

International Psychoanalytic University Berlin

# **Masterarbeit**

**Die Psychotherapeutische Identität**

**- Unterschiede in den Zukunftsansichten von Studenten  
verschiedener Hochschulen Berlins**

Marie Martin

Psychologie Master of Arts (M.A.)

Matrikel 1535

Erstbetreuer: Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele

Zweitbetreuerin: Prof. Dr. phil. Lilli Gast

Abgabedatum: 18.02.2014

Wörter: 15.821

Seiten: 83

Marie Martin (info@mariemartin-coaching.de)

## Inhaltsverzeichnis

Danksagung .....	3
1. Einleitung .....	4 - 6
2. Theoretischer Hintergrund zum Identitätsbegriff	
2.1 Die Entwicklung des Identitätsbegriffs im Fokus verschiedener Epochen und Geisteswissenschaften.....	7 - 18
2.2 Identität nach Erikson .....	18 - 21
2.3 Ich-Identität versus Professions-Identität .....	21 - 27
2.4 Die Identität des „Guten Therapeuten“ .....	27 - 35
3. Aktueller Stand der Literatur	
3.1 Zusammenfassung aktueller Befunde .....	36 - 43
3.2 Rolf Sandell ´s Studien .....	43 - 50
4. Methode	
4.1 Fragestellung und Hypothesen .....	50 - 51
4.2 Fragebogen .....	51 - 52
4.3 Stichprobe .....	52
4.4 Durchführung .....	52 - 53
4.5 Ergebnisse .....	53 - 63
4.6 Kritik .....	63 - 64
5. Diskussion .....	64 - 67
Literatur .....	67 - 69
Eidesstaatliche Versicherung .....	70
Anhang: Fragebogen ThId-AV .....	71 - 83

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich für meine Studienzeit an der IPU Berlin sehr herzlich bedanken.

Ich betrachte es als ein grosses Glück, dass ich nach einigen Irrungen und Wirrungen, mehreren Universitätswechseln und Urlaubssemestern *zufällig* im Frühling 2012 über einen Bekannten, der mir eine falsche E-Mail weiterleitete, auf die IPU aufmerksam wurde. Ich absolvierte bereits 2012 an der IPU meinen Bachelor und freue mich sehr darüber, hier auch mein Masterstudium abschließen zu dürfen.

*"Der Zufall ist ein Rätsel, welches das Schicksal dem Menschen aufgibt." Friedrich Hebbel*

Mein grosser Dank gilt meinem Erstbetreuer, Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele, dessen Vorlesungen und Seminare mir immer eine große Freude waren. Nicht nur, weil sie von sehr umfangreichem theoretischen und praktischen Wissen durchsetzt waren, sondern auch, weil sie von einem respektvollen und lockerem Miteinander und einer grossen Lebendigkeit seinerseits getragen wurden.

Auch möchte ich mich sehr herzlich bei meiner Zweitbetreuerin Prof. Dr. phil. Lilli Gast für eine schöne, interessante und vertrauensvolle Vorlesungs- und Studienzeit, die mir eine neue Weise zu denken offenbart hat, bedanken. Ich fühlte mich an der IPU immer gut begleitet und ernst genommen.

Nicht zuletzt gilt mein ganz besonderer Dank meinem Partner, meinen engsten Freunden und meiner Familie.

## 1. Einleitung

Das Thema meiner Masterarbeit ist die *Psychotherapeutische Identität*. Berliner Masterstudenten<sup>1</sup> der Psychologie wurden auf der Grundlage eines von *Rolf Sandell* im Jahr 2004 entwickelten Fragebogens zur *Psychotherapeutischen Identität* (ThId), mit dem Fokus Informationen zu Ausbildung, Erfahrung, Stil und Werte zukünftiger Psychotherapeuten zu erfragen. *Rolf Sandell* (\*1938), ein schwedischer Psychoanalytiker und emeritierter Hochschulprofessor für Klinische Psychologie der *Linköping Universität* Schweden, veröffentlichte 2001 eine wichtige Studie zur Wirksamkeit von Psychoanalyse und in den darauf folgenden Jahren viele weitere Studien zum Thema: *Therapist attitudes and patient outcomes*. Die Studien basieren auf Grundlage des ThId. Sandell ist Mitglied der *International Psychoanalytic Association* (IPA), zahlreicher psychoanalytischer und psychologischer Forschungsprojekte in Schweden, Europa und den USA und erhielt 2010 den *Mary S. Sigourney Award*, eine bedeutende psychoanalytische Auszeichnung.

Inhaltlicher Auslöser sich näher mit dem Thema der *Psychotherapeutischen Identität* zu beschäftigen, war die deutsche Übersetzung des Fragebogens, durch *Günther Klug, Gerhard Henrich, Horst Kächele, Rolf Sandell und Dorothea Huber* im Jahr 2008. Und die im gleichen Jahr veröffentlichte deutsche Studie mit dem Titel: *Die Therapeutenvariable – immer noch ein dunkler Kontinent*. Eine weitere Modifikation des Fragebogens zur Befragung von Ausbildungskandidaten psychotherapeutischer Weiterbildungsinstitute (ThId-AV) liegt vor.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der Vereinfachung wird (bei Berufsbezeichnungen) die maskuline Form gewählt, gemeint sind jedoch Studenten und Studentinnen (sowie Therapeuten und Therapeutinnen), bei Patienten die Rede von männlichen und weiblichen Patienten gleichermaßen.

Untersuchungen zur *Psychotherapeutischen Identität* sind von grosser Bedeutung für die Psychotherapieforschung. Denn neben vielen Kriterien, die entscheidend für das „gute Gelingen“ einer Psychotherapie sind, wie die therapeutische Schulrichtung<sup>2</sup>, das Setting<sup>3</sup>, die Dauer, der Ort, der gesundheitliche Zustand und die Bereitschaft des Patienten - ist der Therapeut, als zu untersuchende Variable sehr wichtig.

Was unterscheidet den einen Therapeuten vom anderen? Ist es nur die theoretische Orientierung und damit die Interventionswahl oder die Person des Psychotherapeuten? Warum gelingen Psychotherapien unterschiedlicher Schulrichtungen unterschiedlich gut? Was genau oder vielmehr, welche Persönlichkeitseigenschaften, welche Identitätsfacetten machen einen *guten Therapeuten* aus? Und kann man die *Psychotherapeutische Identität* mit Training, Weiterbildung und Supervision weiter entwickeln und verbessern?

Von Interesse sind diese und weitere Fragen für einen Personenkreis, der mit Psychotherapie ganz allgemein in Berührung kommt. Neben Studierenden der Psychologie, sind es Ausbildungskandidaten der Psychotherapieweiterbildung, Psychotherapeuten aller Schulrichtungen, Ärzte und Psychiater, Lehrkräfte, Wissenschaftler und Dozenten psychologischer Fakultäten und psychotherapeutischer Institute, psychologisch Interessierte und natürlich Angehörige, Betroffene und psychisch erkrankte Personen.

Diese Masterarbeit lässt sich in zwei Hauptbereiche gliedern. Der erste, der theoretische Teil, beschäftigt sich mit der Entwicklung des Identitätsbegriffs im Fokus verschiedener Epochen, beginnend mit der Aufklärungszeit bis zur

---

<sup>2</sup> Es gibt verschiedene Psychotherapieschulen, hier sollen die vom wissenschaftlichen Beirat als wissenschaftlich und die vom Bewertungsausschuss als praxistauglich beurteilten Therapien genannt werden: Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie.

<sup>3</sup> bezeichnet das Milieu, die Umgebung, die Situation oder das Arrangement.

Spätmoderne. Zusätzlich soll die Identität aus den Blickwinkeln verschiedener Geisteswissenschaften wie Philosophie, Soziologie, Politik, Psychologie und Psychoanalyse (vgl. Kap. 2) betrachtet werden. Vertiefend werden die Themen der Identitätsentwicklung von *Erik Erikson*, die Professions-Identität sowie die Identitätseigenschaften eines „guten Therapeuten“ beleuchtet. Daran anknüpfend folgt ein Kapitel (Kap. 3) über den aktuellen Stand der Literatur zum Forschungsstand der Therapeutenvariable auf Basis aktueller Studien verschiedener Autoren, wie Baldwin, Beutler, Grawe, Imel, Lambert, Luborsky, Lutz und Orlinsky geben.

Im zweiten und methodischen Hauptteil sollen die Ergebnisse einer empirischen Untersuchung von 39 Masterstudenen der Psychologie verschiedener Berliner Hochschulen dargestellt werden. Diese wurden mit einem modifizierten Fragebogen zur *Psychotherapeutischen Identität – Ausbildungsversion* (ThId-AV) befragt. Der dafür verwendete Fragebogen wurde mehr noch, als die bereits existierende Ausbildungsversion auf die Modalitäten Studierender angepasst – modifiziert – und soll deren Vorstellungen über eine zukünftige *Psychotherapeutische Identität* widerspiegeln (Kap. 4). Anschließend werden meine Hypothesen, der Fragebogen, die Durchführung, die Ergebnisse sowie Kritik ausführlich beschrieben und diskutiert.

Im Text werden immer wieder Auszüge aus einem Experteninterview mit dem niedergelassenen Analytiker und Gründungspräsident der IPU Berlin, *Prof. Dr. Jürgen Körner* zu finden sein. Den Abschluss bildet eine themenübergreifende Diskussion, gefolgt von einem Ausblick der *Psychotherapeutischen Identität* unter dem Einfluss *Neuer Medien*.

## 2. Theoretischer Hintergrund zum Identitätsbegriff

### 2.1 Der Identitätsbegriff im Fokus verschiedener Epochen und Geisteswissenschaften

Den Begriff Identität hört und liest man in einer dem Individualismus und der Abgrenzung verschriebenen Gesellschaft nahezu täglich, geradezu inflationär, ob reflektiert oder unreflektiert, das sei erst einmal dahingestellt. Doch was genau verbirgt sich hinter dem Begriff der Identität?

„Identität ist ein Grenzbegriff, der sowohl soziologisch als auch psychologisch beschrieben werden kann. Als psychologischer Begriff verklammert er das Intrapsychische und das Intersubjektive miteinander.“<sup>4</sup>

Eine kurze Umfrage unter zu Hilfenahme der *Neuen Medien auf Facebook*<sup>5</sup> kam zu folgenden ausgewählten Aussagen:

Umfrage: Was bedeutet (Ich) Identität für dich (1 Satz)?

U.S. (männlich): "ich entsteht in Abgrenzung von und in Bezug auf die anderen"

S.L. (männlich): "charakterliche, biologische und digitale Einzigartigkeit"

K.L. (männlich): "Identität ist der name der verpackung all der kleinen millionen dinge die mich ausmachen, wer bin ich, was bin ich und wer will ich sein."

Hier wird Identität in Abgrenzung zu Objekten und als die eigene Einzigartigkeit im Zusammenhang mit dem Begriff der Identifizierung<sup>i</sup> beschrieben.

---

<sup>4</sup> Waldvogel/ Mertens, 2008, S. 336

<sup>5</sup> Facebook Umfrage vom 13.01.2014

<sup>6</sup> Im Sinne sich selbst, im anderen wiedererkennen

Identität vom Lateinischen hergeleitet bedeutet *īdem* ‚derselbe‘ und *īdem* ‚dasselbe‘. Laut Duden wird der Begriff folgendermaßen definiert:

- 1.a) Echtheit einer Person oder Sache; völlige Übereinstimmung mit dem, was sie ist oder als was sie bezeichnet wird
- b) (Psychologie) als »Selbst« erlebte innere Einheit der Person
2. Völlige Übereinstimmung mit jemandem, etwas in Bezug auf etwas; Gleichheit<sup>6</sup>

Reist man in die Vereinigten Staaten von Amerika ein, ist man zur Identitätserkennung verpflichtet, seinen eigenen Fingerabdruck abzugeben, welcher dann zu den Akten gelegt oder zeitgemäss elektronisch abgespeichert wird und zur lebenslangen Erkennung einer Person dient. Das heisst, ein körperliches Merkmal, die feinen Linien und Muster in unseren Händen, sind ein über die Zeit dauerhaft bleibendes Identitätserkennungszeichen - *eine völlige Übereinstimmung* - eine Art körperliche lebenslange Kohärenz eines Menschen. Doch ist es wohl eines der wenigen körperlichen Merkmale,<sup>7</sup> denn alle anderen wie Haare, Haut und Nägel, sind einer ständigen Veränderung unterworfen und können nicht zur 100%igen Wiedererkennung einer Person dienen. Über körperliche Merkmale hinausgehend - was ist gemeint mit der Identitätsdefinition, dem *Selbst - als erlebte innere Einheit einer Person*? Der Identitätsbegriff hat viele Gesichter und mehr noch im Blickwinkel der verschiedenen Epochen und Geisteswissenschaften. Reinhart Koselleck (1923 – 2006) ein deutscher Historiker, hat dazu in den 70er Jahren eine Hypothese formuliert, die seither für viele Definition von Grundbegriffen bestätigt worden ist:

„Das 18. Jahrhundert bildet eine "Sattelzeit", in der Grundbegriffe des abendländischen Denkens, die seit der Antike eine variable, aber im Kern stabile

---

<sup>6</sup> Duden, Stand 19.12.2013

<sup>7</sup> Ein weiteres äußerliches Merkmal wäre die Iris des menschlichen Auges



Bedeutung hatten, im Zuge von Aufklärung und Revolution semantisch neue Konnotationen erhalten.“<sup>8</sup>

So soll ein Überblick beginnend mit dem Identitätsbegriff in der Philosophie, fokussiert auf die Zeit der Aufklärung und Moderne, über Soziologie, Politik, Literatur- und Kulturwissenschaft und letztendlich in Psychologie und Psychoanalyse mündend gegeben werden. Um als Basis dieser Arbeit eine Vorstellung der Bedeutung und der Entwicklung des Identitätsbegriffes zu bekommen. Vielleicht ist es darüber hinaus möglich, dem Leser die Möglichkeit zu geben, sich eine eigene, feste, die Arbeit beim Lesen überdauernde Definition zu bilden. Münden wird diese theoretische Identitätsabhandlung in der Bedeutung der Identität in der Psychoanalyse, der *beruflichen Identität* – genauer Professions- und folglich in der *Psychotherapeutischen Identität*. In der Philosophie soll die Zeit der Antike mit einem ihrer bekanntesten Vertreter kurz gestreift werden. *Platon* (428 v. Chr. – 348 v. Chr.), einer der bedeutenden antiken griechischen Philosophen und Schüler des Sokrates, beschäftigte sich bereits in seinem „Symposium - das Gastmahl“ (380 v. Chr.) mit der Identitätsfrage und lässt Sokrates folgendermaßen sprechen:

„...auch jedes einzelne lebende Wesen wird, solange es lebt, als dasselbe angesehen und bezeichnet: zum Beispiel ein Mensch gilt von Kindesbeinen an bis in sein Alter als der gleiche. Aber obgleich er denselben Namen führt, bleibt er doch niemals in sich selbst gleich, sondern einerseits erneuert er sich immer, andererseits verliert er anderes: an Haares, Fleisch, Knochen, Blut und seinem ganzen körperlichen Organismus. Und das gilt nicht nur vom Leibe, sondern ebenso von der Seele: Charakterzüge, Gewohnheiten, Meinungen, Begierden, Freuden und Leiden, Befürchtungen: all das bleibt sich in jedem einzelnen niemals gleich, sondern das eine entsteht, das andere vergeht“<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Zeit, 2014

<sup>9</sup> Keupp, 1999, S. 27

Man ist nach Platon grundsätzlich *der* oder *die selbe*, jedoch einer ständigen Veränderung seiner Äußerlichkeiten und seines Inneren, seiner Seele und seiner Charakterzüge unterzogen - die innere und äußere Identität im ständigen Wandel.

Das Mittelalter überspringend, da dort die Auseinandersetzung mit dem Identitätsbegriff auf Kosten der Gemeinschaft, im Hintergrund stand, beginnen in der Zeit der Aufklärung ganz neue Betrachtungsdimensionen des Menschen und des Seins. Es geht nun vielmehr um die Befreiung des Seins aus gesellschaftlichen Strukturen, die es aufzubrechen gilt - ein verändertes Denken, um eine neuen Form der Identitätsbildung auf der Grundlage der Freiheit und Autonomie zu erreichen. *Immanuel Kant* (1724 – 1804), deutscher Philosoph und berühmtester Vertreter der Aufklärung, postulierte sich, aus der „selbstverschuldeten Unmündigkeit“<sup>10</sup> zu befreien und sich zum mündigen Menschen zu entwickeln. In seinem Werk *Kritik der reinen Vernunft* aus dem Jahr 1781, erkennt er dem Menschen vernunftgesteuertes und selbstbestimmtes Handeln zu. Mit *Sapere aude* – Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen - setzt er eine ganz neue Denkweise und damit eine neue Möglichkeit der Persönlichkeitsentwicklung des Einzelnen in Gang. Sich aus dem Dunkel des Mittelalters heraus, in ein selbstbestimmtes und mündiges Handeln und Sein zu entwickeln. Durch Kant und die Aufklärung beginnt das Subjekt eine ganz neue Ära. Vorher dem Menschen aufgezwungene Moral- und Verhaltensweisen werden nun, aufbauend auf seiner *Vernunftkritik*, nach Innen hin geprüft, unter dem Aspekt der Freiheit modifiziert und neu etabliert, um dann nach Außen, in die Gesellschaft hinein gelebt zu werden und diese schließlich zu verändern. Die Selbstbestimmtheit war in der Antike bereits ein Thema und hat, das Mittelalter überdauernd, einen sehr langen Winterschlaf gehalten, um erst in der Renaissance, aber

---

<sup>10</sup> Keupp, 1999, S. 19, Vgl. Kant, 1998

dann in vollem Maße in der Aufklärung, wieder zu neuer Bedeutung zu gelangen.

*Georg Simmel* (1858 – 1918), deutscher Philosoph und Soziologe, beschreibt 100 Jahre später in seinem Werk *Individualismus der modernen Zeit* aus dem Jahr 1873 den Prozess der Individualisierung, der dem einer neuen Identitätsbildung des Einzelnen gleich kommt.

„Es ist die allgemeine europäische Meinung, daß die Epoche der italienischen Renaissance das geschaffen habe, was wir Individualität nennen: die innere und äußere Gelöstheit des Einzelnen aus den Gemeinschaftsformen des Mittelalters, die dessen Lebensgestaltung, Betätigungen, Wesenszüge in nivellierende Einheiten gebunden hatten, damit gewissermaßen die Umrisse der Person verschwimmen ließen und die Entwicklung der persönlichen Freiheit, der auf sich ruhenden Einzigkeit, der Selbstverantwortlichkeit niederhielten“.<sup>11</sup>

Unter dem Wort Einzigkeit kann man den Identitätsbegriff erkennen. Das Einzigartige, was jeden Menschen ausmacht und ihn vom anderen unterscheidet. Er beschreibt die Loslösung aus der Gemeinschaftsform des Mittelalters, welche eine Individualisierung des Menschen – seine Identitätsentwicklung – unterdrückt hat. Die „Umrisse“ des Einzelnen – die Identitätsgrenzen – konnten zugunsten der Gemeinschaft, nicht deutlich entwickelt werden. Simmel sieht die neue Individualität des Renaissancemenschen in „seinem rücksichtslosen Sichdurchsetzen, seiner Wertbetonung des Einzig-Seins“.<sup>12</sup> Erlöst aus der geistigen Dunkelheit des Mittelalters, mittels der französischen Revolution, tritt der Mensch in ein neues Erscheinungsbild, geprägt durch „Freiheit [...] das Ich zum Träger der erkennbaren Welt und seiner absoluten Autonomie [...]“.<sup>13</sup> Bei Kant aber auch noch bei Simmel kann man die Perspektive der Identitätsbetrachtung ganz

---

<sup>11</sup> Simmel, 2008, S. 346

<sup>12</sup> ebd., S. 347

<sup>13</sup> ebd., S. 347

genau erkennen, nämlich dass sich das Individuum erst einmal aus seinen gesellschaftlichen Zwängen befreien muss, um sich dann ganz neu und mündig entwickeln und definieren zu können – zunächst eine nach innen gerichtete Entwicklung, um sich dann nach außen, in die Gesellschaft hinein entwickeln zu können.

*George Herbert Mead* (1863 – 1931), US-amerikanischer Philosoph, Soziologe und Psychologe, vertritt die Auffassung, dass sich Geist und Identität erst aus gesellschaftlichen Interaktionssituationen heraus über Sprache entwickeln können. So wird 1934 posthum von einem seiner Schüler folgendes veröffentlicht:

„Identität entwickelt sich; sie ist bei der Geburt anfänglich nicht vorhanden, entsteht aber innerhalb des gesellschaftlichen Erfahrungs- und Tätigkeitsprozesses, das heißt im jeweiligen Individuum als Ergebnis seiner Beziehungen zu diesem Prozess als Ganzem und zu anderen Individuen innerhalb dieses Prozesses“.<sup>14</sup>

Mead betrachtete den Prozess der Identitätsbildung vor allem im Fokus der gesellschaftlichen Interaktion, es braucht eine Spiegelung des Menschen von außen. Dieser Prozess – der Wachstumsprozess, sei keiner der nur im Inneren, im Selbst eines Individuums statt finden könne. Auch hier sind die gesellschaftlichen Gegebenheiten ein entscheidendes Thema in der Identitätsentwicklung. Nun darf die gesellschaftliche Entwicklung hin zur Moderne nicht unerwähnt bleiben, die fortschreitenden technischen Entwicklungen, die Veränderung von Moral und Ethik als Gesellschaftsprozess, zwei Weltkriege verbunden mit einer europäischen Machtverschiebung und einer folgenden Globalisierung, führten zunehmend zu immer mehr dem Individualismus und dem Ich-zentrierten Denken und Fühlen verschriebenen

---

<sup>14</sup> Mead, 1973, S. 177

menschlichen Strukturen. Der Mensch erhält neue Entwicklungs- und Wachstumsmöglichkeiten aufgrund einer sich stark verändernden Gesellschaft und Existenzperspektive. Aber wie wirkt sich das auf die Entwicklungsmöglichkeiten der Ich-Identität aus?

Axel Honneth (\*1949), ein deutscher Sozialphilosoph, schreibt einleitend in Hartmut Rosas (\*1965)<sup>15</sup> Werk *Identität und kulturelle Praxis: politische Philosophie nach Charles Taylor*, über Charles Taylors (\*1931)<sup>16</sup> Gedanken zur Identitätsbildung folgendes:

„Werden die notwendigen Voraussetzungen einer gelingenden Identitätsbildung als Thema betrachtet, auf das Taylor sich in all seinen Arbeiten konzentriert, so erschließt sich leicht der interne Zusammenhang seiner philosophischen Anthropologie: als unhintergehbare Bedingung einer Selbsterkundung, wie sie jeder Prozeß geglückter Identitätsbildung erfordert, erscheint dann der Hintergrund eines evaluativen Begriffsnetzes, welches das Ganze des menschlichen Lebens kontrastiv nach ethischen Gesichtspunkten des Guten oder Schlechten auszulegen erlaubt. Von einem solchen begrifflichen Netz, das Taylor auch „moralische Landkarte“ nennt, machen wir zwangsläufig in der individuellen Reifung Gebrauch, um durch die tastende Artikulation unserer Wünsche und Bedürfnisse herauszufinden, wer wir als unvertretbarere Einzelner in der sozialen Gemeinschaft sein wollen.“<sup>17</sup>

Taylor beschäftigt sich mit dem Selbsterkundungsprozess als Voraussetzung zur Identitätsbildung. Das Ganze wird eingebunden in eine „moralische Landkarte“ und in die eigene Wunsch- und Bedürfnishierarchie, wer wir sein wollen. Das Hauptgewicht liegt hier nicht auf der Entstehung der Identität

---

<sup>15</sup> Deutscher Soziologe und Professor für Soziologie an der Universität Jena

<sup>16</sup> Bedeutender kanadischer Politikwissenschaftler und Philosoph, veröffentlichte 1994 sein Werk *Quellen des Selbst über die Entstehung der neuzeitlichen Identität*.

<sup>17</sup> Rosa, 1998, S.10

durch gesellschaftliche Spiegelung, sondern seine Abhandlungen zeigen vielmehr eine aktive und steuerbare Identitätsentwicklung, ausgerichtet auf zwei Faktoren - Moral und den eigenen Bedürfnissen.

Die Gewichtung der Identitätsentwicklung in der Moderne ist zwischen einer Gewichtung der Selbsterkundung und -entwicklung und der Spiegelung durch gesellschaftliche Gegebenheiten – der „sozialen Verortung“<sup>18</sup> - in einer Art Dualität aufgespannt. Im 1999 erschienen Werk *Identitätskonstruktionen: Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne* von Heiner Keupp (\*1943)<sup>19</sup>, ein deutscher Sozialpsychologe und Professor an der *Ludwig-Maximilian-Universität München*, wird das erste Kapitel mit *Identitätsarbeit im Epochenwandel* überschrieben. Eine Frage die sich daraus ergibt: Hat sich der Identitätsbegriff über die Epochen hinweg wirklich verändert, oder können wir beim einleitenden Platon Zitat bleiben? *Michel de Montaigne* (1533 – 1592), französischer Politiker, Philosoph, Skeptiker und Humanist, beschrieb die Thematik in der Renaissance bereits folgendermaßen:

„Ich gebe meiner Seele bald dieses, bald jenes Gesicht, je nach welcher Seite ich es wende. Wenn ich unterschiedlich von mir spreche, dann deswegen, weil ich mich als unterschiedlich betrachte. Alle Widersprüche finden sich bei mir in irgendeiner den Umständen folgenden Form. ...Von allem sehe ich etwas in mir, je nachdem wie ich mich drehe; und wer immer sich aufmerksam prüft, entdeckt in seinem Inneren dieselbe Wandelbarkeit und Widersprüchlichkeit, ja in seinem Urteile darüber. [...] wir bestehen alle nur aus buntscheckigen Fetzen, die so locker und lose aneinanderhängen, daß jeder von ihnen jeden Augenblick flattert, wie er will; daher gibt es so viele Unterschiede zwischen uns und uns selbst wie zwischen uns und den anderen“.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> Keupp, 1999, S. 28

<sup>19</sup> Mitherausgeber: Heiner Keupp, Thomas Ahbe, Wolfgang Gmür, Renate Höfer, Beate Mitzscherlich, Wolfgang Kraus, Florian Straus

<sup>20</sup> Keupp, 1999, S. 22

Diese Gedanken aus der Renaissance implizieren dem Leser nahezu, ob die gesellschaftlichen Neuerungen der Spätmoderne nur „Alter Wein in neuen Schläuchen“ sei. Diese doch sehr dynamisch orientierte Subjekt – Objekt Betrachtungsweise gab es also schon etwas vereinfachter in den Zeiten der Renaissance. Doch die gesellschaftlichen Lockerungen in der Moderne geben der Auseinandersetzung mit dem Begriff der Identität einen doch veränderten Bezugsrahmen. Liest man dazu Theodor W. Adorno (1903 – 1969), deutscher Philosoph, Soziologe und Hauptvertreter der Frankfurter Schule.<sup>21</sup> Er schrieb im Jahr 1967 „das Ende des Identitätszwanges [...] Das befreite Ich, nicht länger eingesperrt in seine Identität, wäre auch nicht länger zu Rollen verdammt“.<sup>22</sup> Nun vielleicht gibt es im Hier und Jetzt keine Identitätszwänge vergleichbar mit denen des Mittelalters, der Renaissance oder der Aufklärungszeit mehr. Jedoch ist die Entwicklung der eigenen Ich-Identität nach wie vor von grosser Bedeutung für das Selbst und in ganz andere, neue gesellschaftliche Probleme verwebt. Und im Hier und Jetzt, kommt zur Identitätsentwicklung noch ein ganz neuer Wirkfaktor, die *Neuen Medien* mit Facebook und Co. hinzu (vgl. Kap. 6). So äußert sich auch Keupp zum Identitätsbegriff wie folgt:

„So scheint es angebracht, der Frage nach der Identität eine universelle und eine kulturell-spezifische Dimensionierung zu geben. Es geht bei Identität immer um die Herstellung einer Passung zwischen dem subjektiven „Innen“ und dem gesellschaftlichen „Außen“, also zur Produktion einer individuellen sozialen Verortung, das ist die universelle Anforderungssituation der *conditio humana*, also die anthropologische Grundaufgabe des Menschen“.<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> Als Frankfurter Schule wird eine Gruppe von Philosophen und Wissenschaftlern verschiedener Disziplinen bezeichnet, die an die Theorien von Hegel, Marx und Freud anknüpfte und deren Zentrum das 1924 in Frankfurt am Main eröffnete Institut für Sozialforschung war

<sup>22</sup> Adorno, 1967, S. 273, 275

<sup>23</sup> Keupp, 1999, S.28; vgl. Wagner, 1998, S.51

Diese Definition, die das Oszillieren zwischen Subjekt und den äußeren Objekten aufzeigt, gibt den passenden Zeitpunkt frei, um zu den Entwicklungen des Identitätsbegriffes in der Psychoanalyse überzuleiten. *Erik Erikson*, deutsch-US-amerikanischer Psychoanalytiker und Ich-Psychologe schrieb „Soweit mir bekannt, benutzte Freud ihn [Identität] als vollinhaltlichen Begriff nur einmal, und zwar in einem psycho-sozialen Zusammenhang. Bei dem Versuch, seine Bindung an das Judentum zu formulieren, sprach er von der „klaren Bewusstheit innerer Identität“. <sup>24</sup> Die ersten Identitätsbekundungen der Psychoanalyse gehen auf den österreichisch-US-amerikanischen Psychoanalytiker *Heinz Hartman* (1894 – 1970) mit dem von ihm eingeführten Begriff des *Selbst*, aber vor allem auf Eriksons Einführung des Begriffs der *Identität* zurück. Erikson, der die Identitätsentwicklung im *Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung* erläuterte, beschrieb diese in seinem 1973 erschienen Werk *Identität und Lebenszyklus* folgendermaßen:

„Das Gefühl der Identität, der Sicherheit man selbst zu sein, ruht auf zwei Säulen. Zum einen auf der eigenen Wahrnehmung dieser Identität in zeitlichen Kontinuität und Gleichheit, zum anderen auf dem Erleben, dass die Umwelt diese Wahrnehmung irgendwie bestätigt.“ <sup>25</sup>

*Werner Bohleber* <sup>26</sup> definiert Identität im *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (2008):

„Als psychologischer Begriff verklammert er das Intrapsychische und das Intersubjektive miteinander. Konzeptuell hat er den Vorteil, dass in ihm beide Aspekte des Selbst, Autonomie und Zugehörigkeit beinhaltet sind. [...] Identität ist ein Prozessgeschehen, das zwischen dem Personen-Kern mit seinen Strukturen Ich-Es-Über-Ich, den Selbst- und Objektrepräsentanzen und der

---

<sup>24</sup> Erikson, 1973, S. 124

<sup>25</sup> Erikson, 1973

<sup>26</sup> \*1942, deutscher Psychoanalytiker



Übernahme bestimmter sozialer Rollen, Verhaltensnormen und Überzeugungen anzusiedeln ist. Die Identität stellt die Schnittstelle zwischen innen und außen, zwischen gesellschaftlichen Erwartungen, Rollenangeboten und der inneren Wirklichkeit, Identifizierungen, den Abkömmlingen unbewusster Phantasien und idiosynkratischen Wünschen dar.“<sup>27</sup>

Bohleber gibt der Identität die Rolle des intermediären Raums nach Winnicott<sup>28</sup>, also ist sie eine Art Übergangsraum zwischen dem Innen und dem Außen. Deren Entwicklung, wie auch bereits Mead formulierte nicht möglich sei, ohne die Spiegelung durch äußere Objekte. Durch die von Fonagy<sup>29</sup> und Gergely<sup>30</sup> beschriebenen Spiegelprozesse, „das Kind kann sein Selbst nur wahrnehmen, wenn dieses durch die Mutter zurückgespiegelt wird, und zwar so wie die Mutter das Kind sieht.“<sup>31</sup> Bohleber benennt diese Prozesse als die Basis der Identitätsentwicklung.

„Die Identität gründet in der Reflexionsbeziehung des Selbst und [...] das Selbst kann sich nie unvermittelt erfahren.“<sup>32</sup>

Psychoanalytische Autoren, die nach Erikson kamen, beschrieben den Identitätsbegriff nicht mehr psychosozial, sondern rein psychologisch, wie *Edith Jacobson*<sup>33</sup>. Sie „betont vor allem die Trennungsprozesse des Selbst und die Unterscheidung von anderen. Folgerichtig arbeitet sie [...] die Bedeutung der Aggressivität und Rivalität für die Identitätsbildung heraus.“<sup>34</sup> Als letzter

---

<sup>27</sup> Waldvogel/ Mertens, 2008, S. 337

<sup>28</sup> Donald W. Winnicott, 1996 – 1976, englischer Psychoanalytiker, wichtigster Vertreter der Objektbeziehungstheorie

<sup>29</sup> Peter Fonagy (\*1952) bedeutender Psychologe und Psychoanalytiker, Begründer der Mentalisierungstheorie

<sup>30</sup> Verfasser der Studie The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy.

<sup>31</sup> ebd., S. 33

<sup>32</sup> ebd., S.337

<sup>33</sup> 1897 – 1978, deutsche Ärztin und Psychoanalytikerin

<sup>34</sup> ebd., S.338

Autor soll hier Otto Kernberg<sup>35</sup> genannt werden. Er betrachtet im Gegensatz zu Jacobsen Identität nicht in Abgrenzung von inneren Objekten, sondern postuliert, die „Ich-Identität umfasst die Integration von Selbstvorstellungen in ein integriertes Selbst...eine vollständige Integration der inneren Welt von Objekten ... sowie die fortdauernden Prozesse der Bestätigung.“<sup>36</sup> Kernberg verbindet einen ich-psychologischen mit dem objektbeziehungs-psychologischen Ansatz.

## 2.2 Identität nach Erikson

Erikson (1973) grenzt sich zunächst in seinem Konzept der Identitätsentwicklung des Kindes und des späteren Adoleszenten von Freud und dem „von außen aufgenötigten“ Prozess der Gewinnung an Selbstachtung aus dem von Beginn an gegebenen Narzissmus und Allmachtsgefühl<sup>37</sup> ab. Erikson gibt zu bedenken, dass sich die Psychoanalyse mehr mit den regressiven als mit den kollektiv-fördernden Aspekten beschäftigt hat und er seine Betrachtungen vielmehr auf letztere beziehen möchte.

„Statt zu unterstreichen, was die Gesellschaft dem Kinde alles versagt, möchten wir klären, was sie zunächst einmal dem Kinde gibt, wie sie es allein dadurch, dass sie es am Leben erhält und durch eine spezifische Form der Fürsorge für seine Bedürfnisse sorgt [...].“<sup>38</sup>

So benennt er als fördernde und kräftigende Faktoren der Ich-Identität das Überleben eines Restes des kindlichen Narzissmus. Dieser entsteht allerdings

---

<sup>35</sup> \*1928, US-amerikanischer Psychoanalytiker und führender Vertreter im Bereich narzisstische Persönlichkeitsstörungen und Borderline-Syndrom

<sup>36</sup> ebd., S. 338ff; zit. nach Kernberg, 1976, S.74

<sup>37</sup> Erikson, 1973, S. 13

<sup>38</sup> ebd., S.14

nur, wenn die eigene Mutter<sup>39</sup> dem Kind so viel Liebe und Gutes entgegen gebracht hat, dass es sich „gegen die Einbrüche einer enttäuschenden Umwelt“<sup>40</sup> erfolgreich behaupten aber dennoch bei sich selbst bleiben kann.

„Für das spätere Aufgeben oder die Umwandlung dieses Narzissmus in das reifere Selbstgefühl, ist es wiederum von entscheidender Bedeutung, ob das nun realistischere Wesen eine Chance erwarten kann, das, was es gelernt hat, auch anzuwenden und eine Gefühl dafür zu bekommen, dass seine Bedeutung für die Gemeinschaft gewachsen ist.“<sup>41</sup>

Es ist entscheidend und wichtig, dass der angeborene Narzissmus und das kindliche Allmachtsgefühl, durch ein Erlernen von Fähigkeiten und sozialen Techniken für den Umgang mit anderen Menschen und das Entwickeln der eigenen sozialen Rolle, abgelöst werden. Beim menschlichen Wachstum gilt es, innere und äußere Konflikte zu lösen und daraus mit „einem gestärkten Gefühl innerer Einheit, einem Zuwachs an Urteilskraft und der Fähigkeit hervorzugehen, ihre Sache „gut zu machen“, und zwar gemäß den Standards derjenigen Umwelt, die für den Menschen bedeutsam ist.“<sup>42</sup> Durch all diese, bereits genannten Wirkfaktoren, kommt es zur „Vorstellung einer erreichbaren Zukunft.“<sup>43</sup> Erikson fasste es ausführlicher zusammen, „es sollte damit ein spezifischer Zuwachs an Persönlichkeitsreife angedeutet werden, den das Individuum am Ende der Adoleszenz aufgrund der Fülle seiner Kindheitserfahrungen entnommen haben muss, um für die Aufgaben des Erwachsenenlebens gerüstet zu sein.“<sup>44</sup>

---

<sup>39</sup> oder primäre Betreuungsperson

<sup>40</sup> ebd., S.40

<sup>41</sup> ebd., S.40

<sup>42</sup> ebd., S.56

<sup>43</sup> ebd., S.41

<sup>44</sup> ebd., S.123

Um eine befriedigende Objektlibido zu erleben, „muß zur genitalen Liebe und zur orgastischen Potenz die wirtschaftliche und gefühlsmäßige Sicherheit hinzutreten“<sup>45</sup>, dann ist Ehe oder ein partnerschaftliches Zusammenleben, Empfängnis, Schwangerschaft und das Großziehen von Kindern erst möglich.

„Der Begriff Identität drückt also insofern eine wechselseitige Beziehung aus, als er sowohl ein dauerndes inneres Sich-Selbst-Gleichsein wie ein dauerndes Teilhaben an bestimmten gruppenspezifischen Charakterzügen umfasst“.<sup>46</sup>

Erikson schreibt der Ich-Identität folglich zwei Hauptfaktoren zu, die eigene Gleichheit und Kontinuität, in sich selbst wahrzunehmen und auch so vom sozialen Umfeld wahrgenommen zu werden und damit verbunden, die eigene soziale Rolle zu stärken und zu stabilisieren. Die Eigen- und Fremdwahrnehmungskomponente der Identität. Um die Ich-Identität nach Erikson stabil zu halten, bedarf es 3 Komponenten: „einem Gefühl von Urvertrauen, [...] einem Gefühl eines autonomen Willens und [...] ein Gefühl von Initiative“.<sup>47</sup> Auf diese Komponenten wird im Zusammenhang mit der Professions-Identität im nächsten Abschnitt (Kap. 2.3) genauer eingegangen.

„Nur ein allmählich zunehmendes Identitätsgefühl, das aus dem Erlebnis sozialer Gesundheit und kultureller Solidarität am Abschluss jeder größeren Kindheitskrise erwächst, [verspricht] das periodische Gleichgewicht im menschlichen Leben herzustellen..., das – durch Integration der Ich-Phasen – zu einem umfassenderen Gefühl für die gesamte Menschheit beiträgt. Wo immer aber dieses Gefühl verloren gegangen ist, wo die Integrität der Verzweiflung und dem Überdruß das Feld räumt, Zeugungskraft der Stagnation, Intimität und Isolierung, Identität der Konfusion weicht, da wird eine Armee infantiler Ängste mobilisiert. Denn nur eine Identität, die sicher in der „Vaterherrschaft“ einer

---

<sup>45</sup> ebd., S.41

<sup>46</sup> ebd., S. 124

<sup>47</sup> ebd., S. 59

kulturellen Identität verankert ist, kann ein funktionierendes psychosoziales Gleichgewicht erzeugen.“<sup>48</sup>

Erikson sieht die Konfusion als gegenteilige Erscheinung, als negative Ausformung der Identität, die aufgrund von Verzweiflung oder Überdruß zu Stagnation, Isolierung und final zu infantilen Ängsten führen kann. Das psychosoziale Gleichgewicht kann nur aufgrund einer ausreichend gesunden und stabilen Ich-Identität existieren. Bohleber schreibt abschließend, das Eriksons Identitätskonzept in der Sprache der Ich-Psychologie, dort nicht richtig hineinpasst und dass mit deren Verblässen auch Eriksons Identitätskonzept aus der psychoanalytischen Diskussion verschwunden sei. Dabei sei es ein wichtiger Vorläufer der modernen Objektbeziehungstheorien, der modernen Selbst-Konzepte [...].“<sup>49</sup>

## **2.3 Ich-Identität versus Professions-Identität**

Mit dem Wort Profession ist der Beruf, selten auch die Berufung<sup>50</sup> gemeint. Das Wort Berufung, benutzt man im allgemeinen für Berufe, die man nicht nach Arbeitsschluss „an der Wohnungstür abstreifen“ kann, meist für Ärzte, Lehrer oder Pflegeberufe. Man kann diese Berufe auf einen gemeinsamen Nenner bringen. Die Zusammenarbeit mit Menschen ist die Primäraufgabe.<sup>51</sup> Welche im Gegensatz zur Arbeit mit leblosen Objekten, Waren beispielsweise, einige gravierende Unterschiede aufweist. Die Ich-Identität eines Individuums wurde in den vorangegangenen Kapiteln ausführlich beschrieben, nun richtet sich der Fokus auf die Professions-Identität.

---

<sup>48</sup> ebd. S. 220

<sup>49</sup> Waldvogel/ Mertens, 2008, S. 339

<sup>50</sup> <http://www.duden.de/rechtschreibung/Profession>, Stand: 15.01.2014

<sup>51</sup> Die Primäraufgabe, also jene Aufgabe/n, zu deren Bewältigung das entsprechende System (Firma, Abteilung, Arbeitsplatz) geschaffen wurde.

Ist die Professions-Identität eine eigenständige Teilfacette der Ich-Identität oder ist eine Unterscheidung gar nicht möglich? Für welche Berufsgruppen könnte sie existent und von besonderem Interesse sein? Kann man sie für den Beruf des Psychotherapeuten anführen? Und welche Folgen für Aus- und Weiterbildung und die Ausübung des Berufes ergeben sich daraus?

Die heutige Bedeutung des Wortes Beruf wurde von *Martin Luther*, im Sinne von göttlicher Berufung beziehungsweise christlicher Bestimmung verbreitet, was im Zusammenhang mit der Arbeit am Menschen im Zusammenhang mit der Nächstenliebe oder vielleicht der *Liebesfähigkeit* eine besondere Bedeutung für den Psychotherapeutenerhält. Auf die Liebesfähigkeit als Wirkfaktor wird im folgenden Kapitel ausführlich eingegangen. Zum Verhältnis von Identität und Beruf gibt *Renate Fischer* in Ihrer 2013 erschienenen Dissertation *Berufliche Identität als Dimension beruflicher Kompetenz* folgendes an:

„Identität beinhaltet, entsprechend ihrer Wortbedeutung, stets den Aspekt des „Anderen“, mit dem es identisch zu sein gilt. In Bezug auf berufliche Identität ist es der Beruf, zu dem die Person in Relation gesetzt wird. [...] Berufliche Identität ist als ein wichtiger Teil der Gesamtidentität einer Person zu betrachten“.<sup>52</sup>

Was in der klassischen Identitätsdefinition die Objekte sind, ist im Fall der Berufs-Identität der Beruf als solches. Er übernimmt eine Art Spiegelfunktion und gestaltet die Entwicklung dieser Identitätsfacette mit - genau wie die Objekte beim Ansatz des ganzheitlichen Identitätsbegriffs.

Ist die Größe der Professions-Identität als Teilfacette entscheidend für eine stabile und gute Identität? Beispielsweise bei Menschen, die sich ausschließlich über Ihren Beruf definieren, nur dadurch ihr Selbstbewusstsein

---

<sup>52</sup> Fischer, 2013, S.107 ff; zit. nach Haußer, 1995, S.3

erlangen, sich fast nur für diesen interessieren und alles danach ausrichten, Kommunikation, soziale Kontakte, etc. Ist dann die Teilfacette vielleicht zur Ich-Identität geworden? Das wäre eine mögliche Erklärung, weshalb arbeitslose Menschen, (bei langer Arbeitslosigkeit) in Identitätskrisen geraten können. Gleiches ist nicht selten bei Rentnern, die ihr Arbeitsleben vollständig beendet haben, zu beobachten. Daraus zu schließen ist, dass die Größe –die Ausprägung – der Professions-Identität von Bedeutung ist. Fischer bezeichnet die berufliche Identität als Teil der Gesamtidentität, also nicht abgespalten sondern integriert<sup>53</sup>. Darüber hinaus gibt sie zu bedenken, dass die berufliche Identität einer Entwicklung und Schwankung, also der gleichen Dynamik, wie der allgemeinen Ich-Identität unterliegt. „RAEDER und GROTE (2005) betonen hierbei, dass Stabilität und Kontinuität im Beruf nicht notwendig sind, sondern Optionen offen sein müssen, um die persönliche berufliche Identität immer wieder neu zu definieren.“<sup>54</sup> Das wäre vielleicht ein Ansatz – das Aufrechterhalten einer beruflichen Dynamik, um beruflich bedingte Identitätskrisen zu vermeiden.

Ein weiterer interessanter Punkt ist die Stärke des Identifikationspotentials mit einem Beruf. Diese hänge laut Fischer von der Stabilität und dem Prestige eines Berufsbildes ab. Was bedeutet das für den Beruf des Psychotherapeuten? *Michael Geyer*<sup>55</sup> befasst sich im 2008 erschienenen Werk *Psychodynamische Psychotherapie und ihre Therapeuten* mit der hier im Mittelpunkt stehenden Identitätsform – der *Psychotherapeutischen Identität*. Er gibt einleitend zu bedenken „die Psychotherapie ist in Deutschland besser etabliert als sonst auf der Welt und besitzt alle Anzeichen einer hochentwickelten, wissenschaftlichen Disziplin [...]“ jedoch sind „trotz [...] der gesellschaftlichen Wertschätzung des Fachgebietes [...] die

---

<sup>53</sup> ebd., S.109

<sup>54</sup> ebd., S.108

<sup>55</sup> \*1943, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Psychoanalyse

Psychotherapeuten weit davon entfernt, sich als einheitliche Berufsgruppe gefunden zu haben. Einige lassen sich nur ungern Psychotherapeuten nennen, weil sie lieber den Namen ihrer speziellen Schulrichtung tragen möchten.“<sup>56</sup> Geyer begründet dies mit vielen Unstimmigkeiten, wie dem teilweise geringen Verdienst, den vielen verschiedenen Schulrichtungen, der Anzahl an Verbänden und Vereinigungen für diesen wie bereits Freud sagte, „unmöglichen Beruf“. <sup>57</sup> Ein wichtiger daran anknüpfender Fakt in der beruflichen Identitätsentwicklung sind die Aus- und Weiterbildungsmodalitäten, die laut Fischer zu einer stabilen und kohärenteren Ausformung des eigenen Berufsbildes und der Professions-Identität führen. Betrachtet man nun die Weiterbildungsmodalitäten eines Psychotherapeuten, nach dem fünfjährigen Studium, dann die Psychotherapeutische Weiterbildung mit ihrem immensen Arbeits- und Kostenumfang (praktisches Klinikjahr nahezu ohne Vergütung)<sup>58</sup>, sind die daraus resultierenden Fragen:

Dienen diese hohen Anforderungen zur Selektierung und somit als Voraussetzung wirklich bereit und fähig für eine solche Berufung zu sein? Oder dienen sie dazu, spezielle Persönlichkeitsakzentuierungen bereits zu modifizieren und auszubilden? Oder ist es ein schierer Missstand, der sich fragen lässt, wie soll sich, unter solchen Umständen eine stabile, starke und selbstbewusste Psychotherapeutenidentität ausbilden?

Geyer postuliert dazu „Eindrucksvoll ist auch, wie die Art und Weise der Ausbildung den Prozess der frühen Selbstentwicklung nachbildet. Bezüglich

---

<sup>56</sup> Geyer/ Plöttner, 2008, S. 97

<sup>57</sup> ebd. S. 110

<sup>58</sup> Im PiA Jahr, verdient man in Berlin zwischen 0,- und maximal 604,- € pro Monat für eine wöchentliche gesetzlich festgelegte Arbeitszeit von 26 Stunden. Das macht einen Mindestverdienst von 0,- bis maximal 5,81 € pro Stunde. Die Forderung des Deutschen Gewerkschaftsbundes aus dem Jahr 2013 für deutsche Mindestlöhne liegt bei 8,50 €<sup>58</sup>, also selbst der Maximalverdienst von 5,81 € liegt einfach ersichtlich weit darunter.



der beruflichen Identitätsgewinnung von psychotherapeuten spielen Identifizierungen mit erfahrenen Lehrmeistern, ihre vorübergehende Idealisierung und die Auflösung von Ambivalenzen in der Beziehung zu wichtigen Personen eine ähnliche Rolle wie in frühen Prozessen der Selbstentwicklung.“<sup>59</sup>

Wofür ist es wichtig, zwischen einer persönlichen und beruflichen Identität zu unterscheiden?

Sicher wäre es interessant, ob bei Berufen mit dem Menschen als Primäraufgabe, die Größe der Teilfacette Auswirkungen hat. Ist es für den Psychotherapeuten besser: je größer die Professions-Identität ausgeprägt ist, umso besser und erfolgreicher kann er sich und seine Persönlichkeit in den Therapieprozess einbringen. Oder ist es genau gegenteilig: je weniger der Therapeut sich einbringt, umso mehr kann er seine Neutralität, Abstinenz und Abgrenzung zum Patienten und damit ein gutes Gelingen der Therapie wahren? Vielleicht steht die Ausprägung der Professions-Identität im Zusammenhang mit etwaigen (sexuellen) Übergriffen seitens des Psychotherapeuten in der Therapeut-Patient-Beziehung? Als Folge einer Entwicklung der Professions-Identität hin zur Gesamt-Identität, ist der Therapeut nicht mehr in der Lage seine Gefühle zum Patienten korrekt einzuordnen.

In diesem Zusammenhang wäre es auch interessant, wie sich veränderte bzw. verbesserte Aus- und Weiterbildungsmodalitäten auf eine gute und stabile *Psychotherapeutische Identität* auswirken würden. Wenn man nach Eriksons stabilisierenden Komponenten der Identität geht: Urvertrauen, autonomen Willen und das Gefühl von Initiative, fehlen einige Entscheidende in der Ausbildungszeit. Vielleicht ist es aber auch hier Teil des Prozesses um Respekt und Demut zu erlernen.

---

<sup>59</sup> Geyer /Plöttner, 2008, S. 99

Weitere spannende Bereiche in diesem Zusammenhang sind, entsprechende Trainings und Schulungen, die die eigene Abgrenzungsfähigkeit, vom Beruf und Patient und damit einhergehend die Stabilisierung der eigenen psychischen Salutogenese<sup>60</sup> oder Psychohygiene trainieren und verbessern. Fischer berichtete von einer niederländischen Studie zur Berufsidentität von 300 Jugendlichen. „In dieser Arbeit zeigt sich kein Zusammenhang zwischen beruflicher Identität und anderen relevanten Lebensbereichen wie z.B. die Fähigkeit, die Freizeit zu genießen oder die Anzahl guter Freunde“.<sup>61</sup> Die Forscher schlossen aus den Ergebnissen, dass sich berufliche Identität unabhängig von sozialer Identität entwickelte.<sup>62</sup> Berufliche Identität sei also ein Teil der Gesamtidentität, welche sich spezifisch auf den Lebensbereich Beruf und Arbeit zugeschnitten ausforme. Dieses Ergebnis kann man kritisch betrachten, ob der untersuchten Stichprobe von Jugendlichen, die noch keine langjährige Berufserfahrung haben. Auch gibt es in dieser Studie keine Unterscheidung von Berufsgruppen. Wie ist es vor allem beim Psychoanalytiker, da dieser einen Großteil seiner Persönlichkeitsanteile, also elementare Elemente seiner Identität, mit in den Therapieprozess einbringt? Als Experten habe ich Prof. Dr. Jürgen Körner am 13.01.2014 in seiner Praxis in Berlin interviewt. Er ist Dipl. Psychologe, psychologischer Psychotherapeut, emeritierter Professor für Sozialpsychologie an der Freien Universität Berlin und Gründungspräsident der International Psychoanalytic University Berlin.

**Marie Martin:** „Kann man bei einem Psychotherapeuten von einer privaten (Ich) Identität und einer Professions-Identität sprechen?“

**Prof. Dr. J. Körner:** „Wohl kaum... Gerade in der Psychoanalyse ist ja die Persönlichkeit und die zentralen Motive des Therapeuten von Bedeutung und

---

<sup>60</sup> Gesunderhaltung. Komplementär zur Pathogenese.

<sup>61</sup> ebd., S. 107

<sup>62</sup> Fischer, 2013, S. 108 ff, zit. nach Meeus, 1993, S. 815-816

*wirken in den Therapieprozess mit ein. Man kann da kaum eine Unterscheidung vornehmen.*<sup>63</sup>

Weitere Unterscheidungen in der Ausformung der Professions-Identität, sollte man bzgl. der psychotherapeutischen Schulen vornehmen. Denn die Technik und die Behandlungsmodalitäten in der *Psychoanalyse*, beispielsweise das *Arbeitsbündnis*, die *Übertragung und Gegenübertragung* sowie das *Unbewusste* spielen eine größere Rolle als im Vergleich zum verhaltenstherapeutischen Sektor. Dort steht der Mensch im Fokus lerntheoretisch orientierter Modelle und es geht viel weniger um das einbringen der eigene Person. Um diesen Betrachtungen und vor allem einigen Antworten näher zu kommen, sollen im folgenden Kapitel einzelne Identitätsaspekte des „Guten Psychotherapeuten“ beleuchtet werden.

## **2.4 Die Identität des „Guten Therapeuten“**

Die Person des Psychotherapeuten ist im Psychotherapieprozess keineswegs nebensächlich. Schon 1985 postuliert der US-amerikanische Psychoanalytiker und Psychotherapieforscher Luborsky „The Psychotherapist matters.“<sup>64</sup> Und auch die deutschen Psychoanalytiker und Psychotherapieforscher, Thomä und Kächele beginnen ihr *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie* mit der „...Überzeugung, daß der Beitrag des Analytikers zum therapeutischen Prozess in den Mittelpunkt gerückt werden sollte.“<sup>65</sup> So sollen in diesem Kapitel wichtige und entscheidende Persönlichkeitsfaktoren der Persönlichkeite eines „guten Therapeuten“ skizziert werden.

---

<sup>63</sup> Experteninterview mit Prof. Dr. Jürgen Körner, Berlin 13.01.2014

<sup>64</sup> Luborsky, 1984

<sup>65</sup> Thomä/ Kächele, 1985, S.7

Bei aller Perspektive auf die Persönlichkeit des Therapeuten, stellt das Maß an professioneller Distanz in Form der Abstinenzregel<sup>66</sup> ein zentrales Kriterium psychotherapeutischer Arbeit dar und soll als Rahmenbedingung nicht unerwähnt bleiben. Deserno<sup>67</sup>, behandelt diese Rahmenbedingung, als Arbeitsbündnis bekannt, in seinem Werk *Die Analyse und das Arbeitsbündnis* (1994). Laut Greenson<sup>68</sup> (1965) ist der Analytiker naturgemäß „unneurotisch, rational, vernünftig und einsichtsfähig seitens des Arbeitsbündnisses [...] die Tatsache, daß der Analytiker ständing die Realität beobachtet und sie dem Patienten interpretiert [...].“<sup>69</sup> Der Begriff der Realität ist in der Psychoanalyse vielschichtig zu verstehen. So kritisiert Deserno die Verwendung des Wortes Realität, denn “Greenson verwendet den Begriff Realität so, als sei Realität als Beurteilungsmaßstab nicht nur gegeben, sondern auch direkt beobachtbar [...] ohne daß der Begriff zum Beispiel als psychische Realität, als materielle Realität oder Realität der Übertragung differenziert wird.”<sup>70</sup> Diese Realität, von der Greenson und Deserno sprechen, kann immer nur der Spiegel der eigenen Identität des Therapeuten sein, durch den er in die Welt schaut. Die daraus resultierende Subjektivität der Wahrnehmung stellt eine grundlegende Schwierigkeit in der Arbeit des Psychotherapeuten dar. Alles was er sieht, fühlt und sagt, ist durch seine eigene Identität, sein eigenes Selbst. Als ein wesentlicher Bestandteil des Selbst sind auch die Triebregungen des Analytikers im therapeutischen Prozess zu berücksichtigen:

Erikson dazu „Wenn der Analytiker die Triebe erforscht [die Triebe seiner Patienten], so weiß er, daß auch sein Forscherdrang zum Teil triebgelenkt ist;

---

<sup>66</sup> Sie beschreibt den behandlungstechnischen Grundsatz der weitestgehenden Nichtbefriedigung der durch die Übertragung (Psychoanalyse) beim Analysanden hervorgerufenen Gefühle und Wünsche in Bezug auf den Therapeuten, sowie dessen Enthaltungsverpflichtung im Rahmen der Gegenübertragung.

<sup>67</sup> \*1945, deutscher Mediziner, Facharzt für psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie und Psychoanalytiker

<sup>68</sup> 1911- 1979, US-Amerikanischer Psychiater und Psychoanalytiker

<sup>69</sup> Vgl. Deserno, 1994, S.20, zit. nach Greenson, 1965, S.172

<sup>70</sup> Deserno, 1994, S.20

er weiß, daß er auf die Übertragung des Patienten mit einer partiellen Gegenübertragung reagiert, d.h. mit dem nicht unbedenklichen Wunsch, infantile Triebstreben in der therapeutischen Situation zu befriedigen, die doch heilend wirken soll.“<sup>71</sup> Erikson beschreibt hier die unbewussten Anteile des Therapeuten und seiner Motivation. Hollnagel<sup>72</sup> (2014) hingegen hebt die Bedeutsamkeit hervor, diese Triebregungen selbst genau zu erforschen:

„Schon allein für das Verständnis der frühen Störungen bedarf es aufgrund der Kompliziertheit und Komplexität eines soliden Wissens, welches erlaubt, neben der Schönwetterzeit auch die Affektstürme von Wut und Hass auszuhalten. Aggressionen müssen angenommen, dürfen nie akut aus dem Blickwinkel eigener Kränkung beantwortet werden.“<sup>73</sup> Bei diesem Wissen, handelt es sich um das Wissen um die eigenen Triebregungen, die aufgrund der eigenen Kindheitserfahrungen dann bei bestimmten Patientenschilderungen zu negativen Affekten führen könnten. Im Sinne Bions *Containing Modell* (1962), was die Fähigkeit des Psychotherapeuten, Projektionen von Patienten vorerst aufzunehmen, ohne die eigenen Emotionen, die durch die Projektionen ausgelöst werden auszuagieren. Für diesen Prozess, ist die Selbsterfahrung des zukünftigen Psychotherapeuten ein enorm wichtiger Bestandteil.

Erikson schlägt als Lösungsweg vor, „[...]dass der Psychoanalytiker einen Beobachtungsposten beziehen [soll], der gleich weit weg vom Es, dem Ich und dem Über-Ich entfernt ist, damit er [...] wenn er Veränderungen in einer dieser seelischen Instanzen bemerkt, zugleich auch die Veränderungen bei den anderen gewähren kann.“<sup>74</sup> Es beschreibt also eine Methode, die dem

---

<sup>71</sup> Erikson, 1973, S.48

<sup>72</sup> Dipl. Psychologin, Psychotherapeutin und Analytikerin Birgit Hollnagel

<sup>73</sup> Hollnagel, 2014

<sup>74</sup> Erikson, 1973, S. 52

Therapeuten erlaubt, trotz aller in den Prozess involvierten unbewussten Triebregungen eine professionelle und schützende Distanz zu bewahren.

*Wie muss ein Mensch also sein, sodass er genannte Voraussetzungen erfüllt, um ein guter Psychotherapeut zu werden, zu sein und zu bleiben?*

**Marie Martin:** *Was macht Sie als Analytiker aus? (5 Adjektive)*

**Prof. Dr. Jürgen Körner:** *interessiert sein, wohlwollend sein, neugierig sein, ausreichend empathisch und am Erfolg des Patienten interessiert sein.*<sup>75</sup>

Rosenzweig postuliert 1936 „even the personal qualities of the good therapist elude descriptions for, while the word *stimulating, inspiring* etc., suggest themselves they are far from adequate.“<sup>76</sup> Er weist auf den *intuitive sense* des Therapeuten hin. Zunächst und als Verstehensbasis sollen die von Rosenzweig erwähnten *Common Factors* erläutert werden: Nach Rosenzweig sind es die zur Genesung führenden Wirkfaktoren einer Psychotherapie. Zum einen die *Person des Therapeuten*, die *Verwendung eines konsistenten Therapiemodells*<sup>77</sup> und zuletzt die *interdependente Persönlichkeitsstruktur des Patienten*. Das Modell wurde von zahlreichen verhaltenstherapeutisch orientierten Autoren wie Grawe (1995)<sup>78</sup>, Weinberger (1995)<sup>79</sup> und Jorgensen (2004)<sup>80</sup> weiterentwickelt. Da diese jedoch die Person des Therapeuten nur wenig berücksichtigen, werden diese hier nicht weiter vertieft. Aber was meinte Rosenzweig mit *intuitive sense*, der Intuition oder dem „Bauchgefühl“? Gigerenzer hat 2007 in seinem Werk *Bauchentscheidungen – Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition* folgendes geschrieben: „Intelligenz stellen wir uns als eine überlegte, bewusste Tätigkeit vor, die von

---

<sup>75</sup> Experteninterview mit Prof. Dr. Jürgen Körner, Berlin 13.01.2014

<sup>76</sup> Rosenzweig, 1936, S.413

<sup>77</sup> heute: adherence

<sup>78</sup> Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Klärung, Bewältigung

<sup>79</sup> Therapieallianz, Aufbau von Therapieerwartungen, Problemkonfrontation, korrekte emotionale Erfahrung, Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartungen

<sup>80</sup> Katharsis, Desensibilisierung, Emotionsregulierung, Neues Selbstnarrativ

den Gesetzen der Logik bestimmt wird. Doch ein Großteil unseres geistigen Lebens vollzieht sich unbewusst und beruht auf Prozessen, die nicht mit Logik zu tun haben: Bauchgefühle oder Intuitionen.“<sup>81</sup> Gigerenzer postuliert für das Funktionieren von Bauchgefühlen zwei Elemente, “1. Einfache Faustregeln, die sich 2. Evolierte Fähigkeiten des Gehirns zunutze machen.“<sup>82</sup> Er vertritt die Ansicht, dass unseren Intuitionen Gesetzmäßigkeiten zugrunde liegen, die mit Fausregeln, damit sind Heuristiken<sup>83</sup> gemeint, ein sofortiges Handeln möglich machen. Mit evolvierten Fähigkeiten meint Gigerenzer erlernte, oder eingeübte Fähigkeiten, die der entsprechenden Heuristik zugrunde liegen. Beide, weder die Heuristik noch die evolvierte Fähigkeit, können ohne einander funktionieren. “Wir wissen mehr, als wir zu sagen wissen. Ich verwende die Begriffe Bauchgefühl, Intuition oder Ahnung, um ein Urteil zu bezeichnen, 1. Das rasch im Bewusstsein auftaucht, 2. Dessen tiefere Gründe uns nicht ganz bewusst sind und 3. Das stark genug ist, um danach zu handeln.“<sup>84</sup> Gigerenzer verweist auf S. Freud, der sagte, es sei „nur Illusion, wenn man von der Intuition... etwas erwartet.“<sup>85</sup> Nun ist die Frage welchen Stellenwert bzw. welche Art von Wirkfaktor die Intuition bei einer psychotherapeutischen Behandlung darstellt? Vielleicht ist es ein besseres Nachfühlen und Verstehen des Geschilderten und des Patienten oder sogar die intuitive bessere Wahl von Deutungen oder Erkenntnissen, die den Behandlungsweg und damit auch den Heilungsprozess des Patienten positiv beeinflussen.

---

<sup>81</sup> Gigerenzer, 2007, S.11

<sup>82</sup> ebd, S. 26

<sup>83</sup> Bsp. Rekognitionsheuristik: Wenn du den Namen der einen Stadt aber nicht den der anderen kennst, dann schließe daraus, das die wiedererkannte Stadt mehr Einwohner hat. Die Blickheuristik für das Fangen von Bällen.

<sup>84</sup> ebd, S.25

<sup>85</sup> ebd., S.25; zit. nach Jones, 1953, S.327

*Daniel J. Siegel*<sup>86</sup>, hat sein Hauptaugenmerk auf die *Achtsamkeit* gelegt „die sich in der Forschung als ausschlaggebender Faktor dafür erwiesen hat, dass Klientinnen und Klienten in der Therapie Fortschritte machen. [...] Einebegriffliche Definition von Achtsamkeit wäre, dass sie die bewusste Fokkussierung der Aufmerksamkeit auf die augenblickliche Erfahrung ist, ohne dass wir uns dabei zu Urteil oder vorgefertigten Ideen und Erwartungen verleiten lassen.“<sup>87</sup> Siegel benennt einen weiteren wichtigen Wirkfaktor, „die Forschung deutet darauf hin, dass die *Präsenz*, mit der wir im medizinischen oder therapeutischen Bereich tätig sind und damit die Art und Weise, wie wir uns in die Beziehung zu den von uns betreuten Menschen einbringen, zu den entscheidenden Faktoren gehört, um ihren Heilungsprozess zu unterstützen.“<sup>88</sup>

In einem Interview im *Mitteldeutschen Institut für Psychoanalyse e.V.* 2004 erwähnt Hollnagel weitere wichtige Wirkfaktoren. „Auf der Suche nach meiner therapeutischen Identität als Psychoanalytikerin hat sich mir zunächst Freud eingeprägt, der auf die Frage, was den psychisch gesunden Menschen ausmache, geantwortet hat: „die Fähigkeit, zu lieben und zu arbeiten.“<sup>89</sup> Hollnagel fasst ihre Ansichten über die *Liebesfähigkeit* von Therapeuten folgendermaßen zusammen:

„Die Bedeutung einer optimalen, emotionalen Verfügbarkeit der Mutter, also m.E. ihre unverwechselbare Liebe zum Kind, kann gar nicht genug hervorgehoben werden. Analog scheint es mir daher sinnvoll, als Analytikerin ebenfalls nach der optimalen emotionalen Verfügbarkeit für den sich mir anvertrauenden Patienten zu suchen.... Auch scheint es mir wichtig als Analytikerin hiermit die Tatsache anzuerkennen, dass ich eben nicht wissen

---

<sup>86</sup> \*1957, US-amerikanischer klinischer Psychologe und Harvard Professor

<sup>87</sup> Siegel, 2012, S. 13; zit. nach Kabat-Zinn, 2008

<sup>88</sup> ebd., S.9

<sup>89</sup> Freud, 2000



kann, was für den Anderen, nämlich meinen Patienten richtig ist. Es ist nur im gemeinsamen Da-Sein herauszufinden. [...]Also müssen wir uns aufmachen, dem tatsächlichen Menschen mit seiner Geschichte und damit seiner Wahrheit zu begegnen.“<sup>90</sup>

Sie streicht hier ebenfalls die *Bindungsfähigkeit* als wichtigen Persönlichkeits- und Identitätsbestandteil eines Psychotherapeuten heraus. Dazu *Donald W. Winnicott*<sup>91</sup>, der den Analytiker, „[...]als unaufdringlich Anwesenden, der liebevoll spiegelt und ermutigt, die eigenen Gefühle anzuerkennen und zu benennen, sie also letztlich auszuhalten“<sup>92</sup> beschreibt. Er spricht vom Psychotherapeuten, der den Patienten sieht und nicht sich selbst, mit seinen eigenen Erwartungen, Wünschen, Problemen und den, wie bei Erikson erwähnten, Trieben in ihm. *Enid Balint*<sup>93</sup>, fasste diese Überlegungen zum *Modell des zweiphasigen Spiegels* (1970) zusammen. Dieses Modell geht im Detail auf die technische Vorgehensweise der *teilnehmenden Beobachtung* ein. „Ohne Teilnahme des Analytikers keine analytische Arbeit.“<sup>94</sup> Das heisst, die bloße Anwendung von schulspezifischen Techniken, Settings, etc., ist hier nicht gemeint, sondern die Teilnahme, das Einbringen des Analytikers – folglich seiner Identität oder zumindest gewisser Facetten. In der ersten Phase sollte der Analytiker sich zunächst mit dem Patienten identifizieren und in der zweiten dann durch Deutung zeigen, welchen Eindruck die Gedanken und Überlegungen des Patienten auf ihn machen. Konzepte, die sich auf den Vorgang der Identifizierung beziehen finden wir bei *Günter H. Seidler*.<sup>95</sup> Identifizierung „kennzeichnet Aneignung von Merkmalen oder Funktionen eines Objektes durch das Subjekt. [...] Die Einführung des Terminus

---

<sup>90</sup> Hollnagel, 2014

<sup>91</sup> 1896 – 1971, englischer Psychoanalytiker und berühmtester Vertreter der Objektbeziehungstheorie

<sup>92</sup> Winnicott, 1971, S.20

<sup>93</sup> 1904 – 1994, englische Psychoanalytikerin und Gründerin der Balint-Gruppen-Methode Entwickelt mit ihrem Mann Michael Balint.

<sup>94</sup> Hollnagel, 2014

<sup>95</sup> \*1951, Psychiater, Psychoanalytiker und Professor der Medizinischen Fakultät in Heidelberg

„Identifikation“ wird Freud zugeschrieben, der diesen Terminus gelegentlich synonym mit der „Introjektion“ benutzt. [...] Identifizierung wird als früheste Äußerung einer Gefühlsbindung an eine andere Person verstanden und von einer Objektbeziehung dadurch unterschieden, dass die Bindung am Subjekt angreift und nicht am Objekt des Ichs.“<sup>96</sup> Der Prozess der Identifizierung im therapeutischen Prozess, ist in vielerlei Hinsicht von grosser Bedeutung. Beispielsweise in Abwehrprozessen - bei der *Projektiven Identifikation*, ein von Melanie Klein (1957) stammendes Konzept, bei dem Teile des Selbst abgespalten und auf eine andere Person projiziert werden. Diese Person wird dann unbewusst als Teil des eigenen Selbst empfunden.

*Joseph D. Lichtenberg*<sup>97</sup> sagte, „das Selbstempfinden gedeiht nur in empathischer Responsivität. Nur die Einzigartigkeit der gemeinsam geschaffenen, geteilten Erfahrung von Analytiker und Patient bewirkt demnach die Veränderung.“<sup>98</sup> In der Psychologie und Pädagogik definiert man Responsivität, als die Bereitschaft vor allem von Eltern, auf Interaktions- und Kommunikationsversuche des Kindes einzugehen. Damit sei wieder auf Siegels Wirkfaktoren, Achtsamkeit und Präsenz verwiesen, deren enorme Wichtigkeit im Verhältnis Analytiker (Eltern) und Patient (Kind) bereits geschildert wurde.

Zuletzt soll noch einmal die Fähigkeit zu lieben, die bei *Fromm*<sup>99</sup> (1956) einen zentralen Stellenwert hat, erwähnt werden: „Die produktive und liebende Bezogenheit, ist dabei nicht nur das Ziel, sondern zugleich auch das therapeutische Mittel und das Kennzeichen therapeutischer Bezogenheit.“<sup>100</sup> Vier Formen der Liebe hat Fromm in *Die Kunst des Liebens*

---

<sup>96</sup> Waldvogel/ Mertens, 2008, S.334, 335; zit. nach Freud, 914c, 1921c, S.115

<sup>97</sup> \*1925, US-amerikanischer Psychiater, Psychoanalytiker und Selbstpsychologe

<sup>98</sup> Lichtenberg/ Lachmann/ Fosshage, 2000

<sup>99</sup> 1900 – 1990, deutsch-US-amerikanischer Psychoanalytiker, Philosoph und Sozialpsychologe

<sup>100</sup> Fromm, 1956, S. 11

zusammengefasst: Liebe als Fürsorge, Liebe als Verantwortungsgefühl, Liebe mit dem Aspekt der Achtung und Liebe als Erkenntnis. Alle vier Formen finden angepasst auf den Patienten Anwendung in der therapeutischen Beziehung. Weitere bekannte Psychoanalytiker und Autoren haben sich zur Liebesfähigkeit des Therapeuten geäußert:

„Ferenczi sprach davon, dass eine Heilung ohne ein Mindestmaß an Sympathie nicht möglich ist. [...] Freud selbst sprach von der Heilung durch Übertragungsliebe. [...] Ähnlich ist bei Racker die liebevolle Grundhaltung für den Erfolg der Behandlung entscheidend. Der Patient ist davon abhängig, inwieweit der Therapeut über alle Schwierigkeiten hinweg in der Lage ist, eine positive Gegenübertragung für diesen aufrechtzuerhalten.“<sup>101</sup>

Zusammenfassend kann man Achtsamkeit und Präsenz, die ein Psychotherapeut dem Patienten zu Teil werden lässt, als den wichtigen technischen Rahmen, der eine erfolgreiche Arbeit möglich macht, benennen. Gefolgt von Bindungs- und Liebesfähigkeit, die dem Patienten eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen, um die Möglichkeit der Nachreifung entsprechender Persönlichkeitsanteile zu ermöglichen. Muss ein Psychologiestudent und späterer Psychotherapeut all diese Identitätsanteile bereits voll entwickelt mitbringen oder gibt es Möglichkeiten, diese durch entsprechendes Training, Lehranalyse, Selbsterfahrung und Supervision zu entwickeln (vgl. Kap. 5)?

---

<sup>101</sup> Hollnagel, 2014

### 3. Aktueller Stand der Literatur

#### 3.1 Zusammenfassung aktueller Befunde

Die Beiträge und Studien zur *Psychotherapeutischen Identität* werden zahlreicher, sind aber bei weitem nicht so vielfältig und konkret wie man erwarten könnte. In der von Rolf Sandell et al. 2001 veröffentlichten *Stockholm Studie*, wurden 400 Patienten in unterschiedlichen Behandlungsphasen unterschiedlicher Psychotherapieformen,<sup>102</sup> 3 Jahre lang mit direkten Interviews und Fragebögen<sup>103</sup> untersucht. Weitere 3 Jahre später führten die Wissenschaftler eine Nachuntersuchung (Katamnese) durch. Die Therapeuten beantworteten ebenfalls den ThId. Die Frage, welche Analytiker besonders gut waren, wurde folgendermaßen beantwortet:

„Ältere Psychoanalytiker schnitten besser ab als jüngere. Weibliche Analytiker waren erfolgreicher als männliche. Je länger und hochfrequenter die Therapie, desto wirksamer. Nachteilig wirkte es sich aus, wenn tiefenpsychologische Therapeuten eine klassisch-psychoanalytische Haltung einnahmen, also wenn sie sehr zurückhaltend und zu neutral waren.“<sup>104</sup>

Weiterhin kam man zu dem Ergebnis „dass es sich bei erfolgreichen Analysen um einen guten Matchingprozess zwischen Analytiker und Analysand handelte. „[...] Viele ehemalige Patienten formulierten es ähnlich wie Frau S.: „Es war die Mischung von emotionaler Präsenz und absoluter Professionalität,

---

<sup>102</sup> Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse

<sup>103</sup> Fragebögen: Well-being-Questionnaire (WbQ) Social Adjustment Scale (SAS) SCL-90 Sense of Coherence Scale (SOCs)

<sup>104</sup> Psyche 2001; 277-310

die mir wirklich geholfen hat.“<sup>105</sup> Was die Patientin benennt, ist die Bindungsfähigkeit als Grundlage, um emotionale Präsenz überhaupt zeigen zu können. Dazu kommt die Präsenz an sich, sowie die technischen Regeln und das Fachwissen, die zusammen absolute Professionalität erzeugen. Siegel dazu:

„Die Forschung deutet darauf hin, dass die Präsenz, mit der wir im medizinischen oder therapeutischen Bereich tätig sind und damit die Art und Weise, wie wir uns in die Beziehung zu den von uns betreuten Menschen einbringen, zu den entscheidendsten Faktoren gehört, um ihren Heilungsprozess zu unterstützen. Ganz gleich, welcher individueller Ansatz oder welche klinische Methode zum Einsatz kommt, die therapeutische Beziehung ist laut einer ganzen Reihe von Untersuchungen einer der ausschlaggebendsten Faktoren [...].“<sup>106</sup>

Die Psychotherapieforscher *Orlinsky* und *Howard* (1986) haben das *Generic Model of Psychotherapy*, in Deutsch: *Allgemeines Modell der Psychotherapie* entwickelt. Es handelt sich um ein Konglomerat aus Ergebnissen einer Vielzahl einzelner Studien, aus dem Bereich der Prozess-Ergebnis-Forschung zwischen 1986 und 2004. Das psychotherapeutische Handlungssystem – auch *Therapieprozess* – misst alle Interaktionen zwischen Patient und Therapeut, während der therapeutischen Sitzungen, sowie das damit zusammenhängende Verhalten und Erleben außerhalb der Sitzungen. Davon abzugrenzen ist, der empirisch zu beobachtende *Veränderungsprozess*. Ausgehend von der damaligen Forschungsliteratur beschrieben Orlinsky und Howard fünf Aspekte, die zu Weiterentwicklungen der sequentiellen Analyse zeitlicher Prozesse bzw. Abfolgen führten, 1994 wurde das Modell um einen sechsten Aspekt ergänzt:

---

<sup>105</sup> ebd., S.241

<sup>106</sup> Siegel, 2012, S.9ff; zit. nach Norcross, Beutler und Levant, 2005

1. Formale Beziehung ("therapeutic contract")
2. Therapeutische Aktivitäten ("therapeutic operations")
3. Informelle Beziehung ("therapeutic bond")
4. Selbstbezogenheit ("self-relatedness")
5. Unmittelbare Einflüsse der Sitzung ("in-session impacts")
6. Zeitliche Muster ("temporal patterns")<sup>107</sup>

Von Interesse und mit „the strongest evidence linking process to outcome concerns the therapeutic bond.“<sup>108</sup> Die *Therapeutischen Aktivitäten* (Punkt 2.), umfassen folgende Aspekte: Erstens die *Problempäsentation*: der Patient sollte eine Möglichkeit haben, sein Problem mitzuteilen. Zweitens das *Verständnis* des Therapeuten: der Therapeut sollte sein professionellen Fähigkeiten und sein Expertenwissen einsetzen, um das Problem des Patienten zu erfassen. Drittens die *Intervention* des Therapeuten: der Therapeut sollte auf oben genannter Basis einen Vorschlag machen, wie mit dem Problem umgegangen werden kann und viertens die Kooperation des Patienten. Zusammengefasst sind hier seitens des Therapeuten die Wirkfaktoren *Vertrauen* (damit der Patient Probleme schildert), *Verständnis* und *Fachwissen* zu nennen.

Weiter von Interesse und "equally strong evidence"<sup>109</sup> ist die *Informelle Beziehung* (Punkt 3.), hier werden die informellen und interpersonellen Aspekte der Beziehung zwischen Patient und Therapeut qualitativ beschrieben. Die Qualität der Zusammenarbeit wird anhand der persönlichen Involviertheit und der Qualität des persönlichen Rapports gemessen und beschrieben. Dabei ist die affektive Einstellung, die Empathie und Effektivität innerhalb der Interaktion zwischen Patient und Therapeut zentral.

---

<sup>107</sup> Lambert, 2004, S.318

<sup>108</sup> ebd., S.323

<sup>109</sup> ebd., S.323

Als letzte Aspekt, steht im Fokus "a consistent relation of therapeutic realizations (patients positive in-session impacts) to outcome is evident from every process perspective except that of therapists."<sup>110</sup> Das meint die *Selbstbezogenheit* (Punkt 4.), die Aspekte wie Selbstwahrnehmung, Selbstkontrolle und Selbstwert von Patient und Therapeut, die bei jeder Interaktion eine Rolle spielen, werden berücksichtigt. Detaillierter sind damit Wahrnehmung und die Erzeugung von physiologischer Erregung, Stimmungen, Wünschen, Absichten, die Ausübung von Selbstkontrolle bei Handlungsimpulsen, die Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit, sowie die intuitive bzw. unbewusste Wahrnehmung dieser Vorgänge beim Interaktionspartner gemeint.<sup>111</sup>

*Beutler, Malik, Alimohamed, Talbei, Noble und Wong*, haben in der 5. Auflage von *Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapie and Behaviour Change* im Jahr 2004, einen Artikel zu *Therapist Variables* veröffentlicht. Sie unterteilen die Therapeuten-Variablen dort in 4 Quadranten: „1. observable traits (e.g., sex, ethnicity), 2. observable states (e.g., training), 3. inferred traits (e.g., personality style), and 4. inferred states (e.g., therapeutic relationship).“<sup>112</sup> Sie konnten Evidenz, wenn auch nur als „poor predictors of outcome“<sup>113</sup>, für die *observable traits*, also das Geschlecht und die ethnische Herkunft nachweisen. Auch *Löffler-Stastka*<sup>114</sup> (2012) postuliert, "allgemein kann auch für die praxisorientierte Psychotherapieforschung festgestellt werden, dass Behandlungs-Planungsprozesse geschlechtsspezifischen Unterschieden unterliegen. [...] Gleichgeschlechtliche Dyaden [Therapeut-Patient] wurden durchgehend positive bewertet, die Arbeit läuft reibungsloser, selbstverständlicher, während die gegengeschlechtliche

---

<sup>110</sup> ebd. S. 323

<sup>111</sup> ebd., S.318-322

<sup>112</sup> Lambert, 2004, S. 229

<sup>113</sup> ebd., S. 291

<sup>114</sup> Henriette Löffler-Stastka, Fachärztin für Psychiatrie und Psychoanalytikerin an der *Medizinischen Universität Wien*.

Dyaden mehr Reibung und Fremdheit erkennen lässt. In gegengeschlechtlichen Dyaden herrschen statistisch signifikant häufiger ein "narzisstisch-kämpferisches" Beziehungsmuster vor."<sup>115</sup> Beuter und Kollegen (2004) habe für diese „observable traits“ jedoch nur eine kleine Evidenz gefunden ( $r < .05$ ). Sie sind sich jedoch sicher, dass es an Mängeln der Methodik der Studie liegt. "The effects of therapists traits on outcomes cannot be adequately judged without inspecting aspects of patient functioning and the correspondence between patient and therapist qualities. Even as biological traits fade in importance, the need to inspect patient-therapist compatibility on the new attitudinal definitions of ethnic, culture, and age becomes all the more important."<sup>116</sup> Für die *observable states* fanden die Autoren heraus, dass "therapist training, skill, experience and style are weak contributors to outcome, estimates of effect sizes are variable ( $r = .08$  to  $.72$ )." Wobei diese grosse Variabilität einen Hinweis zum genaueren Hinsehen erfordert, denn auch hier hinterfragen die Autoren wieder die Passung zwischen Therapeut und Patient sowie der auf den Patienten genau passenden Interventionsmethode. "It seems quite likely that all procedures have an effect when used on a compatible patient, but this effect averages to near zero when patient factors are not considered."<sup>117</sup> Klare Ergebnisse gibt es bei den *inferred traits*, da vor allem eine Korrelation mit den Faktoren "therapist well being" und "cultural attitudes ( $r = .12$  and  $.13$ ). "The findings suggest that such differences are motivating and often encourage therapeutic change to occur."<sup>118</sup> Der letzte Quadrant, die *inferred states* haben die höchste Evidenz. Die zwei Faktoren "the therapists model of treatment" und "the therapists relationship", "both clusters of variables are promising, and each has accumulated a body of research to support its value."<sup>119</sup>

---

<sup>115</sup> Löffler-Stastka, 2012, S. 56

<sup>116</sup> Lambert, 2004, S. 291

<sup>117</sup> ebd., S.291, 292

<sup>118</sup> ebd., S.292

<sup>119</sup> ebd., S.292



Ein weiterer Ansatz ist von *Klaus Grawe* und *Wolfgang Lutz*, die 2004 in *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie* die relevanten Kriterien des Therapieerfolges zusammengetragen haben. „Im Zentrum des methodischen Vorgehens in der psychotherapeutischen Evaluationsforschung steht die Suche nach Argumenten für einen Begründungsdialog mit dem Ziel, begründetes (psychotherapeutisches) Handeln von unbegründetem zu unterscheiden.“<sup>120</sup> Dabei kamen die Autoren zum Schluss, „[...]im klinischen Alltag zeigt sich insgesamt eine erstaunliche Zurückhaltung in der Forschung zur Analyse von Misserfolgen. Ein Grund für diese Zurückhaltung mag sicherlich darin liegen, dass Therapeuten häufig die implizite Einstellung teilen, dass ein Misserfolg in der Behandlung ein klarer Indikator für die Inkompetenz des Therapeuten ist“.<sup>121</sup> Das Lernen aus Misserfolgen ist ein Tabuthema und kann aus Gründen der Angst und Scham nicht zum Ressourcengewinn genutzt werden.<sup>122</sup> Lutz erläutert ein von Martinovich 2002 durchgeführtes Forschungsprojekt, indem es „Ziel war, die Patienten, die von einem Therapeuten (caseload) behandelt werden hinsichtlich ihrer Ergebnisse differenzierter zu untersuchen“.<sup>123</sup> Die Patienten wurden in Cluster auf Basis des Wohlbefindens, der Symptom- und Lebensbewältigungsskalen des Compass-Systems<sup>124</sup> in Cluster A (stark beeinträchtigt), B (mittel stark beeinträchtigt), C moderat beeinträchtigt) und D gering beeinträchtigt) differenziert. Die Therapeuten wurden ebenfalls unterteilt, „nach den Voranalysen unterschiedlich effektiv in den unterschiedlichen Problembereichen (Cluster A, B, C und D) zu sein“.<sup>125</sup> Die Ergebnisse zeigen: „verschiedene Therapeuten schienen nach den Voranalysen unterschiedlich

---

<sup>120</sup> Lutz/Joormann/Kosfelder, 2004, S. 44

<sup>121</sup> ebd., S. 12

<sup>122</sup> ebd., S. 12

<sup>123</sup> ebd., S. 36

<sup>124</sup> Von Howard et al (1996) entworfenes Instrument zur Messung der Verlaufsdagnostik bei Qualitätssicherung.

<sup>125</sup> ebd., S. 37

effektiv in den unterschiedlichen Problembereichen (Clustern) zu sein.“ Also eine Voruntersuchung und Einteilung von Patienten und Therapeuten, die eine bessere oder gar optimale Therapeut-Patient-Passung gewährleisten würde, könnte zu einer Verbesserung von Therapiezielen führen. Also ist auch hier wieder der bereits erwähnte Matchingprozess ein zentrales Thema. Leider bemängelten die Autoren die geringen Fallzahlen der Untersuchung und damit die Repräsentativität. Jedoch sehen Lutz und Grawe im Lernen von Misserfolgen eine große Chance. „[...] Solche Informationen könnten frühzeitig dem Therapeuten zur Verfügung gestellt werden und Hinweise zu einer „Selbstkorrektur“ negativer Effekte geben. [...] ergänzt durch weitere, umfangreichere Therapieziel- und Problemcluster könnte in der Praxis ein solches Rückmeldemodell für Ausbildungskandidaten, Supervisoren sowie erfahrene Therapeuten nützlich sein, um eigen Stärken und Schwächen in der Patientenbehandlung zu identifizieren und zum Ausgangspunkt von Weiter- und Fortbildung zu machen.“<sup>126</sup>

Die aktuellsten Ergebnisse von *Baldwin* und *Imel* in der 2013 erschienen Neuauflage von *Bergin and Garfields Handbook*. Die Autoren untersuchten die Variabilität von Behandlungserfolgen zwischen Therapeuten (variability between therapist) und innerhalb der Person des Therapeuten (variability within therapist) im Bezug auf *alliance* (Beziehung) und *adherence* (Methodentreue des Therapeuten) und kamen zu folgendem Ergebnis:

„Social relations modeling and the separation of total correlations into between- and within-therapist components provide tests of the therapists contribution to psychotherapy process and outcome. We have provided evidence that there are therapist differences in measures of the alliance and adherence, and with respect to the alliance there is growing evidence that these differences account for a portion of variability in therapist success. [...] Although this effect is small at any

---

<sup>126</sup> ebd., S. 37

given point in time, this effect will add up over time and have important consequences for patients.“<sup>127</sup>

Die Autoren betonen die Wichtigkeit dieser Ergebnisse und postulieren diesen Forschungswegen zukünftig weiter nachzugehen und den Bereich der Therapeutenvariable stärker zu untersuchen.

### **3.2 Die Therapeuten Variable – immer noch ein dunkler Kontinent**

Befunde zur Psychotherapeutischen Identität finden wir bei Sandell et al. (2004, 2006, 2007, 2008), in denen die zentrale Leithypothese zur therapeutischen Identität entwickelt wird: „Werte, Überzeugungen und Haltungen des Therapeuten sind von großer Erklärungskraft für die faktische Bandbreite der Varianz von Behandlungserfolgen.“<sup>128</sup>

Seine 2008 publizierte Studie *Die Therapeuten Variable – immer noch ein dunkler Kontinent*<sup>129</sup>, soll aufgrund ihrer Aktualität vertiefend erörtert werden.

Der Original-Fragebogen der Psychotherapeutischen Identität (ThId), der als Untersuchungsinstrument Sandells Studien zugrunde lag, umfasst insgesamt 150 Items, die in 8 Sektionen (A, B, C,...) unterteilt sind:

A: persönlicher und beruflicher Hintergrund, B: berufliche Erfahrung, C: Selbsterfahrung, D: theoretische Orientierung, E: therapeutischer Stil, F: Annahmen über Psychotherapie allgemein und Persönlichkeit, G: freie Assoziationen, H: Kommentare und Gedanken.

---

<sup>127</sup> Lambert, 2013, S.290, 291

<sup>128</sup> Klug/ Henrich/ Kächele, Sandell/ Huber, 2008, S.1

<sup>129</sup> von Günther Klug, Gerhard Henrich, Horst Kächele, Rolf Sandell und Dorothea Huber

Sektion A (vgl. Anhang) umfasst *persönliche und berufliche Daten* wie Alter, Geschlecht, akademische und Psychotherapeutische Ausbildungen sowie Supervisionsausbildung. Sektion B umfasst *Berufliche Erfahrungen* im Ausbildungsinstitut. Sektion C umfasst die *Selbsterfahrung* des Therapeuten. Sektion D fragt zur *Theoretischen Orientierung* der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen, wie Psychoanalytische-, Kognitive-, Verhaltens- oder Systemische-Therapie. Sektion E fragt zum *Therapeutischen Stil*. In Sektion F werden *Annahmen über Psychotherapie und Persönlichkeit* abgefragt. Sektion G besteht aus *offenen Fragen* mit der Möglichkeit zu offenen und freien Textantworten. Die Sektionen E1, E2 (Untersektionen von E) und F kann man zur *Therapeutischen Haltung oder Identität* zuordnen. Es werden 9 Faktoren zu einer Skala zusammengefasst - zur „Therapeutic Attitude Scale (TASC)“. Diese Faktoren werden wiederum 3 übergeordneten Sektoren zugeordnet: Erstens: die *Kurativen Faktoren* oder Wirkfaktoren (WF). Zweitens: der *Therapeutischer Techniken* (TT) und drittens: den *Grundannahmen* (GA).

Diese neun Faktoren der TASC sind:

1. Anpassung
2. Einsicht
3. Freundlichkeit<sup>130</sup>
4. Neutralität
5. Unterstützung
6. Selbstzweifel<sup>131</sup>
7. Irrationalität
8. Kunstfertigkeit
9. Pessimismus<sup>132</sup>

---

<sup>130</sup> Anpassung, Einsicht, Freundlichkeit werden in Sektion E1 erfragt

<sup>131</sup> Neutralität, Unterstützung, Selbstzweifel werden in Sektion E2 erfragt

Es wurden insgesamt 994 Psychotherapeuten als Absolventen der Münchner Ausbildungsinstitute, der *Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V.*, der *ärztlich-psychologische Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse e.V.*, die *Bayrische Akademie für Psychotherapie e.V.* und der *Verein zur Förderung der klinischen Verhaltenstherapie e.V.* angeschrieben und gebeten den Fragebogen auszufüllen. Nach Abzug von Psychotherapeuten im Ruhestand, verblieben 871 Psychotherapeuten, von denen 451 ausgefüllte Fragebögen zurück geschickt wurden. Das entspricht einer Rücklaufquote von 52%.

Die Stichprobe konnte in 3 Gruppen unterteilt werden:

Die erste Gruppe, die psychodynamischen Psychotherapeuten (PD) mit dem Zusatztitel Psychotherapie, die sich aus 81 Therapeuten, 28% männlichen und 72% weiblichen Therapeuten, mit einem Altersdurchschnitt von 48 Jahren, zusammensetzt. Der akademische Hintergrund besteht aus 76% Medizinern, 22% Psychologen und 2% anderen sozialen Berufen. Die zweite Gruppe, die psychoanalytischen Psychotherapeuten (PA) mit dem Zusatztitel Psychoanalyse, die sich aus 208 Therapeuten, 32% männlichen und 68% weiblichen Therapeuten, mit einem Altersdurchschnitt von 52 Jahren, zusammensetzt. Hier besteht der akademische Hintergrund aus 57% Psychologen, 40% Medizinern und 3% anderen sozialen Berufen. Die dritte Gruppe, die Verhaltenstherapeuten (VT) mit dem Zusatztitel Verhaltenstherapie, die sich aus 162 Therapeuten, 35% männlichen und 65% weiblichen Therapeuten, mit einem Altersdurchschnitt von 47 Jahren, zusammensetzt.

Hier besteht der akademische Hintergrund aus 91% Psychologen, 5% Medizinern und 4% anderen sozialen Berufen.

---

<sup>132</sup> Irrationalität, Kunstfertigkeit, Pessimismus werden in Sektion F erfragt

Mittels des SPSS Verfahrens CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detector) wurde eine explorative Segmentierung der Stichprobe nach Therapeuten mit unterschiedlicher Therapieausbildung (3 Gruppen) mit einer Kombination der unabhängigen Variablen der TASC-Skala durchgeführt. Grundlage für die Ergebnisse ist eine Gleichverteilung der drei Therapeutengruppen in der Gesamtstichprobe.

Zur Verteilung der drei Therapieformen ist zu sagen, dass die PA's signifikant älter sind als die PD's und VT's. Die PD's signifikant häufiger Mediziner sind als PA's, wobei diese wiederum signifikant häufiger Mediziner sind als die VT's. VT's sind signifikant häufiger Psychologen als PA's, die wiederum signifikant häufiger Psychologen sind als PD's.

Zur Verteilung der Variablen der TASC-Skala:

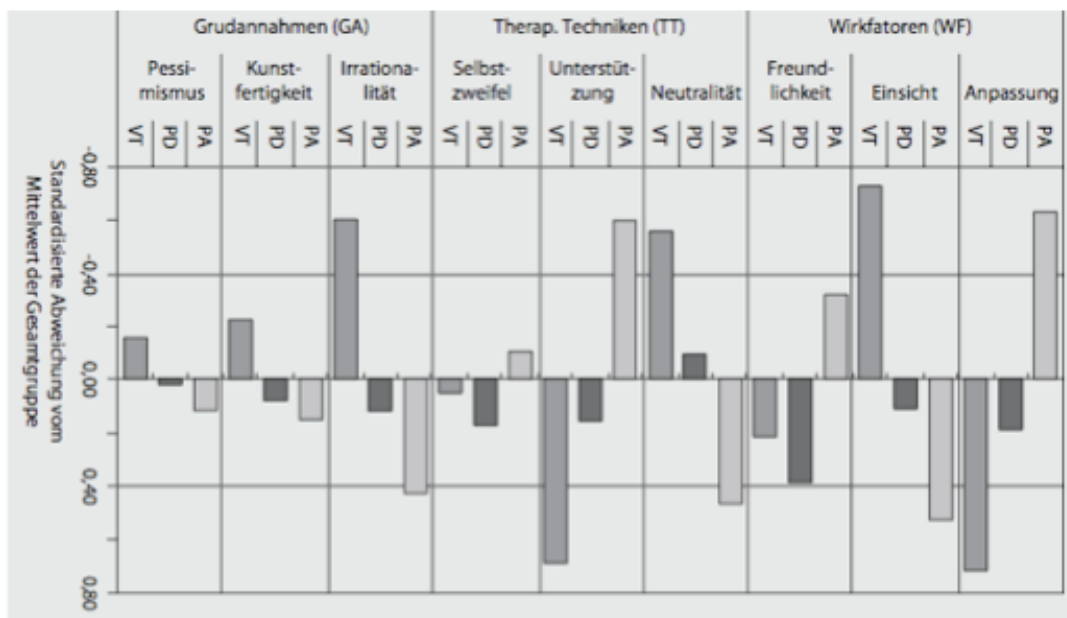
Im Bereich der *Wirkfaktoren* sind zwei Variablen zu nennen: Zum Einen, die Variable „Anpassung“, die von den VT's ( $F(2;246)=132,6; p=0,000$ ) gegenüber den PA's und PD's als hochsignifikanter Wirkfaktor zur anhaltenden und stabilen Veränderung führend genannt wird. Weiterhin die Variable „Einsicht“, die von den PA's ( $F(2;245)=106,0; p=0,000$ ) als hochsignifikant häufiger Wirkfaktor eingeschätzt wird, als von den PD's und noch weniger von den VT's. Im Bereich der *Therapeutischen Techniken* ist die Variable „Unterstützung“ zu nennen, die von den VT's ( $F(2;245)=132,0; p=0,000$ ) signifikant häufiger angegeben wird als von den PD's und PA's. Letzlich die Variable „Neutralität“, die von den PA's ( $F(2;246)=61,7; p=0,000$ ) signifikant häufiger als *Therapeutische Technik* angegeben wird, als von den PD's und VT's.

Im Bereich *Grundannahmen* über Persönlichkeit und Psychotherapie weisen alle drei Variablen Signifikanz auf. Bei der Variablen „Irrationalität“ ist die

Gruppe der PA's ( $F(2;247)=61,9$ ;  $p=0,000$ ) am signifikant häufigsten im Vergleich zu den PD's und VT's. Die Variable „Kunstfertigkeit“ wird von den PA's ( $F(2;247)=7,1$ ;  $p=0,001$ ) signifikant häufiger angegeben als von den VT's. Auch die Variable „Pessimismus“ wird von den PA's ( $F(2;247)=3,5$ ;  $p=0,032$ ) signifikant häufiger angegeben als von den VT's.

Bei allen TASC Variablen ist deutlich auffällig, dass man die PD's in den mittleren Bereich einordnen kann. Keine signifikanten Unterschiede lassen sich bei der Variablen „Selbstzweifel“ aus dem Bereich *Therapeutische Techniken* verzeichnen, wie in Abbildung 1. zu sehen.

**Abb. 1:** Annahmen der Therapeuten (TASC-Skala)



Bei der CHAID Analyse, der multivariaten Analyse, der Segmentierung der Gesamtgruppe, wurden nur zwei Sektionen der TASC-Skala betrachtet, die *Wirkfaktoren* und die *Therapeutischen Techniken*. Da die Grundannahmen für

die Haltung des Therapeuten im therapeutischen Prozess sekundär seien, wurden dieses weggelassen. Dabei kommt es zu folgenden Ergebnissen:

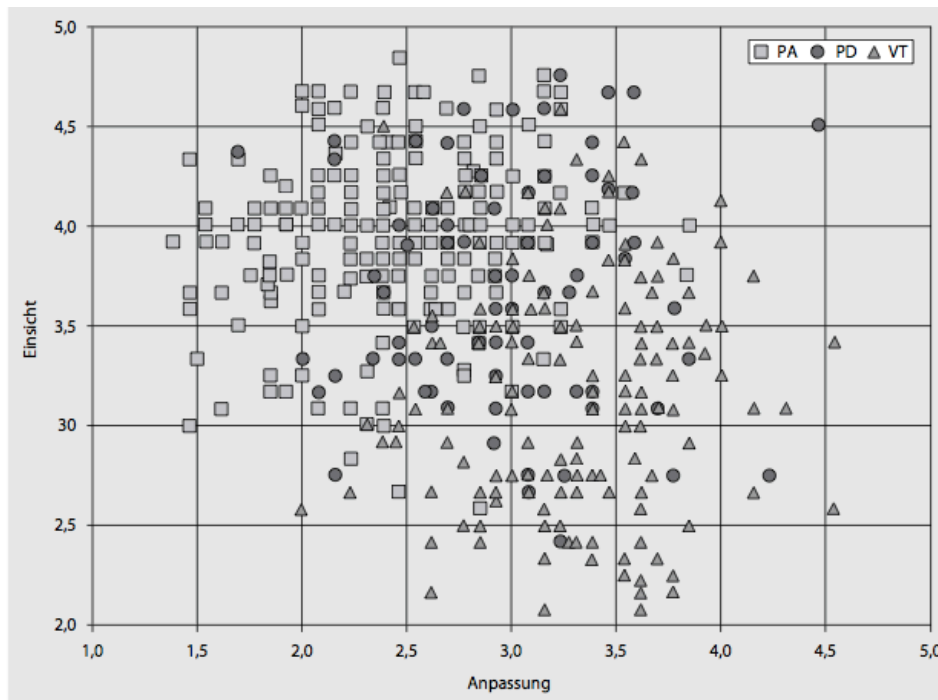
Die Variable „Anpassung“ trägt am signifikantesten zur Gruppentrennung zwischen PA's, PD's, und VT's bei. Auf der prozentualen Verteilung zwischen geringster und häufigster Ausprägung der Variable „Anpassung“, befinden sich die PA's zu 87% im negativ Bereich und die PD's mit 43% und die VT's mit 57% im positiven Bereich. Je stärker in den weiteren Segmentierungsstufen die „Anpassung“ als Wirkfaktor eingeschätzt wird, umso weniger PA's sind zu finden.

Ebenfalls signifikant ist die Variable „Einsicht“, auch die Variablen „Unterstützung“ und „Freundlichkeit“ klären weitere Varianz auf.

Zusammenfassend bezüglich der Gesamtverteilung der zwei Hauptaufklärungsvariablen „Anpassung“ und „Einsicht“, lässt sich sagen, dass die PA's sich im Quadranten mit viel „Einsicht“ und wenig „Anpassung“ gruppieren und die VT's genau im gegenüberliegenden Quadranten mit viel „Anpassung“ und wenig „Einsicht“. Die PD's zeigen die grösste Streuung und liegen etwa in der Mitte.



**Abb. 2:** Verteilung der Therapeuten hinsichtlich der Ausprägung in den TASC-Skalen Anpassung und Einsicht als Wirkfaktoren



Die Autoren kritisieren einige methodische Defizite, wie beispielsweise das durch die anonyme Befragung, die 52% Responder bezüglich der Prüfgrößen nicht signifikant von den Nichtrespondern unterschieden werden können. Weiterhin ist es ein Selbsteinschätzungsfragebogen: „Nicht was der Therapeut wirklich tut, wird erfasst, sondern was er sagt, was er tut.“<sup>133</sup>

Die Variablen „Anpassung“ und „Einsicht“ tragen am meisten zur Trennung der drei Therapeutengruppen PA's, PD's, VT's bei. Wie in anderen Untersuchungen von Sloane et al. (1975) gelten für die Verhaltenstherapeuten die „Common factors“ mehr als für Therapeuten

<sup>133</sup> Klug, 2008, S.5

anderer Schulen. Mit wachsender Erfahrung der Therapeuten, wird die unterschiedliche theoretische Orientierung kleiner. Die Therapeutenvariable soll über die Schulen-Zugehörigkeit hinaus weiter differenziert werden. Die Variabilität der Therapeuten innerhalb einer Therapierichtung wurde trotz Verwendung von Manualen belegt.

## **4. Methode**

### **4.1 Fragestellung und Hypothesen**

Bei einer Befragung von Berliner Hochschulstudenten des Masterstudiengangs Psychologie, sollten mittels Fragebogen (ThId-AV), die Einstellungen über eine zukünftige *Psychotherapeutische Identität* erfragt werden.

Meine Hypothesen:

#### **Hypothese 1:**

Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen HU und IPU Studenten bzgl. der zukünftigen *Theoretischen Orientierung* (Sektion D) an verschiedenen psychotherapeutischen Schulrichtungen.

Die HU Studenten orientieren sich mehr an verhaltenstherapeutischen Konzepten und die IPU Studenten mehr an psychoanalytischen Konzepten.

#### **Hypothese 2:**

Es gibt einen signifikanten Unterschied bezüglich des *Therapeutischen Stils* (Sektion E1) zwischen HU und IPU Studenten.

Die Ergebnisse werden ähnlich wie in R. Sandell's Studie *Die Therapeuten Variable – immer noch ein dunkler Kontinent* (2008) ausfallen. Die Studenten der HU werden den VT's und die Studenten der IPU werden den PA's zuzuordnen sein.

### **Hypothese 3:**

Es gibt ebenfalls einen signifikanten Unterschied zwischen HU und IPU Studenten in den Annahmen über Psychotherapie und Persönlichkeit (Sektion F).

Alle Hypothesen sollen zusätzlich bzgl. eines Unterschieds der Geschlechter (männlich=m, weiblich=w) getestet werden.

## **4.2 Fragebogen**

Der bereits ausführlich beschriebene Original-Fragebogen Sandell's, umfasst insgesamt 150 Items, die in 8 Sektionen unterteilt sind. Der HU und IPU Studentenbefragung lag ein modifizierter ThId-AV zugrunde, der zusätzlich modifiziert bzw. gekürzt wurde. Es wurden einige Sektionen entfernt, da beispielsweise Annahmen über: „Was für ein Therapeut sind Sie?“ (Sektion E2) die Vorstellungen eines Master Studenten übersteigen könnten. Folgende Sektionen oder Teilsektionen wurden entfernt:

B: beruflicher Erfahrung, C: Selbsterfahrung, E: therapeutischer Stil (Nur Sektion E2 wurde entfernt), G: freie Assoziationen (gekürzt), H: Kommentare und Gedanken

Folgende Sektionen waren Inhalt des modifizierten ThID-AV beinhaltet:

A: persönlicher und beruflicher Hintergrund, D: theoretische Orientierung, E: therapeutischer Stil, F: Annahmen über Psychotherapie allgemein und Persönlichkeit, G: freie Assoziationen

### **4.3 Stichprobe**

Es wurden 26 Studenten der *International Psychoanalytic University Berlin* (IPU) und 13 Studenten der *Humboldt Universität Berlin* (HU) befragt. Die 13 Studenten der HU, setzten sich aus 11 weiblichen (84,6 %) und 2 männlichen Studenten (15,4 %) zusammen. Der Altersdurchschnitt der HU Studenten liegt bei 27,3 Jahren. Die 26 Studenten der IPU setzten sich aus 21 weiblichen (80,8 %) und 5 männlichen Studenten (19,2 %) zusammen. Ihr Altersdurchschnitt liegt bei 27,4 Jahren. Die Altersverteilung beider Hochschulen ist nahezu gleich, nur bei der Geschlechterverteilung gibt es einen leicht höheren Wert, zugunsten der männlichen Studierenden an der IPU.

### **4.4 Durchführung**

Die Befragung mittels ThID-AV (modifiziert) fand in beiden Universitäten - der HU und der IPU - im Rahmen von Vorlesungen oder Seminaren mit einer Dauer von 90 Minuten statt. Zu Beginn wurden den Studenten nur wenige Informationen zum Thema gegeben, da die Durchführung nicht beeinflusst werden sollte. Danach wurden die Studenten gebeten, den Fragebogen auszufüllen und nach Beendigung wieder abzugeben. Bei Fragen während des Ausfüllens, wurden diese, wenn sie nicht inhaltliche eine Beeinflussung waren,

beantwortet. Es gab kein zeitliches Limit. Im Anschluss wurde Sandell's Studie, mit Informationen zur Hypothese, Durchführung der Studie und den Ergebnissen vorgestellt. Es gab die Möglichkeit eines gemeinsamen Austauschs über Fragen, Kritik und Anregungen zum Fragebogen und zur Studie.

## 4.5 Ergebnisse

Im Folgenden sollen alle einzelnen Sektionen des ThID ausgewertet und besprochen werden. In Sektion A, dem *persönlichen und beruflichen Hintergrund*, begann die Befragung mit Frage 4: Was ist ihre akademische Grundausbildung? Sie wurde von den Studenten der IPU mit 96,15% für Psychologie Bachelor, mit 3,85 % für Anderes: Pädagogik und mit 0% für Sozialpädagogik beantwortet. Ähnlich war die Verteilung an der HU, dort antworteten die Studenten mit 100% für Psychologie Bachelor, 0% für Anderes und mit 0% für Sozialpädagogik. Alle befragten Studenten befanden sich im Masterstudium Psychologie. Die Frage 5: Wollen Sie nach dem Universitätsabschluss eine psychotherapeutische Ausbildung absolvieren? beantworteten die IPU Studenten mit 96,15 % für „Ja“ und mit 3,85% für „Nein“. Die HU Studenten beantworteten diese Frage ähnlich mit 100% für „Ja“ und 0% für „Nein“. Die Frage 6: Wollen Sie als klinischer Psychologe ohne psychotherapeutische Ausbildung berufstätig sein? beantworteten die beiden Studentengruppen identisch. HU und IPU Studenten beantworteten die Frage mit 30,77% für „Ja“ und mit 69,23% für „Nein“. Die Differenz zur Frage 5 ist einfach zu erklären. Man darf als *Klinischer Masterpsychologe* den Titel *Praxis für Psychotherapie* (nach Heilpraktikergesetz) tragen und darf damit, bereits Patienten privater Krankenkassen behandeln und auch abrechnen.

Diese Methode ist nicht sehr populär, aber ein Teil der Psychotherapeuten in Ausbildung verdient sich auf diesem Weg seinen Lebensunterhalt. Die letzte Frage von Sektion A, Frage 7: Haben Sie eine weitere akademische Ausbildung? beantworteten die IPU Studenten mit 26,92% für „Ja“ und mit 73,08% für „Nein“. Sie nannten Fächer wie Sozialpädagogik, Erziehungswissenschaften, Musik, Philosophie, BaunIngenieurwesen und Germanistik-Kunstgeschichte. Bei den HU Studenten wurde diese Frage mit 7,7% für „Ja“ und mit 92,3% für „Nein“ beantwortet. Hier wurden die beiden Fächer Cognitive Neuroscience und Schauspiel genannt.

Die Sektionen B und C wurden entfernt.

Für die Fragen der Sektion D nach der *Theoretischen Orientierung*, war die Erstellung einer Variable „Analytische Orientierung“ mit dem Mittelwert aus den Fragen von (D1 bis D8) nötig. Diese wurden auf Normalverteilung geprüft. Da die Variable D8 (Lacanianische Psychotherapie) eine starke Abweichungen von der Normalverteilung zeigt, wurde dies durch die inverse Transformation der Variable behoben (vgl. Tabelle 1). Es liegt Normalverteilung vor.

**Tab. 1:** Normalverteilung der Sektion D *Theoretische Orientierung*

Deskriptive Statistik										
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	SD	Varianz	Schiefe		Kurtosis	
	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik	SE	Statistik	SE
InversD8Lacan	39	,20	1,00	,7808	,28844	,083	-,673	,378	-1,333	,741
Gültige Werte (Listenweise)	39									

Die Analyse der standardisierten z-Werte ergab keine univariaten Ausreißer. Multivariate Ausreißer, wurden mittels der Mahalanobis-Distanz identifiziert.

Kein Wert überschritt den kritischen Wert von 16,75 ( $\alpha=0.005$ ). Somit sind auch keine multivariaten Ausreißer vorhanden.

Anhand einer Korrelationsmatrix wurden die Variablen auf Multikollinearität und Singularität geprüft. Es liegt keine Multikollinearität vor. Der Kolmogorov-Smirnov Test prüft, ob innerhalb der Gruppen, IPU/HU Studenten und Geschlecht m/w, Normalverteilung vorliegt. Der Test wird in beiden Gruppen - Uni und Geschlecht - für mehrere Variablen signifikant<sup>134</sup> (vgl. Tabelle 2 und 3).

**Tab. 2:** Normalverteilung der Gruppe Universität (HU/ IPU)

Tests auf Normalverteilung				
A2 Uni		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
		Statistik	df	Signifikanz
Analytische_Orientierung	HU	,219	13	,089
	IPU	,130	26	,200 <sup>*</sup>
InversD8Lacan	HU	,468	13	,000
	IPU	,349	26	,000
D9 Kogn	HU	,392	13	,000
	IPU	,251	26	,000
D10 VT	HU	,306	13	,002
	IPU	,184	26	,024
D11 Syst	HU	,166	13	,200 <sup>*</sup>
	IPU	,148	26	,146
D12 Rogers	HU	,224	13	,072
	IPU	,207	26	,006
D13 PsyForsch	HU	,182	13	,200 <sup>*</sup>
	IPU	,256	26	,000

a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

<sup>134</sup> Für jede Variable, für der K-S-Test signifikant wird, ist die Annahme der Normalverteilung innerhalb der Gruppen verletzt, sodass Verfahren wie ANOVA und t-Test nicht angewendet werden sollten bzw. ein sehr strenges Signifikanzniveau verwendet werden muss.

**Tab. 3:** Normalverteilung der Gruppe Geschlecht (m/w)

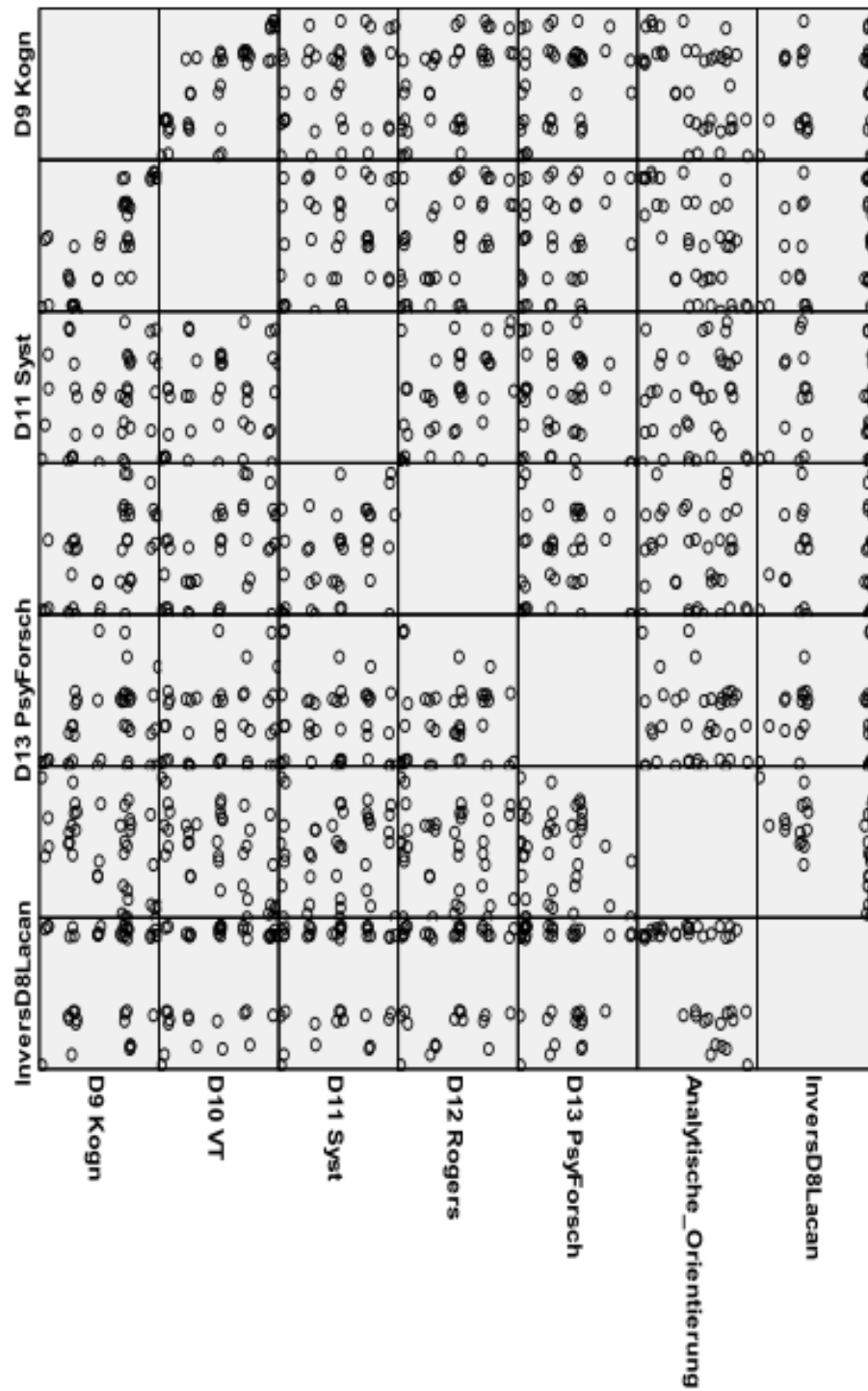
Tests auf Normalverteilung				
A3 Gender		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
		Statistik	df	Signifikanz
Analytische_Orientierung	1,0	,147	7	,200 <sup>*</sup>
	2,0	,130	32	,185
InversD8Lacan	1,0	,353	7	,009
	2,0	,399	32	,000
D9 Kogn	1,0	,189	7	,200 <sup>*</sup>
	2,0	,276	32	,000
D10 VT	1,0	,269	7	,136
	2,0	,152	32	,059
D11 Syst	1,0	,398	7	,001
	2,0	,176	32	,013
D12 Rogers	1,0	,240	7	,200 <sup>*</sup>
	2,0	,185	32	,007
D13 PsyForsch	1,0	,198	7	,200 <sup>*</sup>
	2,0	,210	32	,001

a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Eine weitere Voraussetzung von ANOVA und t-Test ist, die Mittelwerte mittels des Levene-Tests zu vergleichen. Dieser ergab, dass die Voraussetzung der Varianzhomogenität nicht gegeben ist, sodass Verfahren wie ANOVA und t-Tests nicht verwendet bzw. ein strengeres Signifikanzniveau angewendet werden sollte.

Die Prüfung auf Linearität hat ergeben, dass es keine non-linearen Zusammenhänge zu erkennen gibt, weshalb das Kriterium der Linearität als erfüllt betrachtet wird (vgl. Abbildung 3). Die Häufung einiger Datenpunkte an den Rändern einiger Felder ist darauf zurückzuführen, dass ein großer Teil der Stichprobe bei einer der beiden Variablen entweder den Wert 1=Nicht für oder den Wert 5=sehr angekreuzt hat.



**Abb. 3:** Scatterplott der Variablen der Sektion D (Theoretische Orientierung)

Über die Varianzanalyse wird getestet, ob sich Männer und Frauen, sowie Studenten der HU und der IPU bezüglich der Variablen aus Sektion D - *Theoretische Orientierung* - unterscheiden. Die Variablen aus Sektion D bilden also jeweils die abhängige Variable, die Gruppen (Studenten und Geschlecht) folglich die unabhängige Variable. Da es insgesamt 6 Variablen in Sektion D (Psychoanalytische Orientierung, Kognitive Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Systemische Familientherapie, Gesprächstherapie (nach Rogers), Psychotherapiebegleitforschung, Andere) gibt, müssen auch 6 Varianzanalysen gerechnet werden. Da es sich bei jeder ANOVA um den gleichen Datensatz handelt, muss das Signifikanzniveau angepasst werden.<sup>135</sup>

Folgende Effekte sind bei den Varianzanalysen signifikant:

HU und IPU Studenten unterscheiden sich signifikant in der unabhängigen Variable (UV) *Psychoanalytischen Orientierung* (vgl. Tabelle 4).

**Tab. 4:** Varianzanalyse zur *Psychoanalytischen Orientierung*

Tests der Zwischensubjekteffekte					
Abhängige Variable: Analytische Orientierung					
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Korrigiertes Modell	11,342 <sup>a</sup>	3	3,781	10,498	,000
Konstanter Term	89,216	1	89,216	247,716	,000
A2Uni	8,453	1	8,453	23,469	,000
A3Gender	,038	1	,038	,106	,746
A2Uni * A3Gender	,649	1	,649	1,802	,188
Fehler	12,605	35	,360		
Gesamt	234,286	39			
Korrigierte Gesamtvariation	23,948	38			

a. R-Quadrat = ,474 (korrigiertes R-Quadrat = ,429)

<sup>135</sup> korrigiertes Alpha Niveau gilt:  $\alpha(\text{korr.}) = \alpha/6 = 0,05/6 = 0,0083$

HU und IPU Studenten unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer Orientierung zu kognitiver Psychotherapie.

**Tab. 5:** Varianzanalyse zur *Kognitiven Psychotherapie*

**Tests der Zwischensubjekteffekte**

Abhängige Variable:D9 Kogn

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Korrigiertes Modell	26,329 <sup>a</sup>	3	8,776	8,394	,000
Konstanter Term	224,526	1	224,526	214,747	,000
A2Uni	12,120	1	12,120	11,592	,002
A3Gender	,324	1	,324	,310	,581
A2Uni * A3Gender	,179	1	,179	,172	,681
Fehler	36,594	35	1,046		
Gesamt	470,000	39			
Korrigierte Gesamtvariation	62,923	38			

a. R-Quadrat = ,418 (korrigiertes R-Quadrat = ,369)

HU und IPU Studenten unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer Orientierung zu Verhaltenstherapie.

**Tab. 6:** Varianzanalyse zur *Verhaltenstherapie*

**Tests der Zwischensubjekteffekte**

Abhängige Variable:D10 VT

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Korrigiertes Modell	33,566 <sup>a</sup>	3	11,189	8,813	,000
Konstanter Term	212,659	1	212,659	167,508	,000
A2Uni	20,955	1	20,955	16,506	,000
A3Gender	,003	1	,003	,002	,964
A2Uni * A3Gender	,199	1	,199	,157	,695
Fehler	44,434	35	1,270		
Gesamt	429,000	39			
Korrigierte Gesamtvariation	78,000	38			

a. R-Quadrat = ,430 (korrigiertes R-Quadrat = ,382)

Die Hypothese 1 konnte belegt werden. Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen HU und IPU Studenten bzgl. der zukünftigen *Theoretischen Orientierung* (Sektion D) aufgrund der Orientierung an verschiedenen Psychotherapeutischen Schulrichtungen. Die HU Studenten orientieren sich mehr auf verhaltenstherapeutische Konzepte - Verhaltenstherapie und kognitive Therapie - und IPU Studenten orientieren sich mehr auf psychoanalytische Konzepte - Psychoanalytische Orientierung. Es gab keinen signifikanten Unterschied bzgl. des Geschlechts.

Für die Analyse der Sektion E, dem zukünftigen *Therapeutischer Stil* und F *Annahmen über Psychotherapie und Persönlichkeit* (vgl. Tabelle 7), wurde mittels konfirmatorische Faktorenanalyse geschaut, ob sich dort die je 3 Faktoren für die Stichprobe finden lassen. Für die Sektion E sind es die 3 Faktoren Anpassung, Einsicht und Freundlichkeit und für die Sektion F die 3 Faktoren Irrationalität, Kunstfertigkeit und Pessimismus. Die Stichprobe mit 39 Personen ist sehr klein und eignet sich eigentlich nicht für die Berechnung einer Faktorenanalyse. Verschiedene Autoren<sup>136</sup> empfehlen mindestens 150 Versuchspersonen für eine Faktorenanalyse.

---

<sup>136</sup> Bortz, 2010

**Tab. 7:** Sektion E: Therapeutischer Stil

Komponente	Erklärte Gesamtvarianz								
	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	8,204	24,862	24,862	8,204	24,862	24,862	6,885	20,864	20,864
2	3,176	9,625	34,487	3,176	9,625	34,487	4,377	13,263	34,127
3	2,570	7,788	42,275	2,570	7,788	42,275	2,689	8,148	42,275
4	2,262	6,854	49,128						
5	1,975	5,986	55,114						
6	1,713	5,192	60,306						

Die 3 Faktor Lösung für Sektion E klärt lediglich 42% der Varianz auf und entspricht nicht der Faktorenlösung, die angenommen wurde. Dieses Ergebnis besagt, dass eine Lösung mit 3 Faktoren, meine Daten nicht sehr gut erklären kann. Ein weiterer Versuch eine bessere Lösung zu finden, ist die *Explorative Faktoranalyse*. Bei einer explorativen Faktoranalyse ist die Anzahl an Faktoren nicht begrenzt, sondern es werden so viele Faktoren berechnet wie statistisch als sinnvoll erachtet werden. Die Vermutung dahinter ist, dass z.B. der *Therapeutische Stil* bei Studenten eher antizipiert wird und nicht am eigenen Verhalten festgemacht werden kann, da nur wenige Studenten eigene Therapieerfahrung haben. Deshalb könnten dem *Therapeutischen Stil* wohlmöglich auch mehr Dimensionen zu Grunde liegen, als bei tatsächlichen Psychotherapeuten. Die explorative Faktorenanalyse extrahiert 11 verschiedene Faktoren aus den Daten. Eine mögliche Interpretation wäre, dass bei Studenten der therapeutische Stil kein einheitliches Konstrukt abbildet, da sie ihren therapeutischen Stil noch nicht richtig beurteilen können. Mit viel größerer Wahrscheinlichkeit ist das Ergebnis auf die zu kleine Stichprobe zurückzuführen. Die Hypothese 2 ist nicht bestätigt.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Faktorenanalyse für Sektion F, für die *Psychotherapeutischen Annahmen*. Eine drei Faktoren Lösung kann die Daten nur unbefriedigend, mit 41% Varianzaufklärung erklären. Die Faktorladungen der Items stimmen nicht mit den angenommenen Faktorladungen überein. Wie in Sektion E, wurde auch mit einer explorativen Faktorenanalyse versucht, eine bessere Lösung zu finden. Aber auch hier werden sehr viele Faktoren, 7 Faktoren, extrahiert. Eine mögliche Interpretation, dass Studenten keine einheitlichen Annahmen bezüglich Psychotherapie machen, weil ihnen eventuell die praktische Erfahrung fehlt, wäre denkbar. Weitaus wahrscheinlicher ist allerdings, dass das Ergebnis auf die kleine Stichprobe zurückzuführen ist. Die Hypothese 3 ist nicht bestätigt.

Sektion G hatte ein offenes Antwortformat und bestand aus folgenden 2 Fragen:

F1: Warum würden Sie eine Ausbildung zum Psychotherapeuten beginnen?

F2: Was halten Sie für Ihre größte Stärke als zukünftiger Psychotherapeut?

Es gab bei der Beantwortung der Fragen von den meisten Studenten Mehrfachantworten. Die HU Studenten beantworteten die Frage F1 primär mit 38,5 % für "dem Menschen helfen", gefolgt von "Interesse am Mensch/ an der menschlichen Psyche" mit 30,7%, mit 23,1% für "Freude am Umgang mit Menschen" und für "besser ausgebildet sein" sowie mit 15,4% für "mehr wissen und lernen". Die Antworten "Prestige", "Spaß" und "flexible Arbeitszeiten", waren nur ein minimaler Antwortanteil von 7,7%. Die IPU Studenten beantworteten die Frage F1 zunächst genau wie die HU Studenten für "Menschen helfen" mit 30,8 %, für "besser ausgebildet sein" mit 26,1%, "den Beruf an sich mögen" mit 19,2 % sowie mit 15,4 % für "ein besseres Verständnis für den Menschen" und für "sich selbst und andere besser verstehen". Geringe Antwortpotentiale lagen mit 4 bis 7%, bei den Antworten "Abwechslungsreichtum", "Beruf mit Prestige" und "eigene

Weiterentwicklung“.

Die Frage F2 beantworteten die HU Studenten primär mit "Empathie" 53,8%, gefolgt von "Offenheit" mit 30,7%, mit "Neugier/ Interesse" 23,1% und mit 15,4% "Positives Denken" und "Warmherzigkeit". Die IPU Studenten beantworteten diese Frage ebenfalls zuerst mit 46,2 %, für "Empathie" gefolgt von 26,1% für "Präsenz", 19,2% für "Verständis" und zuletzt mit 15,4% für "gute Auffassung/ Erfassung". Während es bei den HU Studenten nachfolgend nur noch Einmalantworten gibt, kommt bei den IPU Studenten mit 11,5% "Intuition", das beschriebene Bauchgefühl (vgl. Kap. 2.4). Die Antworten der HU Studenten erinnern ein wenig, an das *Big Five Modell* der Persönlichkeitspsychologie<sup>137</sup>, das fünf Hauptdimensionen der Persönlichkeit postuliert. Wobei die IPU Studenten mit "Präsenz" und "gutter Auffassung/ Erfassung" eher an *Argelanders Erstinterview* und dem "ableiten, daß wir aus dem "Gesamt" der objektiven, subjektiven und situativen Informationen eine integrierte "Persönlichkeitsgestalt" suchen [...]. erinnern"<sup>138</sup> Auch hier ist ein vager, aber spürbarer Unterschied der Schulrichtungen zu erkennen. Die Faktoren des TASC findet man in den Antworten bei den IPU Studenten einmalig mit "Unterstützung" mit 7,7% und bei den HU Studenten gar nicht.

## 4.6 Kritik

Die teilnehmenden Studenten kritisierten die starke psychoanalytische Orientierung des ThId, vor allem in Sektion D (Theoretischen Orientierung). Viele der HU Studenten kannten die unterschiedlichen psychoanalytischen Schulen nicht oder konnten sie keinen konkreten Inhalte zuordnen. Sektion D

---

<sup>137</sup> Von Thurstone und Allport in 1930er Jahren entwickelte Persönlichkeitsfaktoren: Extraversion/ Introversion, Offenheit, Neurotizismus, Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit

<sup>138</sup> Argelander, 1970, S. 20

besteht aus 8 psychoanalytischen und 2 verhaltenstherapeutisch orientierten Fragen. Allgemein ist der ThId-AV sehr spezifisch und den Ergebnisse nach zuordnen, nicht für eine Befragung von Studenten geeignet. Die Sektion G, mit den offenen Fragen war schon mehr für diese Stichprobe optimal. Der Fragebogen hätte für eine Befragung von Masterstudenten wesentlich mehr modifiziert werden und mit offenen Frageformaten bestückt sein müssen. Die Fragen in Sektion E und F scheinen für Studenten – im Master Psychologie – zu hypothetisch zu sein.

Allgemeine methodische Kritikpunkte sind die Eindimensionalität der Untersuchung. Die Teilnehmer füllen einen Selbstbefragungsbogen aus, somit fehlt die Fremdbewertung und darüber hinaus, um den Therapeuten umfassend zu bewerten, die Bewertung seitens des Patienten.

Für die statistischen Berechnungen war die Stichprobe von 39 Studenten zu klein. Weder die Berechnungen konnten damit ausgeführt werden, noch kann die Stichprobe somit für die jeweilige Kohorte – HU oder IPU – repräsentant sein.

## 5. Diskussion

Um die Kritik (vgl. Kap. 4.6) bzgl. des Fragebogens zu vertiefen, soll zunächst auf die *Studenten-Identität* eingegangen werden. Wie es zu erwarten war, bevorzugen die IPU Studenten psychoanalytische Schulen. Und die Studenten der HU genau umgedreht, sie bevorzugen die verhaltenstherapeutisch orientierte Ausrichtung. Man kann von einem existierenden Universitätskosmos sprechen, in dem die zukünftige *Psychotherapeutische Identität* bereits ihre Formung oder auch ihre Prägung erhält. Es scheint, als



wäre diese eher einseitig und salopp gesagt, „was der Bauer nicht kennt, frisst er nicht“, denn psychoanalytische Module sind an der HU nicht im Lehrplan. An der IPU werden verhaltensorientierte Modelle gelehrt, aber wesentlich weniger ausführlich als psychoanalytische und auch eher stiefmütterlich. Es ist kritikwürdig, den Studenten in ihrer Entwicklungs- und Prägungszeit, die Orientierungsentscheidung nicht selbst zu überlassen. Die Ursachen dieser Schulenrivalität zu diskutieren, übersteigt bei weitem den Rahmen dieser Masterarbeit. Jedoch Studenten die Intelligenz zuzugestehen, sich ein eigenes Bild zu machen und sich dann die Schule zu suchen, die zur eigenen Persönlichkeit passt, entspräche der Liberalität und Autonomie, die an Universitäten angebliches Qualitätskriterium ist. Ein gegenseitiges Abwerten entsteht in den meisten Fällen nur, wenn man das andere nicht einschätzen kann, es als bedrohlich empfindet oder gar Angst davor hat. Da nicht alle Patienten zur Analyse passen und umgedreht alle zur Verhaltenstherapie, ist diese Rivalität eigentlich unnötig, weil „genug Arbeit für alle da ist“. Die Potentiale zu nutzen und in einer Hand zu arbeiten, ist sicher eine utopische und sehr harmoniebedürftige Ansicht.

Eine Idee, die aus den Ergebnissen der ThId Befragung entsteht ist ein Hochschulstudium mit (noch) mehr Praxismodulen zu entwickeln. Damit sind nicht noch längere Praktikazeiten gemeint, sondern erste Erfahrungen in Einzellehrtherapie, Supervisionsgruppen und Mitarbeit in Hochschulambulanzen, während des Masterstudiums. Von einer eigenen Selbsterfahrung oder Lehrtherapie kann der zukünftige Therapeut nicht nur mehr und mehr sich selbst kennenlernen, sondern auch aus dem Setting und den Interventionen bereits für seinen zukünftigen Beruf lernen. Denn wie Taylor (vgl. Kap.) sagte, gibt es aktive Identitätsentwicklungs-Komponenten: „wer wir als unverwechselbarer Einzelner sein wollen.“<sup>139</sup> Unter diesen Umständen,

---

<sup>139</sup> Rosa, 1998, S.10

wäre es vielleicht denkbar, dass Studenten bereits in der Lage wären einen ThID-AV viel früher auszufüllen.

**Marie Martin:** *„Was waren entscheidende Faktoren in ihrer Ausbildung zum „guten Therapeuten“?“*

**Prof. Dr. Jürgen Körner:** *„Nicht nur die theoretische Konzepte zu behandeln, viele Fallbeispiele, Videos, praktische Anwendungen und natürlich die Selbsterfahrung und Supervision.“<sup>140</sup>*

Über die im ThID erfragten Wirkfaktoren als Bestandteil des TASC hinausgehend – ist eine stärkere Untersuchung der Professions-Identität interessant? Denn vielleicht ist das richtige Maß an Professions-Identität, als Teilfacette der Ich-Identität, wichtig für das korrekte Umgehen mit dem Patienten und der Einhaltung der professionellen Techniken wie Distanz und Abstinenz und somit auch Schutz vor Übertritten jeglicher Art. Auch für den Therapeuten - für seine eigene Psychohygiene und Salutogenes - könnte das richtige Maß an Professions-Identität von großer Bedeutung sein.

Ein weiterer Faktor ist die Intuition, welche nach Gigerenzer auf unbewussten Heuristiken und evolvierten Fähigkeiten basiert. Wenn eine gut ausgeprägte Intuition zu besseren Behandlungen führe, vielleicht wäre es ein Ansatz ein *Intuitionsmodell mit Trainingstechniken* zu entwickeln, welches die verschiedensten, für den Psychotherapeuten wichtigen Heuristiken und evolvierten Fähigkeiten beinhaltet. Um diese bereits im Studium und in der psychotherapeutischen Weiterbildung bewusst zu erlernen. Gleiches gilt für die Ausprägung und Vertiefung von Wirkfaktoren wie Achtsamkeit, Präsenz, Liebes und Beziehungsfähigkeit. Fromm (1956) sagt dazu: „Ich möchte den Leser davon überzeugen, daß alle seine Versuche zu lieben fehlschlagen

---

<sup>140</sup> Experteninterview mit Prof. Dr. Jürgen Körner, Berlin 13.01.2014

müssen, sofern er nicht aktiv versucht, seine ganze Persönlichkeit zu entwickeln, und es ihm so gelingt, produktiv zu werden; ich möchte zeigen, daß es in der Liebe zu einem anderen Menschen überhaupt keine Erfüllung ohne die Liebe zum Nächsten, ohne wahre Demut, ohne Mut, Glaube und Disziplin geben kann.“

Abschließend sei zusammenfassend gesagt, dass „die schließlich erworbenen Fertigkeiten und Kenntnisse nicht nur intellektueller Natur sind, sondern auf der Fähigkeit, die eigene Person in einem umfassenden Sinne als Instrument zu nutzen, basieren [...]“<sup>141</sup>

Wenn man den Therapeuten als Instrument der Therapiebehandlung betrachtet, sollten die Gütekriterien<sup>142</sup> im Sinne von Qualitätskriterien, die den Messinstrumenten jedweder Forschung zugrunde liegen, dem gleichen hohen Anspruch zu Teil werden. Im Studium bereits einen Teil der Zeit auf die eigen Identitätsentwicklung mit all ihren Facetten zu richten, wäre ein erster Ansatz.

---

<sup>141</sup> Ekstein/ Wallerstein, 1958, S. 53

<sup>142</sup> Objektivität, Reliabilität und Validität

## Literaturverzeichnis

Adorno, T.W. (1967): negative Dialektik. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Argelander, H. (1970): Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Balint E. (1997): Bevor ICH war. Stuttgart: Klett-Cotta

Balint M. (1966): Die Urformen der Liebe. Stuttgart: dtv/ Klett-Cotta.

Bortz J. (2010): Statistik für Sozial- und Humanwissenschaftler. Heidelberg: Springer Verlag

Deserno, H. (1994): Die Analyse und das Arbeitsbündnis. Frankfurt am Main: Fischer

Ekstein, R., Wallerstein, S. (1958): The Teaching and Learning of Psychotherapie. New York: Basic Books

Erik H. Erikson (1973): Identität und Lebenszyklus: drei Aufsätze. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Fischer, R. (2013): Berufliche Identität als Dimension beruflicher Kompetenz – Entwicklungsverlauf und Einflussfaktoren in der Gesundheits- und Krankenpflege. Bielefeld: Bertelsmann Verlag

Frank, C.; Hermanns, L. M.; Löchel, E. (Hg.) (2011): Jahrbuch der Psychoanalyse, Band 63: Neue Medien. Stuttgart: Frommann-holzboog,

Freud S. (2000): Gesammelte Werke, Frankfurt a.M.: Fischer

Fromm E. (1993): Die Kunst des Liebens. Berlin: Ullstein Verlag

Geyer, M., Plöttner, G. (2009): Psychodynamische Psychotherapie und ihre Therapeuten. Gießen: Psychosozialverlag

Gigerenzer, G. (2007): Bauchentscheidungen – Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition. München: C. Bertelsmann

Kant, I. (1998): Kritik der reinen Vernunft. Hamburg: Meiner

Kohut H. (1981): Die Heilung des Selbst. Frankfurt a.M.: Suhrkamp

Lichtenberg J. D., Lachmann F. M., Fosshage J. L. (2000): Zehn Prinzipien psychoanalytischer Behandlungstechnik. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta

Luborsky, L. (1999): Einführung in die analytische Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht

Lutz, W., Joormann, J., Kosfelder, J. (2004): Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie. Bern: Hans Huber Verlag

Mead, G.H. (1973): Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Orlinsky, D.; Rønnestad, M., H., Willutzki, U.: Process and Outcome in Psychotherapy. In: S. L. Garfield, A. E. Bergin (1986): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 5. Auflage. New York NY: John Wiley & Sons

Orlinsky, D; Howard, K.: Process and Outcome in Psychotherapy. In: S. L. Garfield, A. E. Bergin (1986): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 3. Auflage. New York: Wiley

Rosa, H. (1998): Identität und kulturelle Praxis: politische Philosophie nach Charles Taylor. Frankfurt a.M.: Campus Verlag

Streeck, U. (1993): Das Fremde in der Psychoanalyse. München: Pfeiffer

Siegel, D.J. (2012): Der achtsame Therapeut. München: Kösel

Taylor, C. (1994): Quellen des Selbst: Die Entstehung der neuzeitlichen Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Thomä, H; Kächele, H. (1985): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Heidelberg: Springer Verlag

Waldvogel, B.; Mertens, W. (2008): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer

Winnicott, D., W. (1971): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Kohlhammer

### **Zeitschriften:**

Klug G, Henrich G, Kächele H, Sandell R, Huber D (2008) Die Therapeutenvariable – Immer noch ein dunkler Kontinent? Psychotherapeut 53: 83-91

Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J (2001) Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojektes. Psyche - Z Psychoanal 55: 277-310

Löffler-Stastka H (2012): Das Geschlecht des Therapeuten / der Therapeutin. Auswirkung der Geschlechtszugehörigkeit auf die psychotherapeutische Behandlungssituation. Neuropsychiatrie Volume 26, Issue 2: 55-58

### **Internetadressen:**

<http://www.duden.de/rechtschreibung/Identitaet>, Stand: 19.12.2013

<http://www.zeit.de/1994/45/der-produktive-truemmerhaufen>, Stand: 02.01.2014

<http://www.medizin-im-text.de/blog/2010/6739/stockholmer-studie/>, Stand: 13.01.2014

<http://www.duden.de/rechtschreibung/Profession>, Stand: 15.01.2014

<https://www.facebook.com/marie.martin.37051579>, Stand: 13.01.2014

[http://www.mip-halle.de/self\\_service\\_lite/content/index/-sub-/forum\\_veranstaltungen/files/vortrag\\_hollnagel\\_52789d12a2698.pdf](http://www.mip-halle.de/self_service_lite/content/index/-sub-/forum_veranstaltungen/files/vortrag_hollnagel_52789d12a2698.pdf), Stand: 27.01.2014

**Eidesstattliche Versicherung**

„Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Benutzung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Wörtlich übernommene Sätze und Satzteile sind als Zitate belegt, andere Anlehnungen hinsichtlich Aussage und Umfang unter Quellenangabe kenntlich gemacht. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen und ist auch noch nicht veröffentlicht.“

Ort, Datum: Berlin, 18.02.2014      Unterschrift: Marie Martin

# PSYCHO- THERAPEUTISCHE IDENTITÄT Ausbildungsversion (ThId-AV)

Ein Fragebogen zu Ausbildung, Erfahrung, Stil  
und Werten  
2007

© ThID-AV: Svenja Taubner, Andreas Rapp, Rolf Sandell, Dorothea Huber &  
Horst Kächele, email: [taubner@uni-bremen.de](mailto:taubner@uni-bremen.de)

© ThID: Rolf Sandell, Jeanette Broberg, Johan Schubert, Johan Blomberg & Anna  
Lazar(2002) Stockholm County Council Institute of Psychotherapy, and Department  
of Behavioural Sciences, Linköping University, Linköping, Sweden e-mail:  
[rolsa@ibv.liu.se](mailto:rolsa@ibv.liu.se)

Deutsche Fassung von Günther Klug, Dorothea Huber & Horst Kächele (2007) e-  
mail: [g.klug@lrz.tu-muenchen.de](mailto:g.klug@lrz.tu-muenchen.de)

Dies ist eine Ausbildungs-Version des Fragebogens zur Psychotherapeutischen Identität. Zur Vereinfachung wurden die Begriffe „Psychotherapie“ und „psychotherapeutisch“ benutzt, um damit verschiedene Verfahren zu bezeichnen (z. B. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch-Fundierte Psychotherapie, Gesprächstherapie, etc.). Bitte füllen Sie den Fragebogen vor dem Hintergrund Ihres eigenen aktuellen Ausbildungsverfahrens aus.

**A. Persönlicher und beruflicher Hintergrund**

A1. Alter .....Jahre

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

A3. Was ist Ihre akademische Grundausbildung?

☐ 1. Medizin, Facharzt/ Fachärztin für .....

☐ 2. Psychologie

☐ 3. Sozialpädagogik/Sozialarbeit

☐ 4. Anderes: .....

A4. In welcher psychotherapeutischen Ausbildung sind Sie aktuell? (Bitte geben Sie dabei auch das Ausbildungsinstitut an.)

.....

.....

A5. Haben Sie zusätzliche Psychotherapieausbildungen bereits absolviert?

☐ 1. Nein

☐ 2. Ja, und zwar:

.....

A6. Haben Sie eine weitere akademische Ausbildung?

☐ 1. Nein

☐ 2. Ja, und zwar:

.....



**B. Berufliche Erfahrung**

Dieser Abschnitt bezieht sich auf verschiedene Aspekte Ihrer Ausbildungs- Erfahrung.

B1. Wie lange sind Sie in psychotherapeutischer Ausbildung?

.....Jahre

B2. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrer Ausbildung?

☐ Nicht ☐ Wenig ☐ Etwas ☐ Ziemlich ☐ Sehr

Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:

.....  
.....

B3. Bitte kreuzen Sie an, wie viele Patienten Sie im Rahmen Ihrer Ausbildung mit den verschiedenen Psychotherapieformen behandelt haben bzw. behandeln.

	0	1-3	4-9	>10
Psychoanalyse, 4-5 Sitzungen pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychoanalyse, 3 Sitzungen pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelpsychotherapie, 3 Sitzungen pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelpsychotherapie, 2 Sitzungen pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelpsychotherapie, 1 Sitzungen pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fokalthherapie oder Kurztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krisenintervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familientherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Therapieformen, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

B4. Verwenden Sie bei Ihren Ausbildungsfällen 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. Würden Sie es ablehnen mit Patienten mit speziellen Störungen zu arbeiten (z.B. psychotische Patienten, Patienten mit Essstörungen, mit psychosomatischen Erkrankungen)?

- ☐ 1. Nein  
☐ 2. Ja, und zwar:

.....  
B7. Hatten Sie im vergangenen Jahr im Rahmen Ihrer psychotherapeutischen Ausbildung Supervision?

- ☐ 1. Ja, regelmäßig ☐ Ja, gelegentlich ☐ Nein, überhaupt nicht

B8. Wie zufrieden sind Sie mit der Supervision während Ihrer psychotherapeutischen Ausbildung?

- ☐ Nicht ☐ Wenig ☐ Etwas ☐ Ziemlich ☐ Sehr

Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:

.....  
.....  
.....  
.....

### C. Selbsterfahrung

C1. Bitte beschreiben Sie Art und Dauer Ihrer Selbsterfahrung:

Art	Frequenz	Dauer
	(Sitzungen pro Woche)	
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

C2. ☐ Ich bin/ war nicht in Selbsterfahrung

C3. Wie zufrieden sind Sie mit der Selbsterfahrung während Ihrer psychotherapeutischen Ausbildung?

- ☐ Nicht ☐ Wenig ☐ Etwas ☐ Ziemlich ☐ Sehr

Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:

.....  
.....  
.....

C4. Wie häufig stellen die Ausbilder Ihres Instituts eigene Behandlungsfälle vor?

- ☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ häufig ☐ oft

**D. Theoretische Orientierungen****D1. Wie sehr orientieren Sie sich an den folgenden Theorien?**

	<b>Nicht</b>	<b>wenig</b>	<b>etwas</b>	<b>ziemlich</b>	<b>Sehr</b>
Klassische Psychoanalyse (freudianisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objektbeziehungstheoretisch-orientierte Psychoanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstpsychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleinianische Theorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relationale/Intersubjektive Psychoanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adlerianische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analytische Psychologie (jungianisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lacanianische Psychoanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitive Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemische Familientherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesprächspsychotherapie (nach Rogers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapiebegleitforschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Orientierungen, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

.....

**D2. Wie zufrieden sind Sie mit der Theorievermittlung während Ihrer psychotherapeutischen Ausbildung?**
☐ Nicht                      ☐ Wenig                      ☐ Etwas                      ☐ Ziemlich                      ☐ Sehr

Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:

.....

.....

.....

**E. Therapeutischer Stil**

Mit diesem Teil möchten wir uns ein Bild machen, wie Sie gewöhnlich therapeutisch im Rahmen Ihrer Ausbildung mit Ihren Patienten arbeiten bzw. arbeiten werden. 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	Sehr
1. Den Patienten anregen, über seine Probleme positiver zu denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dem Patienten helfen seine Gefühle zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beachtung und Fürsorglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mit den Kindheitserinnerungen des Patienten arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dem Patienten helfen, schmerzhaftes Erinnerungen zu vergessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dem Patienten konkrete Ratschläge geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dem Patienten die Initiative in der Therapie selbst übernehmen lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Den Patienten über seine Symptome und psychischen Probleme instruieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dem Patienten helfen die Wiederholung alter Fehler zu vermeiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dem Patienten konkrete Ziele geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Initiative ergreifen und die Sitzungen bestimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dem Patienten helfen sich an die bestehenden sozialen Bedingungen/Umstände anzupassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Dem Patienten helfen angstausslösende Situationen zu vermeiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Dem Patienten helfen, seine Gefühle zu klären	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Die Einstellungen und das Verhalten des Patienten in Frage stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nicht	Wenig	Etwas	Ziemlich	Sehr
16. Dem Patienten verstehen helfen, dass er seine alten Verhaltensweisen und Beziehungen wiederholt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Dem Patienten verstehen helfen, dass alte Reaktionen und Beziehungen mit dem Therapeuten wiederholt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Den Patienten unterstützen frühe, schmerzhaftes Erlebnisse zu reflektieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Dem Patienten die Gelegenheit geben, mit seinen Träumen zu arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Dem Patienten helfen seine Sorgen loszuwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Warmherzig und freundlich sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Dem Patienten helfen, die Verbindungen zwischen seinen Problemen und seiner Kindheit zu sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Den Patienten unterstützen und ermutigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Den Patienten fühlen lassen, dass er vom Therapeuten gemocht wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Mit den Symptomen des Patienten arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Dem Patienten helfen mit seinen Symptomen zurechtzukommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Den Patienten akzeptieren wie er/sie ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. An der Abwehr des Patienten arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Dem Patienten helfen realitätsorientierter zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Die Körpersprache des Patienten interpretieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Dem Patienten seine Gefühle ausagieren lassen (Katharsis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Die Sexualität des Patienten zum Vorschein bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Dem Patienten helfen, möglichen sexuellen Missbrauch zu erinnern und sich damit zu konfrontieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2. Was für ein Therapeut sind Sie bzw. werden Sie sein? Wie sehr stimmen Sie den folgenden Feststellungen zu?					
	Nicht	Wenig	Etwas	Ziemlich	Sehr
1. Ich bin aktiv in den Sitzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich finde es schwierig mit der Aggression des Patienten umzugehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich drücke meine Gefühle in den Sitzungen nicht aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich beantworte keine persönlichen Fragen des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Meine verbalen Interventionen sind kurz und knapp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wenn ein Patient fragt, willige ich schon mal ein, mit seinem Angehörigen zu sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich lasse während der Sitzung keine langen Schweigepausen zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich halte meine persönlichen Meinungen und Verhältnisse völlig aus der Therapie heraus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Meine therapeutische Technik variiert von Patient zu Patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich stehe zusätzlichen Sitzungen positiv gegenüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich bin in der Therapie eher neutral als persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich möchte nicht, dass der Patient starke Gefühle gegenüber meiner Person entwickelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Ich möchte, dass der Patient starke Gefühle in der Therapie entwickelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Meine Spontaneität ist ein wertvolles therapeutisches Instrument	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Es ist wichtig meine Empathie mit den Problemen des Patienten zu zeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Es ist wichtig das Material zu ordnen und zu strukturieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nicht	wenig	etwas	ziemlich	sehr
				h	
17. Meine Gegenübertragung ist ein wichtiges Instrument in meiner Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich finde es nicht schwer den Patienten zu enttäuschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich stelle dem Patienten häufig Fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich gebe meine Fehler dem Patienten gegenüber zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Es ist wichtig dem Patienten Hoffnung zu vermitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Den therapeutischen Rahmen einzuhalten ist für meine Arbeit fundamental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich arbeite lieber im Hier-und-Jetzt als im Dort-und-Damals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich bezweifle meine Fähigkeit, die Gefühle des Patienten aufnehmen („containen“) zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Meine Betroffenheit über die Lebensziele des Patienten behindert meine therapeutische Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ich teile die therapeutischen Ziele am Beginn der Therapie dem Patienten mit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich mache mir die therapeutischen Ziele während der Therapie klar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 28. Ich kann am besten mit Patienten die mir ähnlich sind             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Ich vermeide Körperkontakt mit dem Patienten                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Ich bin gerne konfrontativ  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Ich Sorge mich darum, dass der Patient seine Lebensziele erreicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 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 ...

<b>Kunstform</b>		<b>Wissenschaft</b>
<b>Handwerk</b>		<b>freie, kreative Arbeit</b>

F2. Psychotherapeutische Arbeit wird bestimmt durch ...

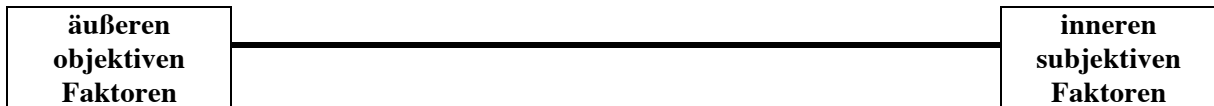
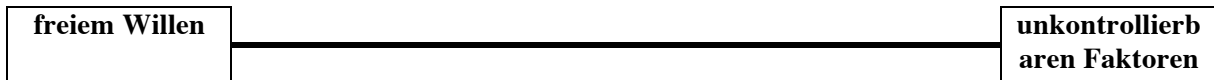
<b>Ausbildung</b>		<b>Persönlichkeit</b>
<b>Intuition</b>		<b>systematisches Denken</b>
<b>relative Ansichten</b>		<b>absolute Überzeugungen</b>
<b>dass alles verstanden werden kann</b>		<b>dass nicht alles verstanden werden kann</b>
<b>emotionale Erfahrungen</b>		<b>intellektuelles Verständnis</b>
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



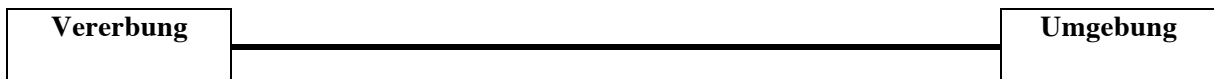
F3. Von Natur aus sind Menschen ...



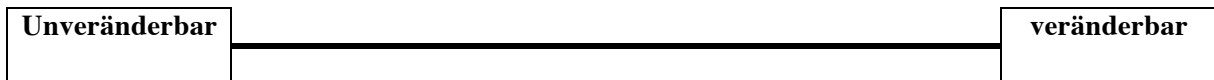
F4. Menschliches Verhalten wird beherrscht von ...



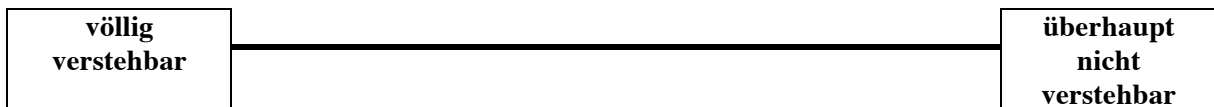
F5. Die Persönlichkeit wird geformt durch ...



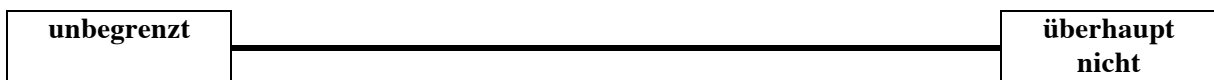
F6. Die Persönlichkeit ist grundsätzlich ...



F7. Die grundlegenden Gesetzmäßigkeiten menschlichen Verhaltens sind...



F8. Menschen können sich entwickeln...



### **G. Freie Assoziationen**

G1. Warum haben Sie eine Ausbildung zum Psychotherapeuten/in begonnen?

G2. Was halten Sie für Ihre größte Stärke als Psychotherapeut?

G3. Wie kompetent fühlen Sie sich als Psychotherapeut/in zur Zeit?

☐ Nicht ☐ Wenig ☐ Etwas ☐ Ziemlich ☐ Sehr

Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:

.....  
.....  
.....

G4. Mit wem sprechen Sie über verstörende Gefühle und Phantasien, die Patienten/innen in Ihnen auslösen?

G5. Was würden Sie an Ihrer psychotherapeutischen Ausbildung ändern?

**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 den 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

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**