1996): Administration and scoring manual for the OQ 45.2. Hg.: American Professional Credentialing Services.

Lambert, Michael J. (1992): Implications of outcome research for psychotherapy integration. In: Norcross; Goldfried (Hg.): Handbook of Psychotherapy Integration. New York: Basic .

Lambert, Michael J.; Shapiro, D. A.; Bergin, A. E. (1986): The effectiveness of psychotherapy. In: Garfield, S. L.; Bergin, A. E. (Hg.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley, S. 157–212.

Lawson, D. (1994): Identifying pretreatment change. In: Journal of Counseling and Development, Jg. 72, S. 244–248.

Miller, S. D.; Duncan, B. L.; Sorrell, R.; Brown, G. S.; Chalk, M. B. (2006): Using outcome to inform therapy practice. In: Journal of Brief Therapy, Jg. 5, H. 1, S. 5–22.

Miller, Scott D.; Duncan, Barry L.; Hubble, Mark A. (2000): Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie. New York, London: Klett-Cotta.

Okiishi, John; Lambert, Michael J.; Nielsen, Stevan L.; Ogles, Benjamin M. (2003): Waiting for Supershrink: An Empirical Analysis of Therapist Effects. In: Clinical Psychology and Psychotherapy, Jg. 10, S. 361–373.

Orlinsky, David E.; Howard, Kenneth I. (1980): Gender and psychotherapeutic outcome. In: Brodsky, Annette M.; Hare-Mustin, Rachel T. (Hg.): Women and psychotherapy. New York: Guilford, S. 3–34.

Pantucek, Peter (2006): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis sozialer Arbeit. Wien: Böhlau (Forum Aelio in Cetio Technici Scientiaequae, Beiheft 1).

Roessler, Marianne (2012): Beratung im Zwangskontext. Wertschätzung und Transparenz einsetzen, um Klientinnen und Klienten für eine Zusammenarbeit zu gewinnen. In: Hammerer, Marika; Melter, Ingeborg; Kanelutti, Erika (Hg.): Zukunftsfeld Beruf. Bielefeld: Bertelsmann Verlag .

Saleebey, Dennis (2006): Introduction: Power in the People. In: Saleebey, Dennis (Hg.): The strengths perspective in social work practice. 4th edition. Boston: Pearson/Allyn & Bacon .

Snyder, Charles R.; Michael, Scott T.; Cheavens, Jennifer S. (2001): Hoffnung: Grundlage des gemeinsamen Faktors Placebo und Erwartung. In: Hubble, Mark A. (Hg.): So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: Verl. Modernes Lernen (Systemische Studien, 21), S. 193-219;

Snyder, Charles R.; Michael, Scott T.; Cheavens, Jennifer S. (2006): Hope as a Psychotherapeutic Foundation of Common Factors, Placebos, and Expectations. In: Hubble, Mark L.; Duncan, Barry L.; Miller, Scott D. (Hg.): The heart & soul of change. What works in therapy. Washington, DC: American Psychological Association, S. 179–200.

Southworth, Suzanne; Kirsch, Irving (1988): The role of expectancy in exposure-generated fear reduction in agoraphobia. In: Behaviour Research and Therapy, Jg. 26, H. 2, S. 113–120.

links

CDOI-Bögen als Download und Wirkungsforschung: <http://scottdmiller.com/performance-metrics/> oder http://www.netzwerk-ost.at/publikationen/pdf/publikationen_diagnostik.pdf

Outcome Questionär (OQ 45 Download: http://www.therapyworx.net/uploads/OQ-45.2_Adult.pdf

Autorin

Marianne Roessler

Sozialarbeiterin, Sozialwissenschaftlerin, Supervisorin, Lehrsupervisorin und Organisationsberaterin, Marte Meo Practitioner. Beratung für die Anwendung des lösungsfokussierten Ansatzes in diversen Feldern der Sozialarbeit. Leitung von Lehrgängen und Seminaren zu lösungsfokussierter Beratung für SozialarbeiterInnen und BeraterInnen. Langjährige Erfahrung in verschiedenen Feldern der Sozialen Arbeit; Anwendung des lösungsfokussierten Ansatzes bei Teamentwicklung und Organisationsberatung; Trainings und Implementierungsprojekte zu Lösungsfokussierter Praxis in der Kinder- und Jugendhilfe („Anzeichen von Sicherheit“ – engl.: Signs of Safety) und der Arbeit mit mandatierten KlientInnen sowie zu Wirkungsmessung nach dem CDOI-Verfahren . Netzwerkpartnerin von OST – Netzwerk für •Organisationsberatung •Sozialforschung •Supervision •Training. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: User-Involvement, NutzerInnenorientierte Qualitätsmanagementinstrumente und Wirkungsforschung.

Zahlreiche Publikationen verfügbar unter: www.netzwerk-ost.at

Kontakt: roessler@netzwerk-ost.at

Anhang

Outcome Rating Scale (ORS)

Name: _____	Alter: _____
Nr.: _____	Geschlecht: M / F
Sitzung Nr.: _____	Datum: _____

Wenn Sie auf die letzte Zeit einschließlich heute zurückblicken, wie haben Sie sich gefühlt?

Schätzen Sie bitte ein, wie es Ihnen in der letzten Zeit in gegangen ist. Je mehr Sie ein Kreuz zum linken Ende der Linie hin setzen, um so schlechter ist es Ihnen in diesem Bereich gegangen, je weiter Sie das Kreuz nach rechts setzen, um so besser.

Ganz persönlich ist es mir gegangen:

|-----|

In Familie/nahen Beziehungen ist es mir gegangen:

|-----|

In Arbeit/Schule/Freundschaften ist es mir gegangen:

|-----|

Insgesamt ist es mir gegangen:

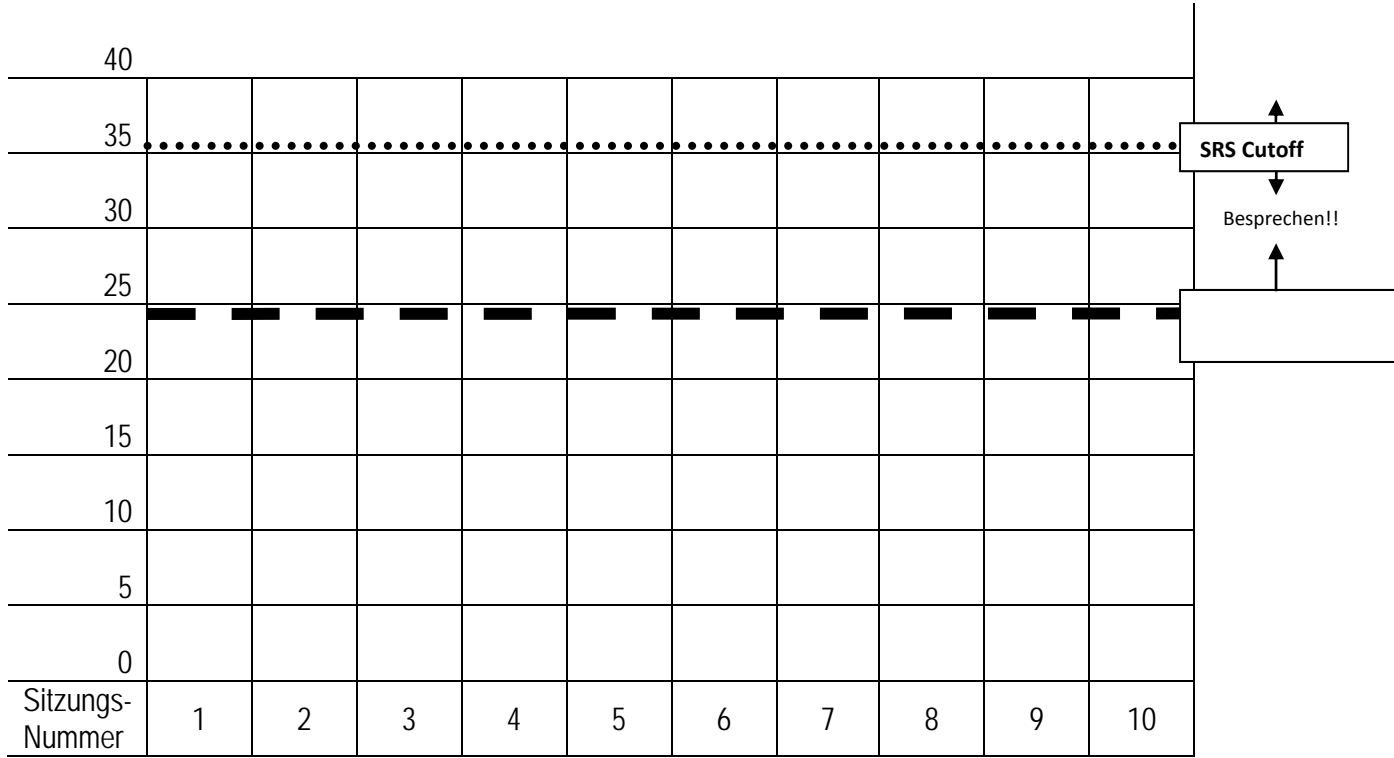
|-----|

Institute for the Study of Therapeutic Change

www.talkingcure.com

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan
übersetzt und modifiziert Netzwerk OS'T

Name:
Code:



Session Rating Scale (SRS V.3.0)

Name: _____	Alter: _____
Nr.: _____	Geschlecht: M / F
Sitzung Nr.: _____	Datum: _____

Bitte bewerten Sie die heutige Sitzung, indem Sie auf der Linie ankreuzen, inwieweit eine der Beschreibungen zutrifft.

Arbeitsbeziehung/Kooperation Arbeitsbündnis:

Ich fühlte mich *nicht* gehört, verstanden und respektiert.

|-----|

Ich fühlte mich gehört, verstanden und respektiert.

Ziele und Themen:

Wir haben *nicht* daran gearbeitet und darüber geredet, woran ich arbeiten und worüber ich reden wollte.

|-----|

Wir haben daran gearbeitet und darüber geredet, woran ich arbeiten und worüber ich reden wollte.

Herangehensweise oder Methode:

Die Herangehensweise des Beraters bzw. der Beraterin passt *nicht* gut für mich.

|-----|

Die Herangehensweise des Beraters bzw. der Beraterin passt gut für mich.

Insgesamt:

In der heutigen Sitzung hat etwas gefehlt.

|-----|

Insgesamt gesehen war die heutige Sitzung für mich angemessen.

Institute for the Study of Therapeutic Change

www.talkingcure.com

übersetzt und modifiziert Netzwerk OS'T