universität wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Schwierigkeiten im psychotherapeutischen Prozess und deren Bewältigung. Welche Schwierigkeiten werden beschrieben? Wie gehen PsychotherapeutInnen damit um?“

verfasst von / submitted by

Elitsa Marinova, B.Sc.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2021 / Vienna 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt / degree programme code as it appears on the student record sheet:	UA 066 840
Studienrichtung lt. Studienblatt / degree programme as it appears on the student record sheet:	Masterstudium Psychologie UG2002
Betreut von / Supervisor:	Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter

Danksagung

Ich bedanke mich hiermit bei Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter für die Gelegenheit, dieses interessante Thema unter seiner Betreuung untersuchen zu dürfen. Ich bedanke mich herzlich für seine wertvollen Ratschläge und hilfreiches Feedback während den letzten Semestern. Ich möchte mich zudem bei allen TeilnehmerInnen der Studie für die Offenheit und für die genommene Zeit, um meine Fragen zu beantworten, bedanken. Ich danke meinen Eltern, meinem Partner und meinen FreundInnen für die unschätzbare Unterstützung.

Inhaltsverzeichnis

Abstrakt……5

1. Theoretischer und empirischer Hintergrund……..8

1.1 Schwierigkeiten im psychotherapeutischen Prozess……..8

1.1.1 Taxonomie der Schwierigkeiten……9

1.1.2 A-B-C Typologie der Schwierigkeiten……11

1.1.3 International Study on the Development of Psychotherapists…..…….…..12

1.1.3.1 Kompetenzzweifel…….……14

1.1.3.2 Negative Reaktion gegenüber einem/r Klienten/in……..……..…15

1.1.3.3 Frustrierender Treatment-Case……..17

1.2 Bewältigungsstrategien im Umgang mit Schwierigkeiten……...…19

1.2.1 Taxonomie der Bewältigungsstrategien……...…20

1.2.2 Bewältigungsstrategien nach der A-B-C Typologie der Schwierigkeiten...…21

1.2.3 Konstruktive und vermeidende Bewältigungsstrategien……..…….…….22

1.3 Reaktionen auf Schwierigkeiten im therapeutischen Prozess…….……24

1.4 Gruppenunterschiede……...…26

1.4.1 Berufserfahrung……...……27

1.4.2 Ausbildung……...…29

1.4.3 Theoretische Orientierung……...…30

1.5 Zusammenfassung und Überleitung zum empirischen Teil……..……..…31

2. Fragestellungen und Hypothesen……...…37

2.1 Fragen nach statistischer Häufigkeit……37

2.2 Zusammenhänge und Unterschiede.……..…….....…39

2.3 Explorative Fragen……...……44

3. Methode……...45

3.1 Untersuchungsdesign und -durchführung…….……...…45

3.2 Messinstrumente…….…….46

3.2.1 Fragebogen zu Schwierigkeiten und Bewältigungsstrategien…….……46

3.2.2 Positive and Negative Affect Schedule…….……..…48

3.2.3 Somatische und kognitive Reaktionen…….…….……...…49

3.2.4 Ausbildung und Beruf…….…….51

3.3 Stichprobe……52

3.4 Geplante statistische Auswertung…..……...……56

4. Ergebnisse……58
4.1 Deskriptive Analyse……58
4.1.1 Überprüfung der Verteilung der Skalen und Items……..62
4.2 Hauptanalyse……64
4.2.1 Ergebnisse zu SPP und BS……...64
4.2.1.1 Häufigkeitshypothesen……...……64
4.2.1.2 Berufserfahrung…….……65
4.2.1.3 Ausbildung……70
4.2.1.4 Theoretische Orientierung…….……73
4.2.1.5 Geschlecht……..……74
4.2.2 Ergebnisse zu den Reaktionen…...……..…76
4.2.2.1 Intensitäten……76
4.2.2.2 Zusammenhänge mit SPP und BS……....……76
4.2.2.3 Berufserfahrung…….……79
4.2.2.4 Besprechung in Ausbildung, theoretische Orientierung und Geschlecht..82
4.3 Zusatzanalyse……...…86
4.3.1 Zusätzliche SPP Items……..…86
4.3.2 Offene Fragen……..…87
4.3.2.1 Schwierigkeiten im psychotherapeutischen Prozess……..87
4.3.2.2 Bewältigungsstrategien……..……92
4.3.2.3 Reaktionen…….……...…….93
5. Diskussion……94
5.1 Interpretation der Resultate……..…95
5.1.1 Ergebnisse der statistischen Analysen……..……...……95
5.1.2 Antworten auf die offenen Fragen……..……...……100
5.2 Stärken und Schwächen der Studie……104
5.3 Conclusio……...…105

Literaturverzeichnis……..……108

Abbildungsverzeichnis……...……114

Tabellenverzeichnis……115

Abkürzungsverzeichnis……..……117

Anhang: Untersuchungsmaterialien……118

Abstrakt

Die herausfordernden Situationen, welche PsychotherapeutInnen in ihrem Beruf meistern müssen, stellen Hindernisse des Arbeitsprozesses oder wichtige Informationsquellen für die weitere therapeutische Arbeit dar. Die Umgangsstrategie der PsychotherapeutInnen ist hierbei von entscheidender Bedeutung. Die vorliegende Studie untersucht diese Aspekte der psychotherapeutischen Arbeit und versucht außerdem einen Einblick in die spontanen emotionalen, kognitiven und somatischen Reaktionen von PsychotherapeutInnen unterschiedlicher Berufserfahrung auf berufsbezogene Herausforderungen zu erlangen. Mithilfe einer einmaligen Online-Befragung wurden die Angaben von N = 323 PsychotherapeutInnen verschiedener Karrierephasen (n = 224 Frauen, n = 91 Männer) aus allen neun österreichischen Bundesländern gesammelt. Die Ergebnisse der quantitativen Analyse zeigen, dass berufliche Herausforderungen, die auf externe Faktoren, wie etwa unbeeinflussbare Lebensumstände der KlientInnen, zurückzuführen sind, am häufigsten vorkommen. Für die Auflösung von Schwierigkeiten werden am häufigsten reflektierendes Situationsmanagement sowie Konsultations- und Weiterbildungsmöglichkeiten verwendet. Die Berichte der StudienteilnehmerInnen weisen ferner darauf hin, dass auch die aktive Selbstfürsorge zum konstruktiven Umgang mit beruflichen Herausforderungen gehört. Die Resultate hinsichtlich der emotionalen und kognitiven Reaktionen der PsychotherapeutInnen widerspiegeln ein hohes Engagement ihrerseits gegenüber den KlientInnen und dem therapeutischen Prozess. Die Analyse ergibt, dass BerufsanfängerInnen häufiger als erfahrene PsychotherapeutInnen mit beruflichen Schwierigkeiten konfrontiert sind, was vor allem Kompetenzzweifel betrifft. Des Weiteren reagieren BerufsanfängerInnen mit intensiveren Angstgefühlen und somatischen Symptomen auf die schwierigen Situationen und es kann ihnen schwerer fallen, sie zu akzeptieren. Die Ergebnisse der qualitativen Analyse werden in der Diskussion ausführlich erörtert. Diskutiert wird zudem der komplexe Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Schwierigkeiten, den Reaktionen darauf und dem Einsatz vermeidender bzw. annährungsorientierter Bewältigungsstrategien. Des Weiteren werden die Stärken und Schwächen der Studie angesprochen. Zu den Limitationen zählen u.a. die unausgeglichene Verteilung von BerufsanfängerInnen und erfahrenen PsychotherapeutInnen.

Schlüsselwörter: Psychotherapieforschung, Therapieprozess, Schwierigkeiten, Belastungen, Stress, Bewältigungsstrategien

Abstract

Psychotherapy, as any other profession, has its challenges. How psychotherapists approach the difficulties that occur in their work could be crucial for both the client and themselves. The present study examines those aspects of the psychotherapeutic work as well as the spontaneous emotional, cognitive and somatic reactions of psychotherapists at different career stages when dealing with difficulties. The statements of $N = 323$ psychotherapists ($n = 224$ women, $n = 91$ men) from all nine states of Austria were collected by means of an online survey. The results reveal external factors such as painful but unalterable life circumstances of a client as the main source of difficulties. The questioned psychotherapists revealed that they prefer to turn to their own coping resources such as self-reflection in order to manage their difficulties. Seeking help from supervisors or attending workshops are also often used as coping strategies. The statements of some participants indicate that self-care practices are part of a constructive way of dealing with professional challenges. The results regarding emotional and cognitive reactions of the psychotherapists reflect a keen sense of commitment and responsibility for their clients and the therapeutic process. Compared to seasoned psychotherapists, novices are more often confronted with difficulties, in particular ones that reflect professional self-doubt. Furthermore, novices experience higher levels of anxiety and somatic symptoms when confronted with difficulties in their work. The complex relationship between the frequency of difficulties, the psychotherapists' reactions to them, and the use of approach- and avoidance-oriented coping strategies are addressed in the discussion. Ideas for future research questions as well as strengths and weaknesses of the present study are also discussed. One of the limitations is the unbalanced distribution of novices and experienced psychotherapists.

Keywords: Psychotherapy research, psychotherapeutic process, difficulties, stress, coping strategies

Meine ersten Schritte in der Welt der Beratung und Psychotherapie, die ich als Praktikantin an einer Klinik sowie an einer Beratungsstelle machen durfte, sind mit positiven Erfahrungen verbunden – die ersten professionellen Kontakte mit KlientInnen, die ersten Sitzungen und der Aufbau therapeutischer Beziehungen, das erste Lob von meinem Betreuer. Während meiner beiden Praktika habe ich dazu feststellen können, dass auch schwierige berufsbezogene Situationen, Kompetenzzweifel und Selbstunsicherheit ohne Zweifel zur therapeutischen Arbeit gehören. In Situationen, in denen ich nicht genau gewusst habe, was ich am besten machen muss oder ob ich angemessen reagiert habe, sind mir verschiedenste Gedanken durch den Kopf geschwirrt – mit mehr Erfahrung und Kompetenz hätte ich besser reagieren können. Soll ich das sagen, oder klingt es oberflächlich? Wie geht man mit so einer Situation am besten um? Der Anfang meiner Arbeit mit KlientInnen war daher mit Euphorie, Dankbarkeit, Freude, Selbstsicherheitsaufbau aber auch mit Kompetenzzweifel, Unklarheiten und Trauer verbunden. Stellen die letzten drei auch für andere AnfängerInnen im Beruf der Psychotherapie typische Schwierigkeiten dar? Welche berufsbezogenen Schwierigkeiten erleben erfahrene PsychotherapeutInnen? Was wird überhaupt unter *Schwierigkeiten im psychotherapeutischen Prozess* (SPP) verstanden und welche konkreten Situationen fallen darunter? Welche *Bewältigungsstrategien* (BS) gibt es und wie wird deren Angemessenheit bewertet? Welche kognitiven, emotionalen und somatischen Reaktionen treten auf, wenn PsychotherapeutInnen vor einer SPP stehen. Was sind also mögliche Gedanken, Gefühle und körperliche Reaktionen, mit denen PsychotherapeutInnen auf eine SPP antworten bzw. verändert sich das Reaktionsmuster mit zunehmender Berufserfahrung?

In ihrem Buch aus 2005 über Entwicklung von PsychotherapeutInnen schreiben Orlinsky und Rønnestad, dass es von großer Bedeutung für PsychotherapeutInnen sei, durch empirische Forschung erworbenes Wissen über die Aspekte des psychotherapeutischen Berufs u.a. zu berufsbezogenen Schwierigkeiten und deren Bewältigung zu erlangen. Empirische Erkenntnisse über die psychotherapeutischen Prozesse können die professionelle Effektivität bzw. das professionelle Wachstum von PsychotherapeutInnen fördern (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Die vorliegende Arbeit stützt sich auf das oben angesprochene Buch und weitere relevante wissenschaftliche Quellen zum Thema SPP und den Umgang damit. Die Arbeit beschreibt eine quantitative Studie bzw. eine einmalige Online-Befragung, die ausschließlich an PsychotherapeutInnen gerichtet wurde, die in Österreich praktizieren. Gegenstand der Studie waren sowohl SPP und BS als auch Reaktionen von PsychotherapeutInnen auf Situationen, die als

schwierig wahrgenommen werden, darunter kognitive (z.B. die Situation akzeptieren oder als nicht normal wahrnehmen u.a.), emotionale (z.B. Ärger, Angst u.a.) und somatische (z.B. Schwitzen, Adrenalinstoß u.a.) Reaktionen. Die Untersuchung hatte zum Ziel Information über Häufigkeiten von SPP, BS und die angesprochenen Reaktionen zu erlangen sowie mögliche Unterschiede zwischen erfahrenen PsychotherapeutInnen und BerufsanfängerInnen zu erfassen. Um die Relevanz der Studie und ihrer Befunde zu erkennen, wird vorab eine vertiefte Auseinandersetzung mit den bekannten Theorien und empirischen Beiträgen früherer Untersuchungen notwendig.

Theoretischer und empirischer Hintergrund

Schwierigkeiten im psychotherapeutischen Prozess

Versucht man eine Definition zu finden, die das Konstrukt der SPP eindeutig erklärt, wird man keine einheitliche Konzeptualisierung finden, sondern mehrere Beschreibungen, die das Konstrukt aus verschiedenen Blickwinkeln interpretieren. Zu den frühesten Beschreibungen von SPP gehört die von Michels aus dem Jahr 1977. Der Autor schrieb, dass ein gewisser Grad schwieriger Momente grundsätzlich zu einer guten Therapie gehört – solche, die zum Wachstum führt. Wenn jedoch ein/e TherapeutIn den Umgang mit einem/r Klienten/in als schwierig erlebt, könnte das ein Signal für eine dysfunktionale Interaktionsdynamik oder für Wissenslücken sein (Michels, 1977). Davis und KollegInnen (1987a) bauten eine Schwierigkeitstaxonomie auf, bei der die KlientInnen, die TherapeutInnen oder die Umstände als mögliche Ursachen für SPP bezeichnet werden. Die WissenschaftlerInnen basierten die Taxonomie auf eine subjektive Definition von SPP. Sie beschrieben SPP als therapeutische Situationen, in denen sie selbst eine Schwierigkeit erlebt haben. Es wurde eine Unterscheidung vorgeschlagen, bei der sich TherapeutInnen nach Häufigkeit und Intensität ihrer Schwierigkeiten voneinander unterscheiden und sich somit idiosynkratische bzw. differenzierte Schwierigkeitsprofile ergeben (Davis et al., 1987a). Eine alternative Perspektive kommt von Buchholz (2017), der SPP als Situationen definiert, die relativ unabhängig von den AkteurInnen sein können und somit als typisch für die psychotherapeutische Arbeit zu fassen sind. Makroanalytische Problemsituationen sind laut Buchholz (2017) eher offensichtlich und leicht erkennbar z.B. Verspätungen, nicht bezahlte Rechnungen u.a. Mikroanalytische Problemsituationen hingegen sind nicht eindeutig wahrnehmbar und fordern eine vertiefte Analyse und Reflexion. Sie sind der kritische Faktor, die

den therapeutischen Prozess bestimmen. Abhängig davon, wie der/die TherapeutIn damit umgeht, können sie den Erfolg bzw. den Misserfolg der Therapie entscheiden (Buchholz, 2017).

Angesichts der oben angesprochenen Quellen wird versucht, die Hauptcharakteristiken von SPP zusammenzufassen und somit eine Beschreibung für den Begriff zu erfassen, welche als Ausgangspunkt für die weiteren theoretischen und empirischen Beschäftigungen im Rahmen dieser Arbeit dienen kann. Die Quelle einer Schwierigkeit im psychotherapeutischen Prozess kann der/die TherapeutIn, der/die KlientIn oder externe Faktoren sein (Davis et al., 1987a). Schwierigkeiten gehören zum therapeutischen Prozess und müssen sich nicht unbedingt negativ auf die Therapie auswirken, sondern können zu Wachstum führen oder wichtige Information für die Beteiligten und den weiteren Vorgang mit sich bringen (z.B. Michels, 1977). SPP können offensichtlich sein, sind jedoch manchmal nicht direkt erkennbar und fordern Analyse und intensive Reflexion (Buchholz, 2017). Ob eine Situation als SPP wahrgenommen wird, hängt unter anderem von dem/der Therapeuten/in ab (Davis, et al., 1987a). Ein wichtiger Faktor hierbei ist die Berufserfahrung (z.B. Orlinsky & Rønnestad, 2005). Was alle SPP bzw. den Ausgang der SPP betrifft, ist der Umgang der TherapeutInnen damit – wie sie an die Situation herangehen, wie sie die Situation kommunizieren (z.B. Buchholz, 2017). Die Kategorisierung von SPP ist eine Möglichkeit die breite Palette schwieriger Situationen übersichtlicher zu machen, dadurch erforschbar und letztlich besser nachvollziehbar. Im Folgenden werden bekannte Klassifikationen beschrieben sowie Befunde aus verschiedenen empirischen Untersuchungen berichtet.

Taxonomie der Schwierigkeiten. Erste empirische Untersuchungen von SPP kommen von Davis und KollegInnen, die 1987 eine Klassifikation schwieriger Situationen vorschlugen mit dem Ziel SPP empirisch untersuchen zu können. Davis und KollegInnen (1987a) gingen davon aus, dass es für PsychotherapeutInnen nützlich wäre, den Charakter ihrer berufsbezogenen Schwierigkeiten zu kennen und zwischen dem eigenen Beitrag und dem Beitrag der KlientInnen zur SPP unterscheiden zu können, um konstruktiv damit umzugehen. Ausgehend von der eigenen Praxis und von phänomenologischen Beschreibungen ihrer eigenen berufsbezogenen Schwierigkeiten wurde nach mehreren Analysen eine Schwierigkeitstaxonomie entwickelt. Dabei wurden zwei Gesichtspunkte bezüglich SPP berücksichtigt und in die Taxonomie integriert. Zunächst können die schwierigen Situationen reine Hindernisse sein, die die Effektivität der Intervention vereiteln und daher zu vermeiden sind. Gemäß der zweiten Perspektive stellen SPP

unvermeidliche und wertvolle Situationen dar, die als Quelle wichtiger Information gesehen werden können (Davis et al., 1987a).

Nach mehreren Überprüfungen besteht die Endversion der Taxonomie aus zehn Kategorien (Schröder, 1997), die von Davis et al. (1987a) ausführlich definiert wurden: 1. Unfähigkeit (TherapeutInnen bewerten ihre Skills und Leistungen als unzulänglich); 2. Schaden (TherapeutInnen denken, dass sie den KlientInnen schaden); 3. Verblüffung (TherapeutInnen wissen nicht, wie sie mit einer Situation umgehen sollen); 4. Bedrohung (TherapeutInnen fühlen sich von der/dem Patientin/en bedroht); 5. Distanz (TherapeutInnen fühlen sich unfähig eine Beziehung zu der/m Klientin/en aufzubauen); 6. Persönliche Sorgen (TherapeutInnen glauben, dass ihre persönlichen Angelegenheiten die Therapie stören); 7. Konfrontation mit schmerzlicher Realität (die Umstände der KlientInnen sind sehr schmerzhaft, aber unvermeidlich und unveränderbar); 8. Ethisches/ moralisches Dilemma (TherapeutInnen sind unentschlossen, wie sie handeln sollen bzw. welche die mit der Ethik am ehesten konforme Vorgehensweise in einer bestimmten Situation ist); 9. Festgefahrene Situation (TherapeutInnen fühlen, dass die Arbeit mit einer/m Klientin/en in eine Sackgasse geraten ist und es gibt keinen Rückweg daraus); 10. Behinderung (TherapeutInnen glauben, dass die KlientInnen ihre Bemühungen aktiv vereiteln möchten).

Die WissenschaftlerInnengruppe um Davis (1987a) diskutierte, dass sich TherapeutInnen bezüglich ihrer SPP voneinander unterscheiden bzw. idiosynkratische Schwierigkeitsprofile aufweisen. Diese idiosynkratischen Schwierigkeitsprofile könnten bedeuten, dass es einen Zusammenhang zwischen den spezifischen SPP eines/r Therapeuten/in und seiner/ihrer Individualität und persönlichen Charakteristik geben könnte (Davis et al., 1987a; Schröder & Davis, 2004). Außerdem wurde von Davis et al. (1987b) eine Taxonomie der BS erstellt, die im nachfolgenden Kapitel dieser Arbeit im Detail beschrieben wird.

Die qualitativen Kategorien beider Taxonomien wurden 1989 vom Collaborative Research Network zur professionellen Entwicklung von PsychotherapeutInnen als Basis für die Entwicklung eines *Fragebogens zu Schwierigkeiten und Bewältigungsstrategien* (FSB) verwendet, der aus 20 Fragen zu SPP und 26 Fragen zu BS besteht und an TherapeutInnen gerichtet ist (Odyniec et al., 2016). Der FSB ist seitdem Basis verschiedener Studien zu diesen Themen gewesen und wurde als Messinstrument für die vorliegende Untersuchung verwendet.

A-B-C Typologie der Schwierigkeiten. Die schwierigen Situationen im therapeutischen Prozess können verschiedene Quellen haben – darunter die TherapeutInnen, die KlientInnen sowie äußere Umstände (Schröder, 1997). Es wurde diskutiert, dass von den TherapeutInnen stammenden Schwierigkeiten mit zunehmender Berufserfahrung weniger werden. Diese Annahme gilt weiter nicht für Schwierigkeiten einer externen Quelle (Davis et al., 1996, zitiert nach Schröder & Davis, 2004, S. 330). Basierend auf diesen Theorien und Befunden sowie auf phänomenologischen Beschreibungen von Schwierigkeiten aus der eigenen Praxis schlugen Schröder und Davis (2000, 2004) eine Typologie von SPP vor, um die Quellen von SPP besser nachvollziehen und ein tieferes Verständnis erlangen zu können, welche Situationen für wen als schwierig vorkommen. Weiter schlussfolgerten Schröder und Davis (2004), dass SPP auf einem Kontinuum von vorübergehenden bis andauernden Schwierigkeiten liegen. Im Folgenden werden die Definitionen von Schröder und Davis (2000, 2004) für die drei Typen vorgestellt.

Typ A sind die als vorübergehend klassifizierten Schwierigkeiten, die aus den TherapeutInnen stammen. Diese SPP enthüllen Wissensgrenzen oder mangelndes technisches Repertoire und hängen oft von der Berufserfahrung der TherapeutInnen ab. Ein und dieselbe Situation würde daher von den meisten PsychotherapeutInnen mit einer ähnlichen Erfahrung und einem ähnlichen Wissens- und Fähigkeitsrepertoire als schwierig wahrgenommen. Typ A entspricht somit keinen idiosynkratischen SPP, die von den persönlichen Eigenschaften der PsychotherapeutInnen abhängen, sondern zeitweilige Schwierigkeiten, die durch weiteres Training und zunehmende Erfahrung beseitigt werden können (Schröder & Davis, 2000, 2004).

Typ B entspricht den paradigmatischen SPP, die auf stabile Charakteristika der TherapeutInnen zurückzuführen und daher andauernd sind. Paradigmatische SPP sind idiosynkratisch und stehen somit in Zusammenhang mit stabilen Eigenschafen der PsychotherapeutInnen, wie z.B. Persönlichkeitsstrukturen, signifikante intrapsychische Konflikte, fixes soziales Reaktionsmuster u.a. Eine und dieselbe Situation würde von den meisten anderen PsychotherapeutInnen auf einem vergleichbaren Berufserfahrungslevel nicht als schwierig empfunden. Paradigmatische SPP sind daher idiosynkratische Schwierigkeiten, die modifiziert aber nicht eliminiert werden können. Man könnte sich daran anpassen und einen effektiven Umgang damit ausarbeiten und trainieren. Paradigmatische SPP sind jedoch vom Charakter her stabil (Schröder & Davis, 2000, 2004).

Typ C steht für die als situativ beschriebenen Schwierigkeiten, die extern verursacht sind z.B. durch eine unveränderbare schmerzliche Realität, eine/n besonders herausfordernden Klientin/en u.a. Ihre Wurzeln liegen nicht in den Eigenheiten der TherapeutInnen. Ein und dieselbe Situation würde daher von den meisten anderen PsychotherapeutInnen abgesehen vom Berufserfahrungslevel, dem Skillsrepertoire oder dem Wissensstand als schwierig empfunden. Typ C SPP könnten gelindert aber nicht beseitigt werden. Weiteres Training und zunehmende Berufserfahrung können SPP Typ C nicht eliminieren (Schröder & Davis, 2000, 2004).

Schwierige Situationen können laut den Autoren eindeutig zu einem Typ zugeordnet werden oder Elemente von mehreren Schwierigkeitstypen beinhalten. Betont wird die Bedeutung eines konstruktiven Umgangs mit SPP. Wenn SPP unerledigt bleiben oder von der/dem Therapeutin/en dysfunktional behandelt werden, könnten sie den therapeutischen Prozess stören und den Outcome beeinträchtigen. Eine konstruktive Auseinandersetzung mit den schwierigen Situationen hingegen könnte zur professionellen und persönlichen Weiterentwicklung des/r Psychotherapeuten/in beitragen (Schröder & Davis, 2004). Schröder und Davis (2004) bieten den PsychotherapeutInnen einen Pool konstruktiver BS je nach Schwierigkeitstyp an. Dieser wird weiter unten in der vorliegenden Arbeit diskutiert.

International Study on the Development of Psychotherapists. Der FSB Fragebogen, der aus den oben angesprochenen Schwierigkeits- und Bewältigungsstrategietaxonomien von Davis et al., (1987a, 1987b) entwickelt wurde, ist Teil eines großen Fragebogens, dem Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire. Dieser wurde für die Ziele der umfangreichsten Studie zur professionellen Entwicklung von PsychotherapeutInnen eingesetzt (International Study on the Development of Psychotherapists, ISDP), (Schröder et al., 2015). Hinter der Studie, die 1989 begann, steht das Collaborative Research Network der Society for Psychotherapy Research. Dieses untersucht den professionellen Alltag, die therapeutische Vorgehensweisen und die persönliche Charakteristik von PsychotherapeutInnen aller Karrierephasen, verschiedener theoretischen Orientierungen und aus mehreren Ländern (Schröder et al., 2015).

Eine erste detaillierte Beschreibung der Ergebnisse der ISDP bezüglich SPP beruht auf den Datenangaben von 2376 TherapeutInnen, die über ihre Erfahrungen berichteten (Schröder, 1997). Der FSB fragt danach, wie oft konkrete SPP derzeit erlebt werden und welche BS eingesetzt werden. Den StudienteilnehmerInnen steht eine Likert-Skala mit den Polen 0 = *nie* und 5 = *sehr*

oft zur Verfügung. Es wurde berichtet, dass „Fachliches Rätseln“, sprich TherapeutInnen wissen nicht, wie sie mit einer herausfordernden Situation am besten umgehen sollen, bei den 2376 Personen die am häufigsten erlebte berufsbezogene Schwierigkeit war. Weitere sind die Konfrontation mit schmerzlicher Realität (die Lebenssituation einer/s Klientin/en ist sehr schmerzhaft, jedoch unvermeidlich und unveränderbar und der/die TherapeutIn ist machtlos) und das Gefühl der therapeutischen Unfähigkeit (TherapeutInnen bewerten ihre psychotherapeutischen Fertigkeiten als unzulänglich). Am seltensten wurden ethische Dilemmata (TherapeutInnen sind unentschlossen, welche die mit der Ethik am ehesten konforme Vorgehensweise in einer bestimmten Situation sei) berichtet, gefolgt von dem Gefühl schädlich zu sein (TherapeutInnen befürchten, dass sie einem/r Klienten/in mehr schaden als helfen) und die Unfähigkeit eine Beziehung zu der/m Klientin/en aufzubauen (Schröder, 1997).

Einige Jahre später verdoppelten sich die TeilnehmerInnen und die ISDP konnte insgesamt 4923 TherapeutInnen registrieren, deren Selbstberichte ausführlich in einem Buch beschrieben wurden (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Ein Kapitel beschäftigt sich ausschließlich mit den SPP und BS der TeilnehmerInnen. Auch dieses Mal war „Fachliches Rätseln“ die am häufigsten berichtete Schwierigkeit, wobei 76% der TeilnehmerInnen angaben, dass sie gelegentlich damit umgehen müssten. Konfrontation mit schmerzlicher Realität und Machtlosigkeit wurde gelegentlich von 59% der TeilnehmerInnen erlebt. Die Mehrheit der TeilnehmerInnen (58%) gab an, dass das Gefühl der therapeutischen Unfähigkeit gelegentlich vorkam. Die Unfähigkeit einer/m Klientin/en Sympathie oder Achtung entgegenzubringen (15% der TeilnehmerInnen erlebten das gelegentlich) und das Gefühl schädlich zu sein (17% der TeilnehmerInnen erlebten das gelegentlich) waren die am seltensten erlebten berufsbezogene Schwierigkeiten (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Die 20 SPP-Items der FSB wurden mithilfe einer Faktorenanalyse weiter analysiert. Es zeigte sich, dass die 20 durch den FSB erfassten SPP auf drei Dimensionen aufgeteilt werden können – *Kompetenzzweifel/ professioneller Selbstzweifel* (z.B. TherapeutInnen erleben Unsicherheit, Unentschlossenheit, Unzulänglichkeit), *frustrierender Treatment-Case* (z.B. ungünstige Bedingungen im Leben der KlientInnen; ethische Dilemmata) und *negative Reaktion gegenüber einem/r Klienten/in* (z.B. eigene Werte stehen im Weg, Unfähigkeit den emotionalen Bedürfnissen einer/s Klientin/en angemessen entgegenzukommen, Unfähigkeit Empathie

gegenüber einem/r Klienten/in zu empfinden), (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Die Ergebnisse aus den Selbstberichten der 4923 TherapeutInnen zeigten, dass Kompetenzzweifel am häufigsten (*M* = 1.72, *SD* = 0.77) bzw. negative Reaktionen gegenüber einem/r Klienten/in am seltensten (*M* = 1.07, *SD* = 0.69) vorkamen. Es wurde zudem ein Zusammenhang zwischen SPP und Berufserfahrung gefunden. TeilnehmerInnen mit weniger Berufserfahrung gaben SPP häufiger an im Vergleich zu deren erfahrenen KollegInnen (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Kompetenzzweifel. Kompetenzzweifel (KZ) ist laut Selbstberichten von PsychotherapeutInnen die am häufigsten vorkommende Schwierigkeitsdimension (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Darunter fallen folgende SPP: TherapeutInnen sind unsicher, dass sie einen positiven Effekt auf eine/n Klientin/en haben; TherapeutInnen sind unentschlossen, wie sie sich in einer Situation verhalten sollten; TherapeutInnen sind unfähig jemandem zu helfen; TherapeutInnen denken, dass sie dem/r Klienten/in schaden; TherapeutInnen sind unfähig die Essenz des Problems einer/s Klientin/en zu begreifen; TherapeutInnen können die Therapie in keine konstruktive Richtung lenken; TherapeutInnen haben keine Kontrolle über den therapeutischen Prozess (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Ein noch tieferer Blick in die Funktion und die Ursachen von KZ zeigt, dass es sich um kein dichotomes Konstrukt, sondern um ein Intensitätskontinuum mit drei Ankerpunkten handelt (Thériault & Gazzola 2005).

Die mildeste Form – *inadequacy* – nähert sich am meisten dem von Orlinsky & Rønnestad (2005) beschriebenen Konstrukt. Diese Form von KZ spiegelt die professionelle Unsicherheit bezüglich des aktuellen Wissensstands und Technikrepertoires wider (Thériault & Gazzola 2005). Es wird berichtet, dass inadequacy u.a. zur erhöhten Aufmerksamkeit in der therapeutischen Sitzung und somit zur konstruktiven Veränderung und Anpassung des Therapieprozesses führen könnte. Diese Form von KZ könnte laut den AutorInnen die Lern- und Trainingsmotivation der TherapeutInnen erhöhen und dadurch eine proaktive Suche entwicklungsfördernder Aktivitäten außerhalb des Therapieraumes nach sich ziehen. Inadequacy könnte somit als eine wertvolle Informations- und Motivationsquelle erlebt werden, die Selbsterforschung und Investition in der eigenen Berufsentwicklung fördert (Thériault & Gazzola 2005, 2008; Thériault et al., 2009).

Der zweiten Form – *insecurity* – wird Unsicherheit in der therapeutischen Rolle und in der Effektivität des Therapieprozesses zugeordnet (Thériault & Gazzola, 2005). Im Gegenteil zu

inadequacy handelt es sich bei insecurity um eine generelle Sorge um das eigene berufliche Potential und die Wirksamkeit der Therapie im Allgemeinen. Insecurity ist insofern störender und daher schwieriger zu akzeptieren (Thériault & Gazzola 2005).

Die dritte Form wird *incompetence proper* genannt und stellt die tiefgreifendste und am meisten beunruhigende Form von KZ dar (Thériault & Gazzola 2005). Es wurde berichtet, dass dieser Form Sorgen um die Identität und das Selbst zugrunde liegen. TherapeutInnen, die incompetence proper erleben, identifizieren sich mit der therapeutischen Rolle und generalisieren ihre berufsbezogene Unsicherheit auf ihre Person. Die Gleichsetzung der beruflichen Rolle als TherapeutIn einerseits und dem Selbst als private Person andererseits bzw. die Unfähigkeit beides voneinander zu trennen in Kombination mit berufsbezogenem KZ kann laut den AutorInnen dazu führen, dass man die persönlichen Kerneigenschaften und die eigene Würde in Zweifel zieht. Dadurch können Angst und Leiden verursacht werden (Thériault & Gazzola 2005).

Berufsbezogener KZ befindet sich somit auf einem Kontinuum und kann sich von mild und weniger intensiv bis tiefgreifend und sehr störend ziehen (Thériault & Gazzola, 2005). Laut den AutorInnen können die verschiedenen Formen von KZ einen negativen Einfluss auf den therapeutischen Prozess haben z.B. reduzierte Motivation, Distanzierung von den KlientInnen, Befangenheit und Vermeidung bestimmter Themen in der therapeutischen Sitzung. Berufsbezogener KZ kann sich außerdem jenseits der Therapiesitzung ausbreiten, das allgemeine Selbstbewusstsein negativ beeinflussen, die Work-Life-Balance beeinträchtigen und dadurch das Stresslevel erhöhen wie auch die allgemeine Lebensqualität beeinträchtigen (Thériault et al., 2009).

Negative Reaktion gegenüber einem/r Klienten/in. Die Schwierigkeitsdimension „negative Reaktionen gegenüber einem/r Klienten/in (NRK)“ wird durch folgende SPP charakterisiert: Unfähigkeit irgendetwas an dem/r Klienten/in zu mögen oder zu respektieren; Unfähigkeit Empathie gegenüber einem/r Klienten/in zu empfinden; Unfähigkeit den emotionalen Bedürfnissen eines/r Klienten/in angemessen entgegenzukommen; die persönlichen Werte der TherapeutInnen stehen im Weg; Verärgerung über eine/n Klientin/en, der die Zeit verschwendet; persönliche Angelegenheiten der TherapeutInnen stören den therapeutischen Prozess; falsch in einer kritischen Situation vorgegangen zu sein (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Die Schwierigkeitsdimension NRK spiegelt daher Feindseligkeit und Empathiemangel seitens der

PsychotherapeutInnen gegenüber den KlientInnen wider (Nissen-Lie et al., 2010). Gemäß der Selbstberichte von TherapeutInnen im Rahmen der ISDP treten die SPP der Dimension NRK in der Praxis am seltensten auf (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Studien haben den Zusammenhang zwischen KZ und NRK einerseits und der Beziehung zu KlientInnen sowie der Therapieauswirkung andererseits mithilfe des FSB untersucht (Nissen-Lie et al., 2010, 2012, 2017; Odyniec et al., 2017). Während die Dimension NRK mit niedrigeren Ratings der KlientInnen hinsichtlich des Beziehungsaufbaus assoziiert wurde, wies die Dimension KZ einen starken positiven Zusammenhang mit dem Aufbau therapeutischer Beziehung auf (Nissen-Lie et al., 2010). Im Hinblick auf diese Befunde wurde KZ als eine gesunde selbstkritische Auseinandersetzung mit sich selbst in Bezug auf die Komplexität der therapeutischen Arbeit interpretiert, welche die Fähigkeit fördert, sich an die Bedürfnisse und den interpersonellen Still der KlientInnen anzupassen (Nissen-Lie et al., 2010, 2012). KlientInnen können das als eine respektvolle und wertschätzende Haltung seitens der TherapeutInnen erleben, was günstig für die therapeutische Beziehung sein könnte (Nissen-Lie et al., 2010).

Es wurde berichtet, dass beide Schwierigkeitskategorien keinen Zusammenhang mit den Veränderungen hinsichtlich der Symptomatik von KlientInnen aufweisen, jedoch stark mit der abhängigen Variable zusammenhängen, welche die zwischenmenschlichen Probleme der KlientInnen operationalisierte (Nissen-Lie et al., 2012, 2017; Odyniec et al., 2017). Die WissenschaftlerInnengruppe um Nissen-Lie (2017) berichtete, dass die Kombination zwischen einem gewissen Kompetenzzweifel und einem guten Maß an Wertschätzung gegenüber der eigenen Person seitens der TherapeutInnen mit einer positiven Veränderung hinsichtlich der zwischenmenschlichen Probleme der KlientInnen assoziiert wird. Die AutorInnen interpretieren diesen Befund als einen Hinweis darauf, dass ein übertriebenes Selbstbewusstsein der TherapeutInnen schädlich für die gesunde therapeutische Haltung bzw. die therapeutische Tätigkeit sein könnte (Nissen-Lie et al., 2017). Im Gegensatz zu dem oben angesprochenen Ergebnis fanden Odyniec und KollegInnen (2017) heraus, dass KZ mit einer negativen und NRK hingegen mit einer positiven Veränderung bezüglich der interpersonellen Probleme von KlientInnen zusammenhängen. Die AutorInnen erklären diese sich wiedersprechenden Ergebnisse durch die Unterschiede zwischen den Stichproben der verschiedenen Studien bezüglich Berufserfahrung und theoretischer Orientierung (Odyniec et al., 2017). Während die

TherapeutInnen bei den Studien von Nissen-Lie et al., (2012, 2017) erfahrene PsychoanalytikerInnen waren, nahmen an der Studie von Odyniec et al., (2017) ausschließlich VerhaltenstherapeutInnen in Ausbildung teil.

Frustrierender Treatment-Case. Zur Dimension „frustrierender Treatment-Case (FTC)" gehören die folgenden SPP: ungünstige Bedingungen im Leben der KlientInnen stehen einer Verbesserung im Wege; Machtlosigkeit die tragische Lebenssituation der KlientInnen zu beeinflussen; sich widersprechende Engagements gegenüber einem/r Klienten/in einerseits und anderen Personen andererseits; Distanz zu dem/r Klienten/in und Beziehung, die sich nicht auflöst; ein/e Klient/in, der/die die therapeutische Arbeit und die Bemühungen des/r Therapeuten/in abblockt; ethische oder moralische Fragestellungen, die durch die Arbeit mit einem/r Klienten/in entstehen (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Die aufgeführten Situationen weisen darauf hin, dass die SPP von externen Umständen oder von einem/r konkreten Klienten/in verursacht werden können. Im Folgenden werden hierzu ausgewählte Studien beschrieben.

In einer Serie von explorativen Studien untersuchten Smith et al. (2007a) die berufsbezogenen Schwierigkeiten von PsychotherapeutInnen, die auf die Konfrontation mit traumatischen Erfahrungen ihrer KlientInnen basieren. Die interviewten TherapeutInnen attribuierten ihre Schwierigkeiten der Psychopathologie der KlientInnen, der therapeutischen Beziehung oder externen Umständen. Die AutorInnen ordneten diese Angaben drei Gruppen von SPP zu – *traumatische*, *interaktionale* und *existentielle*. Es wurde berichtet, dass die Inhalte der traumatischen SPP auf traumatischen Erfahrungen der KlientInnen basieren, die dem DSM-IV Kriterium A für posttraumatische Belastungsstörung entsprachen. Interaktionale SPP stammen laut Smith und KollegInnen (2007a) aus dem intensiven emotionalen Verlangen der KlientInnen gegenüber den TherapeutInnen. Einige SPP sind von existentiellem Charakter, da sie die Machtlosigkeit der TherapeutInnen gegenüber der hoffnungslosen Lebenssituation der KlientInnen widerspiegeln (Smith et al., 2007a). Es wurde betont, dass der Effekt dieser SPP auf die TherapeutInnen stark davon abhängt, wie sie damit umgehen und welche Ressourcen sie haben. Eine unterstützende professionelle Umgebung könnte den Unterschied zwischen berufsbezogenem Wachstum und einem Burnout machen (Smith et al., 2007a).

Eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Beitrag der KlientInnen zur SPP diskutiert den Begriff „Schwierige Interaktionssituationen“ (Sachse, 2004). Schwierige Interaktionssituationen sind laut dem Autor durch Krisen gekennzeichnet, die KlientInnen dadurch erzeugen, dass sie die Beziehung zu der/dem Therapeutin/en anzweifeln und den Umstand explizit oder implizit ansprechen, indem sie z.B. Kritik an dem/der Therapeuten/in äußern. In dieser Situation wird die Kommunikation auf die Beziehungsebene gewechselt und es hängt von der Reaktion des/der Therapeuten/in ab, wie sich die therapeutische Allianz weiterentwickelt (Sachse, 2004). Für den Zweck einer anderen Studie wurden mehrere konkrete Bespiele zu Problemverhalten von KlientInnen gesammelt, welche Schwierigkeiten für die TherapeutInnen erzeugen (Plutchick et al., 1994). Jene beispielhaften Situationen wurden von 21 erfahrenen PsychiaterInnen anhand Ratings beurteilt und fünf Kategorien zugeordnet – Bedrohung seitens der KlientInnen, Kritik an den TherapeutInnen oder an der Therapie, große Krise im Leben des/r Klienten/in, Verführung oder Freundschaftsanforderung seitens des/r Klienten/in oder andere Problemverhaltensweisen wie z.B. stetige Verspätungen. Wenn sich solche Schwierigkeiten während des therapeutischen Prozesses ereignen, können sie laut den AutorInnen bei den TherapeutInnen Stress verursachen. Der Umgang mit dem Problemverhalten bzw. die BS der TherapeutInnen sind entscheidend für die therapeutische Beziehung mit dem/r Klienten/in (Plutchick et al., 1994). Andere Arbeiten identifizieren konkrete Symptom- und Störungsbilder, die herausfordernd für TherapeutInnen sein können (Jaeggi & Reimer, 2008, Weig, 2009). Depression, traumabezogene Störungen, chronische Suizidalität, Zwangssyndrome, autoaggressive Krankheitsbilder, schizophrene Störungen, leichte Intelligenzminderung, Substanzabhängigkeit, Komorbidität und Cluster B Persönlichkeitsstörungen (histrionische, narzisstische, antisoziale, Borderline-Persönlichkeitsstörungen) wurden dabei angesprochen (Jaeggi & Reimer, 2008, Weig, 2009).

Ein zusammenfassender Überblick der im Theorieteil erörterten Klassifikations- und Begriffssysteme von Davis und KollegInnen (1987a), Schröder und Davis (2004), Smith und KollegInnen (2007a) und Thériault & Gazzola (2005) ergibt das folgende Bild. Die Klasse „frustrierender Treatment-Case (FTC)“ könnte *traumatischen*, *interaktionalen* oder *existentiellen* Charakter haben und könnte dem *Typ C situational* zugeschrieben werden. Die Wurzeln von FTC liegen entweder in der externen Situation (z.B. unveränderbare schmerzliche Lebensumstände des/r Klienten/in) oder in der/m konkreten Klientin/en (z.B. Problemverhalten oder ein

herausforderndes Störungsbild). Die Gruppe „negative Reaktion gegenüber einem/r Klienten/in (NRK)“ könnte dem *Typ A vorübergehend* oder dem *Typ B paradigmatisch* zugerechnet werden, weil NRK von den TherapeutInnen ausgehen (deren stabile persönliche Eigenschaften oder erfahrungsabhängige Wissens- & Techniklimitationen). Die Dimension „Kompetenzzweifel (KZ)“ entspricht dem *Typ A vorübergehend* und dem Level *inadequacy* des Kompetenzzweifelkontinuums, weil KZ auf wissensbezogenen sowie technischen Einschränkungen der TherapeutInnen beruht, die durch entsprechende Weiterbildung und Training bewältigt werden können. SPP können folglich unterschiedliche Quellen haben – der/die TherapeutIn, der/die KlientIn oder die Situation (Schröder et al., 2015). Es ist jedoch nicht immer eindeutig feststellbar, welchem Typ eine SPP entspricht. Manche Schwierigkeiten sind zudem auf die besondere Kombination zwischen den persönlichen Eigenschaften des/r Klienten/in einerseits und dem/r Therapeuten/in andererseits bzw. auf die Interaktion zwischen den konkreten AkteurInnen zurückzuführen (Schröder et al., 2015). Die wichtige Rolle der von den TherapeutInnen vorgenommenen Bewältigungsstrategie (BS) in einer schwierigen therapeutischen Situation wurde in mehreren wissenschaftlichen Arbeiten diskutiert (z.B. Davis et al., 1987a, 1987b; Orlinsky & Rønnestad, 2005; Schröder & Davis, 2004).

Bewältigungsstrategien im Umgang mit Schwierigkeiten

Der Begriff *Bewältigung* ist als eine bewusste oder unbewusste Reaktion auf eine externe Schwierigkeit oder einen internen Konflikt konzipiert, welche vermeidungs-, adaptations- oder beseitigungsorientiert ist und der Reduktion des negativen Einflusses des Problems dient (Davis et al., 1987b; Ray et al., 1982). Eine Reaktion auf eine schwierige Situation kann dann als *Bewältigungsstrategie* verstanden werden, wenn sie nach einem gewünschten Ausgang strebt bzw. einer vorbestimmten Richtung folgt (Ray et al., 1982). Demnach zählt jede nicht zweckentsprechende, spontane physiologische oder emotionale Reaktion (z.B. Weinen) nicht als Bewältigungsstrategie (Ray et al., 1982). Bewältigungsstrategien können sich auf die *Annäherung* an eine oder die *Vermeidung* von einer wahrgenommenen Schwierigkeit ausrichten (Roth & Cohen, 1986). Laut Roth und Cohen (1986) ist eine entsprechende abwechselnde Verwendung von annährungs- und vermeidungsorientierten Bewältigungsstrategien mit Rücksicht auf die Aufforderungen der konkreten schwierigen Situation sinnvoll. Diese Flexibilität könnte jedoch nicht immer einfach sein, denn Menschen tendieren dazu eine der beiden Orientierungen bevorzugt

einzusetzen (Roth & Cohen, 1986). Im Folgenden werden Klassifikationen und Forschungsergebnisse vorgestellt, die sich konkret mit den möglichen Bewältigungsstrategien auseinandersetzen, die von PsychotherapeutInnen in schwierigen berufsbezogenen Situationen benutzt werden.

Taxonomie von Bewältigungsstrategien. Die erste Klassifikation von BS kommt von Davis et al., (1987b) und erlaubt die empirische Untersuchung möglicher Vorgehensweisen von PsychotherapeutInnen im Umgang mit SPP. Bei der Taxonomieentwicklung stand die Annahme im Vordergrund, dass professionelles Wachstum durch das Training von BS und die Stärkung von Bewältigungsressourcen zu fördern sei. Demnach sei es unrealistisch, dass man jede SPP voraussehen und eliminieren könne (Davis et al. 1987b). Bei der Entwicklung der Bewältigungstaxonomie wurde das gleiche Verfahren wie bei der Schwierigkeitstaxonomie (Davis et al., 1987a) verwendet, wobei die Endversion aus dreizehn BS besteht, welche Davis und KollegInnen aus der eigenen Arbeit mit KlientInnen kannten. Diese dreizehn BS sind in sieben Kategorien eingeteilt. Vier der Kategorien sind annäherungsorientiert und die restlichen drei Kategorien sind vermeidungsorientiert: 1. Auf sich selbst und die eigenen Ressourcen ausrichten: Neubewertung der Situation und Perspektivenwechsel oder Selbstreflexion und Selbstregulation. 2. Klientin/en bei der Lösung miteinbeziehen: zusammen mit dem/r Klienten/in das Problem diskutieren und ggf. lösen. 3. Andere Menschen oder externe Ressourcen am Prozess beteiligen: Suche nach Rat bei KollegInnen oder SupervisorInnen; Weiterbildung mithilfe von Fachliteratur, Seminaren u.a.; Verantwortungsteilung durch Kollaboration mit anderen TherapeutInnen, Organisationen u.a.; Befriedigungssuche jenseits der Therapie durch emotionale Unterstützung oder Ablenkung mittels Aktivitäten, Menschen, Essen, Alkohol u.a.. 4. Auf die Praxis vertrauen (TherapeutInnen wenden sich absichtlich weder an den/die Klienten/in noch an andere Menschen, sondern verlassen sich auf die eigenen Fähigkeiten und das therapeutische Urteilsvermögen): Fachliches Eingreifen durch Interpretationen, Konfrontation, Grenzen setzen, Aufgaben zuweisen u.a.; Außerfachliches Eingreifen (aus der Psychotherapeutenrolle heraustreten zu Gunsten der unmittelbaren Bedürfnissen des/r Klienten/in oder den Anforderungen der Situation); Kursänderung (TherapeutInnen modifizieren grundlegende Parameter der Therapie oder der therapeutischen Vereinbarung z.B. Therapiestil oder -orientierung, Sitzungsdauer oder -häufigkeit). 5. Sich von Schwierigkeiten abwenden: TherapeutInnen vermeiden, ignorieren, leugnen oder vergessen die Schwierigkeit; hoffen, dass die Schwierigkeit sich von alleine lösen

wird und möchten sich nicht mit ihr auseinandersetzen. 6. Sich gegen den/die Klienten/in wenden: TherapeutInnen sehen KlientInnen verantwortlich für die Problemsituation und beschuldigen sie dafür. 7. Sich von der/dem Klientin/en abwenden: TherapeutInnen finden einen Lösungsweg in der Kündigung der therapeutischen Beziehung; Entlassung oder Einweisung zu einem/r anderen Therapeuten/in werden diskutiert (Davis et al. 1987b; Schröder, 1997). Diese Kategorien wurden in 26 Items formuliert, welche die 20 Schwierigkeitsitems des FSB ergänzen.

Bewältigungsstrategien nach der A-B-C Typologie der Schwierigkeiten. Die in einem früheren Absatz dieser Arbeit vorgestellte A-B-C Schwierigkeitstypologie von Schröder und Davis (2004) identifiziert drei Kategorien von SPP – Typ A vorübergehend, Typ B paradigmatisch und Typ C situativ. Der Umgang der TherapeutInnen hat gemäß den Autoren eine entscheidende Bedeutung für den Ausgang einer SPP – wenn man eine wahrgenommene Schwierigkeit ignoriert oder mangelhaft behandelt, könnte das den Prozess beeinträchtigen und somit das Therapieergebnis negativ beeinflussen. Der konstruktive Umgang mit den SPP könnte hingegen zur beruflichen und persönlichen Entfaltung der PsychotherapeutInnen beitragen (Schröder & Davis, 2004).

Wie effektiv eine BS ist, hängt gemäß den Autoren unter anderem auch vom Typ der entstandenen SPP ab. *Vorübergehende SPP* spiegeln Grenzen bezogen auf das vorhandene Wissen und die technischen Möglichkeiten wider und stehen somit im engen Zusammenhang mit der Berufserfahrung der TherapeutInnen. Diese SPP könnten durch Weiterbildung, Auseinandersetzung mit entsprechender Literatur und weiteren Beschäftigungen, die eine Erweiterung des therapeutischen Repertoires fördern, verringert oder beseitigt werden. Da *paradigmatische SPP* von stabilen persönlichen Eigenschaften der PsychotherapeutInnen ausgehen, kann Weiterbildung hier nur geringfügig helfen. Man könnte sich an paradigmatische SPP anpassen oder mittels erhöhter Selbstreflexion und intensiver Supervision oder Eigentherapie die ungewünschten Auswirkungen minimieren. *Situative SPP* werden durch externe Faktoren hervorgerufen – problematische unveränderbare Umstände oder ein/e KlientIn mit herausforderndem Verhalten. Sie hängen nicht von der Persönlichkeit oder den berufsbezogenen Einschränkungen der TherapeutInnen ab und sind meistens von permanentem Charakter. Die negativen Auswirkungen von situativen SPP könnten durch Weiterbildung und mit zunehmender Berufserfahrung vermindert werden. Das Auftauchen solcher SPP ist jedoch nicht voraussehbar

und kann nicht vermieden werden. Situative SPP fordern Toleranz und Akzeptanz seitens der TherapeutInnen (Schröder & Davis, 2004).

Schröder und Davis (2004) betonen, dass eine SPP oftmals durch zwei oder auch alle drei Typen charakterisiert ist. In diesem Fall wird die wesentliche Rolle guter Supervision bzw. von SupervisorInnen betont, die SPP aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten können und fähig sind auf die verschiedenen Elemente der SPP eine angemessene Rückmeldung zu geben bzw. auf entsprechende, in der konkreten Situation nützliche, Ressourcen hinweisen (Schröder & Davis, 2004). Die A-B-C Schwierigkeitstypologie kann laut den Autoren zur Entwirrung der einzelnen Komponenten einer konkreten SPP beitragen. Basierend auf den einzelnen Definitionen aus der Typologie können Fragestellungen formuliert werden, die den SupervisandInnen bei der Identifikation der Quellen ihrer SPP helfen können (z.B. Hast du die gleiche Schwierigkeit außerhalb des therapeutischen Settings erlebt? Würde ein/e andere/r TherapeutIn diese Situation als schwierig wahrnehmen?) (Schröder & Davis, 2004).

Konstruktive und vermeidende Bewältigungsstrategien. Die internationale ISDP Studie sammelte unter anderem Selbstberichte von TherapeutInnen bezüglich SPP und ihrem Umgang mit SPP. Das Erhebungsinstrument ist der auf der Taxonomien von Davis und KollegInnen (1987a, 1987b) basierende Fragebogen mit seinen 20 Items zu SPP und 26 Items zu BS. Eine erste ausführliche Darstellung der Ergebnisse stützt sich auf den Angaben von 2376 TherapeutInnen und informiert, welche der 26 erfassten BS am häufigsten und welche am seltensten eingesetzt werden (Schröder, 1997). Es zeigte sich, dass *eigene Ressourcen* (Perspektivenwechsel und Reflexion) und *Suche nach Rat bei KollegInnen* am häufigsten als Hilfestellung eingesetzt werden. Die Studie fand heraus, dass *außerfachliches Eingreifen* sowie *Sich gegen den/die Klienten/in wenden* und eine *Abwendung von der/dem Klientin/en* am seltensten verwendet werden (Schröder, 1997).

Eine spätere Analyse der ISDP auf der Basis der Selbstberichte von 4923 TherapeutInnen berichtete ähnliche Ergebnisse bezüglich des Einsatzes von BS (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Die Mehrheit der Befragten gab an, dass sie die Situation reflektieren (58%), eine neue Perspektive übernehmen (54%), mit KollegInnen sprechen (56%) oder sich von SupervisorInnen beraten lassen (53%). Somit stellten sich die eigenen Ressourcen und die Suche nach Rat bei KollegInnen als bevorzugte BS unter TherapeutInnen heraus. Nur wenige StudienteilnehmerInnen gaben an, dass sie in einer schwierigen Situation die KlientInnen kritisieren (< 1%), ihre Frustration den

KlientInnen zeigen (3%), einen Therapieabbruch ernsthaft in Betracht ziehen (4%), die Überweisung der/s Klientin/en zu einem/r anderen Therapeuten/in überlegen (6%), oder die Auseinandersetzung mit der SPP vermeiden (4%). Sich gegen den/die Klienten/in zu wenden und die Abwendung von der/dem Klientin/en erwiesen sich daher auch dieses Mal als selten eingesetzte BS (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Mittels einer Faktorenanalyse wurden die 26 Items in sechs Dimensionen aufgeteilt – *1. Reflektierendes Selbst- und Situationsmanagement, 2. Konsultation und Weiterbildung, 3. Problemlösung mit dem/r Klienten/in, 4. Reframing des therapeutischen Auftrages, 5. Alternative Befriedigungssuche als Kompensation* und *6. Vermeidung des therapeutischen Engagements*. Davon wurden die ersten beiden Dimensionen – Reflektierendes Management (M = 3.10, SD = 0.73) und Konsultation (M = 2.79, SD = 0.96) am häufigsten und die letzte – Vermeidung des therapeutischen Engagements (M = 1.22, SD = 0.65) am seltensten im Umgang mit einer SPP eingesetzt (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Ausgehend von der positiven Interkorrelationen der Items der ersten drei Dimensionen (Reflektierendes Management, Konsultation und Problemlösung mit dem/der Klienten/in) wurde eine Sekundärskala extrahiert, die *Konstruktives Coping* genannt wurde (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Diese stellt einen Gegenpol zu der mit einem negativen Wert geladenen Dimension *Vermeidung des therapeutischen Engagements* (charakterisiert durch die Problemvermeidung oder die passive Hoffnung, dass sich die Situation von allein verbessern würde; die Kritik der KlientInnen oder das Zeigen der eigenen Frustration; den Therapieabbruch oder die Überweisung des/r Klienten/in überlegen) dar. Die Analyse der selbstberichteten Angaben zeigte, dass die TherapeutInnen, die oft konstruktive BS anwendeten, zehnmal so häufig vorkommen wie TherapeutInnen, die sich auf BS der Dimension Vermeidung des therapeutischen Engagements verlassen (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

In der Literatur werden Konsequenzen von konstruktiven und vermeidenden BS einerseits auf die TherapeutInnen und andererseits auf den Therapieoutcome diskutiert (Nissen-Lie et al., 2017). So wurde z.B. ein Zusammenhang zwischen dem Einsatz von konstruktiven BS bzw. der aktiven Auseinandersetzung mit der SPP und einer Reduktion der Symptomatik von KlientInnen gefunden, während vermeidende BS negativ mit den Symptomverbesserungsraten zusammenhingen (Nissen-Lie et al., 2017).

Basierend auf anderen Ergebnissen wurde eine alternative Perspektive vorgeschlagen, laut derer BS wertneutral zu betrachten seien, da ihre Angemessenheit stark vom konkreten Kontext abhänge (Henkel et al., 2019). So könnte ein vermeidender Umgang (z.B. Therapieabbruch) in bestimmten Situationen (z.B. Bedrohung durch KlientIn; keine sinnvollere Alternative) angebrachter sein als die Fortsetzung der Arbeit (Davis et al., 1987b, Henkel et al., 2019, Michels, 1977).

Reaktionen auf Schwierigkeiten im therapeutischen Prozess

Es wurden bis jetzt mehrere Studien vorgestellt, die sich mit schwierigen Situationen im psychotherapeutischen Prozess und den möglichen Wegen ihrer Bewältigung beschäftigen. Klassifikationen und Taxonomien ermöglichen die empirische Erforschung von Häufigkeiten von SPP und BS. Es gibt jedoch nur wenige Studien, welche die emotionalen, kognitiven und somatischen Reaktionen von PsychotherapeutInnen auf die Konfrontation mit SPP bisher untersucht haben. Eine phänomenologische Studie zu diesem Thema befasste sich mit Befunden basierend auf Interviews mit zehn erfahrenen PsychotherapeutInnen (Honda, 2014). Die StudienteilnehmerInnen sollten SPP aus ihrer Praxis beschreiben und ihre Wahrnehmung, das heißt, wie sie sie erlebt haben, erläutern. Unter den berichteten SPP waren z.B. Sitzungen mit aggressiven KlientInnen und Bedrohung, Erzählungen von Kindern über Missbrauch, Aktivierung einer emotionalen Verletzung bei der PsychotherapeutInnen durch Inhalte der therapeutischen Sitzung, unangemessenes verführerisches Verhalten oder Vorwürfe seitens der KlientInnen. Honda (2014) identifizierte sechs Kategorien von Reaktionen, die in einem direkten Zusammenhang mit den erlebten SPP standen – Angst; Mangelgefühle; Ärger; Verwirrung; das Bedürfnis die eigenen Emotionen zu verheimlichen; das Bedürfnis die Therapie abzubrechen. Die emotionale Reaktion Angst wurde von allen zehn PsychotherapeutInnen angesprochen und durch Wörter wie ängstlich, besorgt, erschrocken, nervös oder verängstigt beschrieben. Zu dieser Kategorie gehören auch verschiedene physische Reaktionen wie Adrenalinstoß, Atemlosigkeit, Schmetterlinge im Bauch, trockener Mund, Erröten, Herzrasen oder Schwitzen. Sie wurden von der Hälfte der StudienteilnehmerInnen angeführt. Mangelgefühle wurden von acht PsychotherapeutInnen angegeben und z.B. durch Gefühle der Nutzlosigkeit, Peinlichkeit oder Scham charakterisiert. Einige StudienteilnehmerInnen erinnerten sich während des Interviews daran, dass solche Reaktionen besonders intensiv am Beginn ihrer Karriere waren. Sieben StudienteilnehmerInnen berichteten Gefühle wie Frustration, Missbilligung oder Wut; diese bilden

die Kategorie Ärger. Die Hälfte der PsychotherapeutInnen berichtete, dass sie sich in einer schwierigen Situation verwirrt gefühlt hätten. Das Bedürfnis die eigenen Emotionen zu verheimlichen wurde von fünf StudienteilnehmerInnen empfunden und zeigte sich darin, dass sie z.B. Ängste verheimlichten; versuchten den Eindruck zu erwecken, dass sie keine störende Emotionen erlebten; ihre Aufmerksamkeit auf den Verheimlichungsversuch statt auf den/die Klienten/in richteten. Das unmittelbare Bedürfnis nach einem Therapieabbruch, als die SPP entstand, berichteten fünf der PsychotherapeutInnen. Dazu gehörte der Wunsch nach Auftragsbeendigung, Überweisung oder Verlassen des Berufsfeldes. Gemäß der auf Basis der Interviews und Analysen gezogenen Schlussfolgerungen schlug Honda (2014) folgende Definition von SPP vor: SPP sind plötzlich entstehende nicht voraussehbare Situationen, die durch die therapeutische Arbeit mit KlientInnen zustande kommen und negative Reaktionen hervorrufen. Angst-, Mangel-, Ärger- und Verwirrungsgefühle stellen insofern typische negative Reaktionen auf SPP dar, als sie Druck ausüben und möglicherweise ein Bedürfnis nach Therapieabbruch (Auftragsbeendigung, Überweisung, Kündigung) auslösen. Das Bedürfnis nach Kündigung ist meistens vorübergehend und wird dadurch ersetzt, dass PsychotherapeutInnen KollegInnen zur Beratung und Unterstützung aufsuchen und gegebenenfalls wieder Hoffnung schöpfen. Eine effiziente Regulation der negativen Emotionen wird mit der Zunahme der Berufserfahrung assoziiert (Honda, 2014).

Für eine weitere explorative Studie wurden 26 erfahrene PsychotherapeutInnen befragt und es konnten basierend auf deren Interviews situationsspezifische Reaktionsmuster identifiziert werden (Smith et al., 2007b). Die AutorInnen identifizierten drei Typen von SPP, die mit verschiedenen Reaktionsmustern assoziiert waren. *Traumatische SPP* entstehen durch die Konfrontation mit der traumatischen Geschichte der KlientInnen und werden mit Angst, Mitgefühl, Schock, somatischen Reaktionen und dem Bedürfnis zu sprechen in Zusammenhang gebracht. Für *interaktionale SPP*, die aufgrund des hohen emotionalen Verlangens der KlientInnen zustande kommen, werden die folgenden Reaktionen als charakteristisch benannt – Hilfslosigkeit, hohe emotionale Investition und das sich provoziert oder frustriert fühlen. Die *existentiellen SPP* resultierten aus der Konfrontation mit einer hoffnungslosen Lebenssituation, welche die TherapeutInnen nicht beeinflussen konnten. Sie sind mit Verantwortlichkeitsgefühlen und Rumination assoziiert (Smith et al., 2007b).

Verschiedene Studien und Artikel haben die Reaktionen in Bezug auf Kompetenzzweifel und die Interaktion mit herausfordernden KlientInnen untersucht und diskutiert (Jaeggi & Reimer, 2008; Plutchik et al., 1994; Sachse, 2004; Thériault & Gazzola 2005, 2008, 2010; Thériault et al., 2009; Weig, 2009). Kompetenzzweifel variiert in seiner Intensität und befindt sich auf einem Kontinuum von *inadequacy* (professionelle Unsicherheit aufgrund von Wissenslücken, die mit weniger Berufserfahrung assoziiert ist) über *insecurity* (generelle Unsicherheit bezüglich der therapeutischen Rolle und der Effektivität des Therapieprozesses) bis hin zu *incompetence proper* (Übertragung der berufsbezogenen Unsicherheit auf die eigene Person und das Selbst aufgrund starker Identifizierung mit dem Beruf) (Thériault & Gazzola, 2005). Kompetenzzweifel kann zu unterschiedlichen Emotionen führen, deren Intensität vom Charakter des Kompetenzzweifels abhängig ist (Thériault & Gazzola, 2010). In Interviews berichteten PsychotherapeutInnen z.B. über Hilfslosigkeit, Ärger, Angst, Machtlosigkeit, Rumination, Schuld, Entmutigung, Langeweile, Verrat, Erschöpfung, Befangenheit, Vulnerabilität, kognitive und emotionale Überinvestition, Ablenkung und somatische Stresssymptomatik (Thériault & Gazzola, 2008, 2010; Thériault et al., 2009). Außerdem benannten PsychotherapeutInnen einige positive Reaktionen – erhöhte Aufmerksamkeit und intensivierte Reflexion (Thériault et al., 2009). In Bezug auf die negativen Reaktionen auf Kompetenzzweifel wurde berichtet, dass PsychotherapeutInnen mit zunehmender Erfahrung persönliche und professionelle Ressourcen erwerben, die eine effizientere Emotionsregulation fördern und den Umgang mit Kompetenzzweifel begünstigen (Thériault & Gazzola 2005, 2008).

Andere wissenschaftliche Arbeiten identifizierten Angst, Ärger, Schüchternheit, Aggression und Feindseligkeit, Rumination, emotionale Überbeanspruchung und Schuldgefühle als typische Reaktionen von PsychotherapeutInnen in Situationen der Interaktion mit herausfordernden KlientInnen (Jaeggi & Reimer, 2008; Plutchik et al., 1994; Sachse, 2004; Weig, 2009). In der Literatur werden auch somatische Symptome als mögliche Reaktionen auf SPP angesprochen z.B. Verspannung, Erschöpfung, Müdigkeit oder Schlafstörungen (Jaeggi & Reimer, 2008).

Gruppenunterschiede

Wissenschaftliche Arbeiten zu SPP und BS berichten, dass die Dauer der Berufstätigkeit einen wichtigen Faktor darstellt, der die Entstehung von, die Reaktionen auf sowie den Umgang

mit SPP mitbestimmt (z.B. Orlinsky & Ronnestad, 2005; Skovholt & Ronnestad, 2003). Eine Studie fand heraus, dass die gezielte Auseinandersetzung mit SPP und BS während der Ausbildung, den konstruktiven Umgang mit schwierigen berufsbezogenen Situationen begünstigen kann (Hess et al., 2006). Die theoretische Orientierung von PsychotherapeutInnen ist eine Variable, die im Zusammenhang mit SPP und BS wenig untersucht wurde, jedoch von Interesse für die vorliegende Studie ist. Im Folgenden werden die oben angesprochenen Aspekte anhand empirischer Befunde und wissenschaftlicher Theorien diskutiert, um deren Relevanz für die Zwecke der vorliegenden Arbeit zu begründen.

Berufserfahrung. Im Rahmen der ISDP wurden Zusammenhänge zwischen SPP und BS einerseits und der Dauer der Berufstätigkeit der StudienteilnehmerInnen andererseits gefunden (Orlinsky & Rønnestad, 2005). SPP wurden von TherapeutInnen jeder Karrierephase angegeben und erwiesen sich demnach als ein unvermeidlicher Aspekt der therapeutischen Arbeit. Die statistische Analyse zeigte dennoch, dass alle drei SPP Kategorien mit zunehmender Berufserfahrung seltener vorkamen, wobei der Unterschied zwischen unerfahrenen und erfahrenen TherapeutInnen für KZ am deutlichsten ausgeprägt war (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Die von den Autoren berichteten SPP-Mittelwerte für die Gruppen unterschiedlicher Berufserfahrung sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1

Ergebnisse der ISDP bezüglich der Unterschiede in den SPP Häufigkeiten zwischen BerufsanfängerInnen und erfahrenen TherapeutInnen (Orlinsky & Rønnestad, 2005, S. 277)

		AnfängerInnen					erfahrene TherapeutInnen
Berufserfahrung in Jahren		**< 1.5**	**1.5 bis 3.5**	**3.5 bis 7**	**7 bis 15**	**15 bis 25**	**25 bis 53**
I. Kompetenzzweifel	*M*	2.1	1.9	1.8	1.6	1.6	1.4
II. Frustrierender Treatment Case	*M*	1.6	1.6	1.5	1.4	1.4	1.3
III. Negative Reaktion gegenüber einem*r Klienten*in	*M*	1.1	1.1	1.1	1.0	0.9	0.9

Anmerkung. Die Items der drei SPP Kategorien wurden auf einer sechsstufige Likert-Skala von 0 (*nie*) bis 5 (*sehr oft*) bewertet. Die Mittelwerte basieren auf den Angaben von $N = 4923$ StudienteilnehmerInnen. Ein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe der BerufsanfängerInnen (< 1.5 Jahre Berufserfahrung) und der Gruppe erfahrener TherapeutInnen (25 bis 53 Jahre Berufserfahrung) wurde in allen drei Dimensionen gefunden.

Es wurde bezüglich der ISDP Ergebnisse zu BS berichtet, dass ein *reflektierendes Management* und die *Problemlösung mit dem/r Klienten/in* von erfahrenen PsychotherapeutInnen signifikant häufiger eingesetzt werden. Im Gegensatz dazu verlassen sich BerufsanfängerInnen signifikant häufiger auf *Konsultationsmöglichkeiten*, wenn eine SPP auftaucht. Vermeidende BS werden sowohl von BerufsanfängerInnen als auch von erfahrenen TherapeutInnen sehr selten eingesetzt (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Die genauen BS-Mittelwerte der ISDP für die Gruppen unterschiedlicher Berufserfahrung können Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2

Ergebnisse der ISDP bezüglich der Unterschiede in den BS Häufigkeiten zwischen BerufsanfängerInnen und erfahrenen TherapeutInnen (Orlinsky & Rønnestad, 2005, S. 277)

		AnfängerInnen					erfahrene TherapeutInnen
Berufserfahrung in Jahren		**< 1.5**	**1.5 bis 3.5**	**3.5 bis 7**	**7 bis 15**	**15 bis 25**	**25 bis 53**
I. Reflektierendes Management	*M*	3.0	3.1	3.1	3.2	3.2	3.2
II. Problemlösung mit dem Klienten	*M*	2.9	3.0	3.0	3.1	3.2	3.3
III. Konsultation	*M*	3.1	3.1	2.9	2.8	2.7	2.4
IV. Reframing des therapeutischen Auftrages	*M*	1.8	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7
V. Vermeidung des therapeutischen Engagements	*M*	1.2	1.3	1.2	1.2	1.2	1.2

Anmerkung. Die Items der BS Kategorien wurden auf einer sechsstufige Likert-Skala von 0 (*nie*) bis 5 (*sehr oft*) bewertet. Die Mittelwerte basieren auf den Angaben von $N = 4923$ StudienteilnehmerInnen. Es wurden ausgeprägte Unterschiede zwischen unerfahrenen (< 1.5 Jahre Berufserfahrung) und erfahrenen TherapeutInnen (25 bis 53 Jahre Berufserfahrung) bei den ersten drei Dimensionen gefunden.

In der Literatur wurde weiter berichtet, dass erfahrene TherapeutInnen ihren KZ im Vergleich zu BerufsanfängerInnen effizienter regulieren und fürsorglicher mit sich selbst umgehen können (Thériault & Gazzola, 2008; Thériault et al., 2009). Eine Publikation zu den Herausforderungen der therapeutischen Arbeit berichtet, dass es den BerufsanfängerInnen an Selbstsicherheit in der Therapeutenrolle mangle, was deren Angstgefühle als Reaktion auf eine SPP intensiviere und sich auf die Arbeitsqualität sowie das Wohlbefinden negativ auswirken könnte (Skovholt & Rønnestad, 2003). Mit der Zunahme an professioneller und persönlicher Erfahrung werden Selbstbewusstsein, Verständnis für Menschen sowie für sich selbst, die

Fähigkeit zur Reflexion und sonstige Ressourcen, die unter anderem eine ausgeglichene bzw. konstruktive Auseinandersetzung mit schwierigen berufsbezogenen Situationen und negativen Gefühlen begünstigen, erworben (Skovholt & Rønnestad, 2003; Skovholt & Trotter-Mathison 2016). Außerdem kann die Balance zwischen empathischem Attachment zu den KlientInnen und Selbstfürsorge mit zunehmender Berufserfahrung effizienter reguliert werden (Skovholt & Rønnestad, 2003).

Qualitative Studien analysierten selbstberichtete Angaben von Trainees nach deren ersten supervidierten therapeutischen Sitzungen mit KlientInnen (Hill et al., 2007; Robinson et al., 2019). Die StudienteilnehmerInnen gaben an, dass sie im Laufe der Zeit an Selbstbewusstsein in der therapeutischen Rolle und an Fähigkeiten zum besseren Beziehungsaufbau zu KlientInnen hinzugewinnen konnten (Hill et al., 2007). Darüber hinaus konnten sie sich des dysfunktionalen Bedürfnisses nach Perfektion und Kontrolle bewusst werden (Hill et al., 2007; Robinson et al., 2019). Diese Erkenntnis zum einen, das Akzeptieren der eigenen Unvollkommenheiten zum anderen und das Wahrnehmen der eigenen Stärken zum dritten konnten durch die Arbeit und das Training erlangt werden und führten zur Normalisierung der zu hoch angesetzten Ansprüchen an sich selbst (Hill et al., 2007; Robinson et al., 2019). Einige Trainees haben diese Gewinne als erleichternd und befreiend empfunden und gaben an, dass sie sich dadurch besser auf den Therapieprozess und die KlientInnen statt auf sich selbst fokussieren konnten (Robinson et al., 2019).

Ausbildung. PsychotherapeutInnen berichteten in verschiedenen Studien, dass speziell vorbereitende Ausbildungseinheiten zu SPP und BS wertvolles Wissen liefern, welches auf die berufsbezogenen Schwierigkeiten vorbereitet und einen effizienten Umgang mit ihnen begünstigt (Honda, 2014; Thériault & Gazzola, 2005, 2008). In einer experimentellen Studie wurde die Auswirkung von Schulungen auf den Umgang mit herausforderndem Klientenverhalten erforscht (Hess et al., 2006). Dabei wurden die Reaktionen von 62 StudentInnen auf Videos von zornigen KlientInnen vor und nach der Schulung erfasst und verglichen. Die AutorInnen fanden, dass die Reaktion der StudienteilnehmerInnen auf die zornigen KlientInnen nach der Schulung angemessener war als die Reaktion darauf vor der Schulung. Weiter berichteten Hess und KollegInnen (2006), dass die StudienteilnehmerInnen die Schulung als sehr nützlich und als eine gute Vorbereitung für ähnliche Situationen in der Zukunft bewerteten. Eine diskutierte Implikation

lautet, dass Videos mit provokanten Inhalten zukünftige TherapeutInnen für die Konfrontation mit herausfordernden KlientInnen vorbereiten können. Schulungen bezüglich SPP mithilfe von Learning-Tools unter Supervision können Reflexionsprozesse bei Trainees fördern und die Verarbeitung von stressigen Situationen begünstigen (Hess et al., 2006).

In einer Studie zu KZ wurde eine Tendenz bei BerufsanfängerInnen festgestellt (Thériault et al., 2009). Demnach erleben unerfahrene PsychotherapeutInnen ihren störenden KZ öfters als Tabuthema und scheuen sich offen darüber zu reden. Dennoch äußerten in der Studie BerufsanfängerInnen den Wunsch, dass SupervisorInnen das Thema ansprechen und sie über diesen Aspekt der therapeutischen Arbeit aufklären würden (Thériault et al., 2009). Es wurde ferner die präventive Rolle der Ausbildung diskutiert. Ausbildungsinhalte zu SPP können Kompetenzzweifel bei BerufsanfängerInnen normalisieren und somit Isolation und Leiden vorbeugen (Thériault & Gazzola 2005; Thériault et al., 2009).

Theoretische Orientierung. Die Auswahl von PsychotherapeutInnen bezüglich deren theoretischer Orientierung kann von externen Faktoren wie Verfügbarkeit und Aufforderungen seitens der Institute oder die theoretische Orientierung der ersten MentorInnen mitbestimmt werden (Guy, 1987, zitiert nach Heinonen & Orlinsky, 2013, S. 718). Unabhängig davon berichten verschiedene Studien, dass die Präferenz von PsychotherapeutInnen für eine konkrete theoretische Orientierung deren persönliche Charakteristika, ihre fundamentalen Ansichten zur menschlichen Natur, philosophische Überzeugungen und ihre Konzeption psychischer Gesundheit widerspiegeln (Buckman & Barker, 2010; Heinonen & Orlinsky, 2013; Ogunfowora & Drapeau, 2008; Poznanski & McLennan 2003).

Nur wenige Studien haben die theoretische Orientierung von PsychotherapeutInnen im direkten Zusammenhang mit deren berufsbezogenen Schwierigkeiten untersucht. Eine Analyse der Selbstberichte zu SPP von 2376 TeilnehmerInnen an der ISDP zeigte keine Gruppenunterschiede in den SPP-Häufigkeiten, wenn die Stichprobe nach theoretischen Orientierungen aufgeteilt wurde (Schröder, 1997). Die Ergebnisse aus zwei anderen Studien weisen jedoch darauf hin, dass die theoretische Orientierung einige Unterschiede zwischen PsychotherapeutInnen bezüglich deren SPP erklären könnte (Nissen-Lie et al., 2017; Odyniec et al., 2017). Sie untersuchten den Zusammenhang zwischen KZ und NRK einerseits und der Verbesserung der interpersonellen Probleme der KlientInnen andererseits und kamen zu widersprüchlichen Ergebnissen (Nissen-Lie

et al., 2017; Odyniec et al., 2017). Nissen-Lie und KollegInnen (2017) berichteten, dass die Kombination zwischen KZ und einem guten Maß an Wertschätzung gegenüber der eigenen Person seitens der TherapeutInnen mit einer Verbesserung der zwischenmenschlichen Probleme der KlientInnen assoziiert wird. Im Gegensatz dazu fanden Odyniec und KollegInnen (2017) heraus, dass KZ mit einer negativen und NRK hingegen mit einer positiven Veränderung hinsichtlich der interpersonellen Probleme der KlientInnen zusammenhängen. Die AutorInnen erklärten den Widerspruch mit den Unterschieden beider Stichproben bezüglich der Berufserfahrung (Berufsanfänger in der einen Studie gegenüber erfahrenen PsychotherapeutInnen in der anderen) und der theoretischen Orientierung (kognitive Verhaltenstherapie gegenüber Psychoanalyse) (Odyniec et al., 2017).

Zusammenfassung und Überleitung zum empirischen Teil

Die bis hierhin beschriebenen Forschungsergebnisse und Theorien geben einen Einblick in die Komplexität und Mehrdimensionalität eines bedeutenden Aspektes der therapeutischen Arbeit – die Schwierigkeiten im psychotherapeutischen Prozess (SPP). Diese berufsbezogenen Herausforderungen, die alle PsychotherapeutInnen mehr oder weniger aus der eigenen Praxis kennen, können störende Hindernisse darstellen, die den Therapieprozess verhindern oder aber wertvolle Informationsquellen sein, die die Motivation und das professionelle Wachstum fördern (Davis et al., 1987a; Michels, 1977). SPP können unterschiedliche Quellen haben – der/die TherapeutIn, der/die KlientIn oder die Situation (Schröder et al., 2015). Berufsbezogene Schwierigkeiten gehören zu jeder Karrierephase, wobei deren Häufigkeit und Auswirkung von der Berufserfahrung der TherapeutInnen abhängen (Davis et al., 1987a; Orlinsky & Rønnestad, 2005; Schröder & Davis, 2004; Thériault & Gazzola 2005, 2008). Die entscheidende Rolle der von den TherapeutInnen vorgenommenen Bewältigungsstrategie (BS) in einer schwierigen therapeutischen Situation wurde mehrmals in der Literatur betont (Buchholz, 2017; Davis et al., 1987a, 1987b; Orlinsky & Rønnestad, 2005; Plutchick t al., 1994; Sachse, 2004; Schröder & Davis, 2004). Ein ungünstiger Umgang mit der SPP kann einen negativen Effekt auf den therapeutischen Prozess sowie auf die Beteiligten haben; Im Gegensatz dazu kann eine angemessene Vorgehensweise die therapeutische Beziehung und das Wachstum der TherapeutInnen fördern (Davis et al. 1987a, 1987b; Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Ob eine BS adäquat oder ungeeignet ist, kann in einigen Fällen nur in Hinblick auf die konkrete SPP bzw. den konkreten Kontext beurteilt werden (Henkel et al., 2019). Es wurden jedoch Skalen gebildet, die einen mehr oder weniger verallgemeinerten Blick auf BS und SPP vorschlagen und die quantitative Forschung beider Konstrukte außerhalb eines konkreten Kontextes ermöglichen (Odyniec et al., 2016). Diese Skalen wurden auf der Grundlage von den Taxonomien zu allgemeinen SPP und BS von Davis und KollegInnen (1987a & 1987b) entwickelt und bilden den Fragebogen zu Schwierigkeiten und Bewältigungsstrategien (FSB). Der Fragebogen wurde für die Ziele mehrerer Untersuchungen genutzt darunter ISDP – die internationale Studie zur beruflichen Entwicklung von TherapeutInnen. Neben den drei Schwierigkeitsgruppen (Kompetenzzweifel, negative Reaktion gegenüber einem/r Klienten/in und frustrierender Treatment-Case) identifiziert die ISDP sechs Gruppen von Bewältigungsstrategien (Reflektierendes Management, Konsultation, Problemlösung mit dem/r Klienten/in, Reframing des therapeutischen Auftrages, Alternative Befriedigungssuche als Kompensation und Vermeidung des therapeutischen Engagements), die dabei zum Einsatz kommen (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Ein Hauptbefund der ISDP betrifft die Häufigkeit von SPP und BS. Laut der Ergebnisse kommt NRK in der Praxis am seltensten vor. Dem gegenüber taucht die Gruppe des KZ im Durchschnitt am häufigsten auf, wobei ihre Häufigkeit mit zunehmender Berufserfahrung abnimmt (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Hinsichtlich BS fand die ISDP, dass erfahrene TherapeutInnen in schwierigen Situationen öfters Reflektierendes Management und Problemlösung mit dem/der Klienten/in einsetzen. BerufsanfängerInnen lassen sich hingegen häufiger konsultieren und beraten. Vermeidende BS werden sowohl von erfahrenen als auch von unerfahrenen TherapeutInnen sehr selten verwendet (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Nach mehreren Analysen wurden zwei wertgeladene Pole identifiziert – konstruktive und vermeidende BS (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Der konstruktive Umgang wird durch aktive und annäherungsorientierte BS (Reflexion und Perspektivenwechsel, Besprechungen mit KollegInnen und SupervisorInnen oder die Problemlösung zusammen mit den KlientInnen) charakterisiert. Im Gegensatz dazu werden vermeidungsorientierte BS (Abwendung von der/dem Klientin/en, Ignoranz der SPP) für nachteilig befunden (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Die Basis der berichteten Ergebnisse aus der ISDP sind die Selbstberichte von 4923 TherapeutInnen. Eine Stärke der Studie ist somit die große Stichprobe, die aus TherapeutInnen verschiedenster Länder, theoretischer Orientierungen bzw. Karrierephasen besteht. Mithilfe des FSB sammelte die ISDP Informationen zu allgemeinen SPP und BS, die vielen TherapeutInnen verschiedener Gruppen bekannt sind. Es geht damit um keine isolierten Einzelfälle. Diese zwei Eigenschaften der ISDP (große Stichprobe und verallgemeinerte Perspektive bzgl. SPP und BS) sichern eine bessere Generalisierbarkeit der Befunde im Vergleich zu kleinen qualitativen Studien. Eine Einschränkung daraus, dass die SPP und BS außerhalb eines konkreten Kontextes betrachtet werden, ist jedoch, dass wichtige Nuancen der Wahrnehmung und des Erlebens einer SPP nicht registriert werden können. Der FSB liefert somit ausschließlich Angaben zur Häufigkeit von SPP und BS, geht jedoch bezüglich der Tiefe der Erfahrung nicht ins Detail (Honda, 2014).

Der Überblick über die Literatur zeigt, dass es bisher nur wenige Studien gibt, die die unmittelbaren Emotionen, Gedanken und somatischen Reaktionen von TherapeutInnen auf SPP untersuchen. Die Serie von Interviewstudien von Thériault und KollegInnen fokussierte explizit die, laut Orlinsky und Rønnestad (2005), am häufigsten vorkommende Schwierigkeitsdimension des Kompetenzzweifels von TherapeutInnen. Sie untersuchte deren Charakter ausführlich (2005), außerdem wie erfahrene TherapeutInnen (2005, 2008) sowie BerufsanfängerInnen (2009, 2010) damit zurechtkommen. Wichtige Befunde sind, dass KZ kein dichotomes Konstrukt ist, sondern sich auf einem Intensitätskontinuum befinden. Weiter wurde berichtet, dass KZ zu jeder Karrierephase gehört und zu kognitiver und emotionaler Überinvestition oder somatischer Stresssymptomatik führen kann. Die AutorInnen betonten, dass erfahrene TherapeutInnen über mehr Ressourcen verfügen, damit effektiver und konstruktiver umzugehen. Eine Stärke der empirischen Beschäftigungen von Thériault und KollegInnen ist, dass die WissenschaftlerInnen das Thema in einer Serie von Studien erforschten und dadurch ihre Befunde anhand unterschiedlicher Stichproben überprüfen konnten. KZ wurde aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet, sodass eine Gegenüberstellung von unerfahrenen und erfahrenen TherapeutInnen möglich ist. Das Interviewverfahren ermöglicht das Erfassen von mehreren Details zum untersuchten Thema. Eine Einschränkung des Interviewverfahrens ist, dass die Anonymität fehlt, was zu Bias bzw. voreingenommenen Angaben führen kann. Eine weitere Limitation qualitativer Studien ist, dass die Stichproben aufgrund des hohen Aufwandes im Vergleich zu

Fragebogenverfahren meistens sehr klein sind. Das betrifft die Studienserie von Thériault und KollegInnen.

Das subjektive Erleben von TherapeutInnen auf SPP wurde von Honda (2014) qualitativ untersucht. In Interviews mit zehn erfahrenen TherapeutInnen konnten Angst-, Mangel-, Ärger-, Verwirrungsgefühle und somatische Angstsymptome als häufig vorkommende negative Reaktionen auf SPP beobachtet werden. Die kleine Stichprobe von zehn TeilnehmerInnen ist eine Einschränkung der Studie, die keine Generalisierbarkeit der Ergebnisse zulässt. Dadurch, dass alle TeilnehmerInnen erfahrene TherapeutInnen sind, ist eine ausführliche Analyse möglicher Unterschiede zu BerufsanfängerInnen nicht im Rahmen der Studie. Darüber hinaus beziehen sich die analysierten Reaktionen überwiegend auf SPP, deren Quelle die KlientInnen sind. Eine ausgewogene Analyse der Reaktionen auf SPP aller Quellen (extern und intern) ist somit nicht gewährleistet. Eine Stärke der Studie ist ihr phänomenologischer Charakter, der sich nicht ausschließlich auf Häufigkeiten von SPP konzentriert, sondern eine Untersuchung des darunterliegenden subjektiven Erlebens ermöglicht (Honda, 2014).

Angst, Ärger und Schuld sind emotionale Reaktionen auf SPP verschiedener Art, die häufiger in der Literatur genannt werden (Honda, 2014; Jaeggi & Reimer, 2008; Plutchik et al., 1994; Sachse, 2004; Smith et al., 2007b; Thériault & Gazzola, 2008, 2010; Thériault et al., 2009; Weig, 2009). Außerdem werden Scham, Verwirrung, Schock, Mitgefühl, Hilfslosigkeit, Machtlosigkeit, Langeweile und Befangenheit als mögliche emotionale Reaktionen angeführt (Honda, 2014; Smith et al., 2007b; Thériault & Gazzola, 2008, 2010). In verschiedenen Arbeiten wurde berichtet, dass PsychotherapeutInnen mit somatischen Symptomen auf SPP reagieren können z.B. Adrenalinstoß, Atemlosigkeit, Herzrasen, Schwitzen, Müdigkeit, Schlafstörungen und andere (Honda, 2014; Jaeggi & Reimer, 2008; Smith et al., 2007b; Thériault et al., 2009). Als kognitive Reaktion auf SPP wurde z.B. die Rumination in und nach der Sitzung identifiziert (Honda, 2014; Jaeggi & Reimer, 2008; Smith et al., 2007b; Thériault et al., 2009, 2010). Verschiedene unmittelbare emotionale, kognitive und somatische Reaktionen von TherapeutInnen wurden somit in der bestehenden Literatur zu SPP untersucht und diskutiert. Es existiert jedoch meiner Recherche nach keine Studie, die diese Reaktionen von TherapeutInnen gleichzeitig auf alle drei Schwierigkeitsdimensionen (KZ, NRK und FTC) erforscht und einen umfassenden Überblick diesbezüglich gibt.

Die Intensität der Reaktionen wird mit der Berufserfahrung assoziiert insofern, dass weniger Erfahrung mit intensiveren negativen Reaktionen in Zusammenhang gebracht wurde, was auf eine effektivere Emotionsregulation von erfahrenen PsychotherapeutInnen hindeutet (Thériault & Gazzola 2005, 2008). Der Effekt der Berufserfahrung diesbezüglich sollte weiter untersucht werden. Ob es einen Zusammenhang zwischen der Intensität der emotionalen, kognitiven und somatischen Reaktionen von TherapeutInnen auf eine SPP einerseits und den Einsatz von konstruktiven bzw. vermeidenden BS andererseits gibt, ist eine weitere interessante Fragestellung, die bisher kaum untersucht wurde. Es ist zu erwarten, dass SPP überwiegend negative Emotionen hervorrufen. Die Annahme, dass einige SPP wertvolle Informationsquellen darstellen und als Gelegenheit zum Lernen wahrgenommen werden können (Davis et al., 1987a; Thériault & Gazzola 2005, 2008; Thériault et al., 2009), weist dennoch darauf hin, dass SPP auch positive Reaktionen hervorrufen können. PsychotherapeutInnen berichteten erhöhte Aufmerksamkeit und intensive Reflexion als Reaktionen auf den Zweifel an der eigenen Kompetenz (Thériault et al., 2009). Dieser Aspekt wurde jedoch, meiner Recherche nach, abseits der Studie von Thériault und KollegInnen (2009) nicht weiter untersucht.

Studien zu den Faktoren, welche die Präferenzen für eine konkrete theoretische Orientierung beeinflussen, berichten dass die Wahl der theoretischen Orientierung durch die TherapeutInnen von deren persönlichen Eigenschaften und Überzeugungen mitbestimmt wird (Buckman & Barker, 2010; Heinonen & Orlinsky, 2013; Ogunfowora & Drapeau, 2008; Poznanski & McLennan 2003). In der Literatur wurde darüber hinaus diskutiert, inwiefern sich die Ausbildung und Arbeit in einer konkreten theoretischen Orientierung auf die Identität und die Weltanschauung der TherapeutInnen auswirken können (Guy, 1987, zitiert nach Heinonen & Orlinsky, 2013, S. 718). Es stellt sich hier die Frage, ob sich die Präferenz für eine konkrete theoretische Orientierung auf die Wahrnehmung von SPP widerspiegelt bzw. ob die theoretische Orientierung einige Unterschiede zwischen PsychotherapeutInnen in der Reaktion auf und im Umgang mit SPP erklären könnte.

Untersuchungen über Trainingsmodule zu SPP und BS fanden heraus, dass Ausbildungsinhalte zu berufsbezogenen Schwierigkeiten und deren Bewältigung eine günstige Vorbereitung für zukünftige TherapeutInnen sein können (Hess et al., 2006). WissenschaftlerInnen sehen die Relevanz der empirischen Beschäftigung mit SPP und BS unter

anderem in der Entwicklung von speziellen Ausbildungsinhalten, die Wissen übermitteln und das Verständnis für SPP erhöhen können (z.B. Honda, 2014; Plutchik et al., 1994). Durch die Forschung zu SPP und BS kann wichtiges Wissen zum Thema erworben werden, welches zur Reduktion der damit verbundenen Selbstvorwürfe und anderer schädlicher in-session Gefühle von TherapeutInnen beitragen kann (Honda, 2014). Wissenschaftliche Papers können SupervisorInnen für das Thema sensibilisieren und für Diskussionen mit SupervisandInnen über berufsbezogene Schwierigkeiten motivieren (Honda, 2014). Der Austausch zum Thema mit erfahrenen KollegInnen könnte unrealistische Ansprüche von BerufsanfängerInnen normalisieren und somit Scham- und Angstgefühle reduzieren (Honda, 2014). Diese Prozesse können schließlich die therapeutische Arbeit und somit den therapeutischen Outcome begünstigen (Honda, 2014; Plutchik et al., 1994; Schröder & Davis, 2004). Inwieweit SPP und BS in der psychotherapeutischen Ausbildung abgedeckt werden ist ein nächster Aspekt, der weiter untersucht werden sollte.

Zusammenfassend werden einige Forschungslücken betont, die die vorliegende Studie begründen. Es gibt meiner Recherche nach keine Studie, die die unmittelbaren Emotionen, Gedanken und somatischen Reaktionen von TherapeutInnen gleichzeitig auf alle drei Schwierigkeitskategorien (KZ, NRK und FTC) erforscht. Es fehlen Angaben von großen quantitativen Studien hinsichtlich der Intensität emotionaler, kognitiver und somatischer Reaktionen von TherapeutInnen unterschiedlicher Berufserfahrung. Wie belastend sind SPP für BerufsanfängerInnen? Eine weitere interessante Frage betrifft den Zusammenhang zwischen der Reaktionsintensität und dem Einsatz konstruktiver bzw. vermeidender BS. Es wird in der vorliegenden Studie anhand verschiedener Fragebögen versucht, eventuelle Zusammenhänge zwischen den Häufigkeiten von SPP, der Intensität emotionaler, kognitiver und somatischer Reaktionen sowie dem Einsatz konstruktiver und vermeidender BS zu erfassen. Aufgrund der geringen Forschung zu den Reaktionen von TherapeutInnen wurde noch keine etablierte methodische Vorgehensweise bzw. zuverlässige Erhebungsinstrumente für die Untersuchung spontaner emotionaler, kognitiver und somatischer Reaktionen von TherapeutInnen auf SPP entwickelt. Es wird im Rahmen der vorliegenden Studie versucht, eine methodische Vorgehensweise für die quantitative Untersuchung von Reaktionen auf SPP, zu entwickeln. Neben der Untersuchung von den Häufigkeiten der SPP und BS wird somit versucht, mehr Informationen über die Erfahrung von SPP quantitativ zu sammeln. Durch die Verwendung eines quantitativen

Forschungsdesigns kann eine große Stichprobe und Anonymität erzielt werden. Anhand einer großen Stichprobe von TherapeutInnen unterschiedlicher Berufserfahrung wird zudem die Untersuchung von Mittelwertunterschieden zwischen BerufsanfängerInnen und erfahrenen PsychotherapeutInnen ermöglicht. Dadurch wird versucht, einen neuen Einblick in das Erleben von berufsbezogenen Schwierigkeiten von TherapeutInnen zu erlangen.

Fragestellungen und Hypothesen

Die konkreten Fragestellungen und Hypothesen dieser Arbeit werden im folgenden Abschnitt dargestellt. Die Fragen werden hierbei aus der aktuellen Literatur abgeleitet, um deren wissenschaftliche Relevanz zu begründen. Es gibt Fragen nach statistischen Häufigkeiten als auch Unterschieds- und Zusammenhangsfragen. Zudem sind einige der Fragestellungen explorativ, da es Forschungslücken gibt bzw. entweder keine oder uneindeutige Ergebnisse in der Literatur gefunden werden können.

Fragen nach statistischer Häufigkeit

Einige der Hauptfragen dieser Arbeit basieren auf der Beschreibung der ISDP Ergebnisse im Buch von Orlinsky und Rønnestad (2005). Das Buch gibt einen deskriptiven Überblick über verschiedene SPP und BS und wie häufig diese vorkommen. Die folgenden beiden Fragen und die dazugehörigen Hypothesen wurden aus dem Buch und den dort berichteten Ergebnissen abgeleitet.

Bezüglich SPP berichteten Orlinsky und Rønnestad (2005), dass die Dimension „Kompetenzzweifel“ bzw. das Item *„Ich weiß nicht, wie ich in einem bestimmten Fall am besten vorgehen sollte“* am häufigsten vorkamen. Des Weiteren zeigten die Ergebnisse der ISDP, dass die Dimension „Negative Reaktion gegenüber einem/r Klienten/in“ und die Items *„Ich bin nicht fähig, einem/r Klienten/in Sympathie oder Achtung entgegenzubringen“* und *„Ich denke, dass meine Behandlung einem/r Klienten/in mehr schadet als nutzt“* am seltensten vorkamen (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Fragestellung 1. Welche Schwierigkeiten im therapeutischen Prozess kommen in der untersuchten Stichprobe häufiger und welche seltener vor?

H(1.1): Die Dimension KZ kommt am häufigsten vor.

H(1.2): Die Dimension NRK kommt am seltensten vor.

H(1.3): Das Item *Ich weiß nicht, wie ich in einem bestimmten Fall am besten vorgehen sollte*, kommt am häufigsten vor.

H(1.4): Die Items *Ich bin nicht fähig, einem/r Klienten/in Sympathie oder Achtung entgegenzubringen* und *Ich denke, dass meine Behandlung einem/r Klienten/in mehr schadet als nutzt* kommen am seltensten vor.

Bezüglich BS fand die ISDP, dass die Dimensionen „Reflektierendes Management“ und „Konsultation“ am häufigsten im Umgang mit einer SPP eingesetzt wurden. Die Dimension „Vermeidung des therapeutischen Engagements“ wurde hingegen am seltensten eingesetzt (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Des Weiteren fand die ISDP, dass die beiden Items *„Für sich allein überlegen, wie das Problem entstanden ist“* und *„das Problem mit einem/r Kollegen/in besprechen“* am häufigsten vorkamen. Am seltensten wurden hingegen die Items *„eine/n Klientin/en zu kritisieren, weil er Schwierigkeiten macht“*, *„einem/r Klienten/in die Frustration zu zeigen“*, *„einen Abbruch der Therapie in Betracht zu ziehen“* und *„zu vermeiden das Problem sofort anzugehen“* eingesetzt (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Darüber hinaus berichteten die Autoren, dass sich TherapeutInnen konstruktiver BS viel häufiger als vermeidender BS bedienen (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Fragestellung 2. Welche Bewältigungsstrategien werden häufiger und welche seltener eingesetzt?

H(2.1): Die Items *Für sich allein überlegen, wie das Problem entstanden ist* und *das Problem mit einem/r Kollegen/in besprechen* kommen am häufigsten vor.

H(2.2): Die Items *eine/n Klientin/en zu kritisieren, weil er Schwierigkeiten macht*, *einem/r Klienten/in die Frustration zu zeigen*, *einen Abbruch der Therapie in Betracht zu ziehen* und *zu vermeiden das Problem sofort anzugehen* werden am seltensten eingesetzt.

H(2.3): Die Dimensionen „Reflektierendes Management“ und „Konsultation“ werden am häufigsten eingesetzt.

H(2.4): Die Dimension „Vermeidung des therapeutischen Engagements“ wird am seltensten eingesetzt.

H(2.5): Konstruktive BS werden insgesamt häufiger eingesetzt als vermeidende BS.

Zusammenhänge und Unterschiede

Eine weitere zentrale Forschungsfrage untersucht den Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und der Häufigkeit von SPP. Orlinsky und Rønnestad (2005) unterteilen SPP in KZ, NRK und FTC und berichten, dass mit zunehmender Berufserfahrung alle drei SPP Kategorien seltener vorkommen, wobei der Unterschied zwischen BerufsanfängerInnen und erfahrenen PsychotherapeutInnen für KZ am deutlichsten ausgeprägt ist. Die Dimension KZ entspricht dem von Thériault und Gazzola (2005, 2008) eingeführten Begriff *inadequacy*, der wissensbezogene und technische Einschränkungen der TherapeutInnen widerspiegelt. Es wurde von den AutorInnen berichtet, dass das Gefühl von inadequacy mit zunehmender Berufserfahrung nachlässt (Thériault & Gazzola 2005, 2008). Somit lautet die Frage und die dazugehörigen Hypothesen wie es folgt:

Fragestellung 3. Gibt es Häufigkeitsunterschiede in den erlebten Schwierigkeiten zwischen den Gruppen unterschiedlicher Berufserfahrung?

> H_0: BerufsanfängerInnen und erfahrene PsychotherapeutInnen erleben KZ gleich häufig. Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich KZ zwischen beiden Erfahrungsgruppen.
>
> H_1: BerufsanfängerInnen erleben KZ signifikant häufiger als erfahrene PsychotherapeutInnen.

Berufserfahrung wird auch im Zusammenhang mit Bewältigungsstrategien untersucht. Bewältigungsstrategien fallen in mehrere Kategorien – Reflektierendes Management, Konsultation, Problemlösung mit dem/r Klienten/in, Reframing des therapeutischen Auftrages, Alternative Befriedigungssuche als Kompensation und Vermeidung des therapeutischen Engagements (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Die Autoren berichten dazu über signifikante Unterschiede, abhängig von der Dauer der Berufserfahrung für die ersten drei Kategorien. Reflektierendes Management und Problemlösung mit dem/r Klienten/in werden mit zunehmender Berufserfahrung signifikant häufiger eingesetzt. Im Gegensatz dazu verlassen sich BerufsanfängerInnen signifikant häufiger als erfahrene PsychotherapeutInnen auf Konsultations- und Beratungsmöglichkeiten, wenn eine SPP auftaucht. Die nächste Forschungsfrage und ihre Hypothesen basieren auf diesem Befund.

Fragestellung 4. Gibt es Häufigkeitsunterschiede in den eingesetzten Bewältigungsstrategien zwischen den Gruppen unterschiedlicher Berufserfahrung?

H_0(4.1): BerufsanfängerInnen und erfahrene PsychotherapeutInnen setzen BS der Dimensionen Reflektierendes Management und Problemlösung mit dem/r Klienten/in gleich häufig ein. Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied diesbezüglich zwischen beiden Erfahrungsgruppen.

H_1(4.1): Erfahrene PsychotherapeutInnen setzen BS der Dimensionen Reflektierendes Management und Problemlösung mit dem/r Klienten/in signifikant häufiger ein als BerufsanfängerInnen.

H_0(4.2): BerufsanfängerInnen und erfahrene PsychotherapeutInnen setzen BS der Dimension Konsultation gleich häufig ein. Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied diesbezüglich zwischen beiden Erfahrungsgruppen.

H_1(4.2): Erfahrene PsychotherapeutInnen setzen BS der Dimension Konsultation signifikant seltener ein als BerufsanfängerInnen.

In verschiedenen Studien wurden PsychotherapeutInnen über die Effekte der Ausbildung auf den Umgang mit SPP befragt. PsychotherapeutInnen, die speziell vorbereitende Ausbildungseinheiten zu SPP und BS absolviert haben, berichteten, dass diese Einheiten ihren konstruktiven Umgang mit SPP begünstigen (Hess et al., 2006; Honda, 2014; Thériault & Gazzola, 2005, 2008). Die Studie von Hess und KollegInnen (2006) untersuchte die Effekte von Schulungen auf den Umgang mit herausforderndem Klientenverhalten. Sie zeigte, dass die Handlungsweise der VersuchsteilnehmerInnen bezüglich des Klientenverhaltens nach der Schulung angemessener wurde. Die vorliegende Arbeit untersucht die subjektive Einschätzung der StudienteilnehmerInnen, die Einheiten zu SPP und BS während der Ausbildung gehabt haben. Darüber hinaus wird untersucht, ob es Mittelwertunterschiede in den eingesetzten BS gibt.

Fragestellung 5. Wie wird der Effekt von Ausbildungseinheiten zu SPP und BS von den StudienteilnehmerInnen, die solche Einheiten absolviert haben, auf den Umgang mit SPP beurteilt?

H_0: Wenn Ausbildungseinheiten zu SPP und BS in der Ausbildung angeboten wurden, wird von keinem Effekt auf den Umgang mit SPP berichtet.

H_1: Wenn Ausbildungseinheiten zu SPP und BS in der Ausbildung angeboten wurden, wird von einem positiven Effekt auf den Umgang mit SPP berichtet.

Fragestellung 6. Gibt es Häufigkeitsunterschiede in den eingesetzten Bewältigungsstrategien abhängig davon, ob das Thema in der Ausbildung abgedeckt wurde?

H_0: Die Gruppe der StudienteilnehmerInnen, die Ausbildungseinheiten zu SPP und BS in der Ausbildung absolviert haben und die andere Gruppe zeigen gleiche Werte in Bezug auf die Dimension Vermeidung des therapeutischen Engagements. Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied diesbezüglich zwischen beiden Gruppen.

H_1: Die Gruppe der StudienteilnehmerInnen, die Ausbildungseinheiten zu SPP und BS in der Ausbildung absolviert haben, zeigen im Vergleich zu der anderen Gruppe signifikant niedrigere Werte in Bezug auf die Dimension Vermeidung des therapeutischen Engagements.

Es wurden in der Literatur weitere Effekte der Auseinandersetzung mit SPP und BS während der Ausbildung diskutiert. Demnach können Reflexionsprozesse gefördert werden und die innere Bearbeitung von belastenden Situationen begünstigt werden (Hess et al., 2006). Darüber hinaus könnte die bewusste Beschäftigung mit diesen Themen störende Gefühle von BerufsanfängerInnen relativieren und normalisieren (Thériault & Gazzola 2005; Thériault et al., 2009). Die Reduktion von Scham- und Angstgefühlen bei BerufsanfängerInnen während der Therapiesitzung wurde als möglicher Nutzen solcher Ausbildungseinheiten diskutiert (Honda, 2014). Die folgende Forschungsfrage und die dazugehörigen Hypothesen wurden aus den angesprochenen Arbeiten abgeleitet.

Fragestellung 7. Gibt es einen Unterschied in den Mittelwerten der Reaktionskategorien abhängig davon, ob Schwierigkeiten und ihre Bewältigung in der Ausbildung abgedeckt wurden?

H_0(7.1): Die Gruppe der StudienteilnehmerInnen, die Ausbildungseinheiten zu SPP und BS in der Ausbildung absolviert haben und die andere Gruppe weisen gleich hohe Werte

beim Item zur kognitiven Reaktion *„Situation als normal wahrnehmen“* auf. Es zeigt sich diesbezüglich kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen.

H_1(7.1): Die Gruppe der StudienteilnehmerInnen, die Ausbildungseinheiten zu SPP und BS in der Ausbildung absolviert haben, weisen signifikant höhere Mittelwerte beim Item zur kognitiven Reaktion *„Situation als normal wahrnehmen“* im Vergleich zur anderen Gruppe auf.

H_0(7.2): Die Gruppe der StudienteilnehmerInnen, die Ausbildungseinheiten zu SPP und BS in der Ausbildung absolviert haben und die andere Gruppe weisen gleich hohe Werte in der Skala zur „somatischen Reaktion“ auf. Es zeigt sich diesbezüglich kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen.

H_1(7.2): Die Gruppe der StudienteilnehmerInnen, die Ausbildungseinheiten zu SPP und BS in der Ausbildung absolviert haben, weisen signifikant niedrigere Mittelwerte in der Skala zur „somatischen Reaktion“ im Vergleich zur anderen Gruppe auf.

H_0(7.3): Die Gruppe der StudienteilnehmerInnen, die Ausbildungseinheiten zu SPP und BS in der Ausbildung absolviert haben und die andere Gruppe weisen gleich hohe Werte auf der Skala zur negativen emotionalen Reaktion auf. Es zeigt sich diesbezüglich kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen.

H_1(7.3): Die Gruppe der StudienteilnehmerInnen, die Ausbildungseinheiten zu SPP und BS in der Ausbildung absolviert haben, weisen signifikant niedrigere Mittelwerte auf der Skala zur negativen emotionalen Reaktion im Vergleich zur anderen Gruppe auf.

Verschiedene Arbeiten diskutieren die Rolle der Berufserfahrung beim Erlangen von Ressourcen, welche den PsychotherapeutInnen bei einem effizienten Selbstmonitoring und ihrer Emotionsregulation helfen. Es wurde berichtet, dass BerufsanfängerInnen, die mit einer SPP konfrontiert sind, intensivere Angstgefühle als erfahrene TherapeutInnen erleben (Skovholt & Rønnestad, 2003; Skovholt & Trotter-Mathison 2016). Die kürzere Dauer der Berufstätigkeit ist mit übermäßiger emotionaler Investition assoziiert (Skovholt & Rønnestad, 2003). Studien zu selbstberichteten Erfolgen von Trainees nach deren ersten therapeutischen Sitzungen mit KlientInnen ergaben, dass dank dieser ersten Berufserfahrungen die Trainees Selbstbewusstsein aufbauen konnten und deren SPP zu akzeptieren lernten (Hill et al., 2007; Robinson et al., 2019).

Basierend auf diesen wissenschaftlichen Arbeiten können folgende Hypothesen zu den emotionalen, kognitiven und somatischen Reaktionen auf SPP formuliert werden.

Fragestellung 8. Gibt es Unterschiede in den Mittelwerten der erfassten Reaktionskategorien zwischen BerufsanfängerInnen und erfahrenen PsychotherapeutInnen?

H_0(8.1): BerufsanfängerInnen und erfahrene PsychotherapeutInnen weisen auf der Skala zu den negativen emotionalen Reaktionen gleich hohe Werte auf. Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied in den negativen emotionalen Reaktionen zwischen beiden Erfahrungsgruppen.

H_1(8.1): BerufsanfängerInnen weisen auf der Skala zu den negativen emotionalen Reaktionen signifikant höhere Werte auf als erfahrene PsychotherapeutInnen.

H_0(8.2): BerufsanfängerInnen und erfahrene PsychotherapeutInnen weisen gleich hohe Angstwerte auf. Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied in den Angstwerten zwischen beiden Erfahrungsgruppen.

H_1(8.2): BerufsanfängerInnen weisen signifikant höhere Angstwerte auf als erfahrene PsychotherapeutInnen.

H_0(8.3): BerufsanfängerInnen und erfahrene PsychotherapeutInnen weisen gleich hohe Akzeptanzwerte auf. Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied in den Akzeptanzwerten zwischen beiden Erfahrungsgruppen.

H_1(8.3):BerufsanfängerInnen weisen signifikant niedrigere Akzeptanzwerte auf als erfahrene PsychotherapeutInnen.

H_0(8.4): BerufsanfängerInnen und erfahrene PsychotherapeutInnen weisen auf der Skala zu den somatischen Reaktionen gleich hohe Werte auf. Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied in den somatischen Reaktionen zwischen beiden Erfahrungsgruppen.

H_1(8.4): BerufsanfängerInnen weisen auf der Skala zu den somatischen Reaktionen signifikant höhere Werte auf als erfahrene PsychotherapeutInnen.

Explorative Fragen

Die Fragen zur Intensität der emotionalen, kognitiven und somatischen Reaktionen auf SPP sowie zu den Unterschieden in den Reaktionsmittelwerten für die verschiedenen Gruppen (nach theoretischer Orientierung und Geschlecht der TeilnehmerInnen) werden hier explorativ untersucht. Es gibt, meiner Recherche nach, kaum quantitative Studien, die diesbezüglich eindeutige Ergebnisse erwarten lassen. Es existieren außerdem keine Studien zu den Zusammenhängen zwischen emotionalen, kognitiven und somatischen Reaktionen einerseits und den Schwierigkeits- (KZ, NRK und FTC) und Bewältigungsstrategiedimensionen (Reflektierendes Management, Beratung, Problemlösung mit dem/r Klienten/in, Reframing des therapeutischen Auftrages, Alternative Befriedigungssuche als Kompensation und Vermeidung des therapeutischen Engagements) andererseits. Es konnten somit keine konkreten Hypothesen zu den folgenden Fragestellungen formuliert werden.

Fragestellung 9. Wie stark ausgeprägt sind die Reaktionen (einzelne Reaktionen und Reaktionsdimensionen – positiv vs. negativ emotional, somatisch, kognitiv) auf die SPP?

Fragestellung 10. Gibt es Unterschiede in den Mittelwerten der Reaktionsdimensionen zwischen den Gruppen unterschiedlicher theoretischer Orientierungen?

Fragestellung 11. Gibt es Unterschiede in den Mittelwerten der Reaktionsdimensionen zwischen den Geschlechtern?

Fragestellung 12. Gibt es Zusammenhänge zwischen den Schwierigkeitskategorien und den erhobenen Reaktionsdimensionen?

Fragestellung 13. Gibt es Zusammenhänge zwischen den Reaktionsdimensionen und den Bewältigungsstrategien: reflektierendes Management, Konsultation, Problemlösen mit KlientInnen und Vermeidung des therapeutischen Engagements?

Für die letzte Fragengruppe konnten in der Literatur entweder keine oder nur gemischte und uneindeutige Ergebnisse gefunden werden. Aus diesem Grund werden diese hier ebenfalls explorativ untersucht.

Fragestellung 14. Gibt es Häufigkeitsunterschiede in den erlebten Schwierigkeiten zwischen den Gruppen unterschiedlicher theoretischer Orientierungen?

Fragestellung 15. Gibt es Häufigkeitsunterschiede in den erlebten Schwierigkeiten abhängig davon, ob der Umgang mit Schwierigkeiten in der Ausbildung behandelt wurde?

Fragestellung 16. Gibt es Häufigkeitsunterschiede in den erlebten Schwierigkeiten zwischen den Geschlechtern?

Fragestellung 17. Gibt es Häufigkeitsunterschiede in den eingesetzten Bewältigungsstrategien zwischen den Gruppen unterschiedlicher theoretischer Orientierungen?

Fragestellung 18. Gibt es Häufigkeitsunterschiede in den eingesetzten Bewältigungsstrategien zwischen den Geschlechtern?

Methode

Untersuchungsdesign und -durchführung

Die im vorhergehenden Abschnitt vorgestellten Fragestellungen wurden anhand einer einmaligen Online Befragung erforscht, mit deren Hilfe selbstberichtete Angaben von PsychotherapeutInnen über vergangene praxisbezogene Ereignisse gesammelt werden konnten. Die vorliegende Untersuchung stellt somit eine quantitative retrospektive Befragungsstudie dar. Um eventuelle Befragungsschwächen im Vorfeld aufzudecken und den ausgearbeiteten Auswertungsplan überprüfen zu können, wurde ein Probedurchlauf vorgenommen, der vom 13.02.2020 bis 02.03.2020 also ca. drei Wochen dauerte. Am Probedurchlauf nahmen drei Personen teil. Zwei davon sind noch in Ausbildung und haben weniger als 1.5 Jahre Berufserfahrung, eine Person hat eine abgeschlossene psychotherapeutische Ausbildung und 1.5 bis 3.5 Jahre Berufserfahrung. Die TeilnehmerInnen hatten eine tiefenpsychologisch-psychodynamische oder eine verhaltenstherapeutische Orientierung. Auf Basis der Meinungen, Kritik und Verbesserungsvorschlägen der TeilnehmerInnen konnten einige Befragungsschwächen ausgebessert werden. Nach einer finalen Überprüfung durch eine studienneutrale Person wurde die Befragung letztmalig korrigiert und am 14.03.2020 gestartet. Die Befragung war bis zum 17.05.2020 aktiv und mittels eines Links für TeilnehmerInnen zugänglich. Zur Erstellung der Befragung wurde die Onlineplattform www.umfrageonline.com verwendet.

Die Befragung stellt eine Kombination aus verschiedenen Fragebögen dar, die zur Operationalisierung der studienrelevanten Konstrukte wurde und im nächsten Abschnitt ausführlich beschrieben wird. Zu den interessierten abhängigen Variablen zählen SPP, BS sowie emotionale, somatische und kognitive Reaktionen von PsychotherapeutInnen auf schwierige berufsbezogene Situationen. Die unabhängigen Variablen sind Berufserfahrung, theoretische Orientierung und Geschlecht der TeilnehmerInnen. Die StudienteilnehmerInnen wurden zudem danach gefragt, ob SPP und BS ein separates inhaltliches Modul während der psychotherapeutischen Ausbildung darstellten. Somit gehört die Ausbildung ebenfalls zu den unabhängigen Variablen der Studie.

Messinstrumente

Die Befragung wurde mittels der Plattform www.umfrageonline.com durchgeführt, die einen Link zur Studie generiert. Wenn man auf den Link klickt, wurde einem als Erstes eine kurze Beschreibung des Studiengegenstandes und der Studienziele vorgestellt. Im Anschluss wurde eine Einverständniserklärung vorgegeben. Alle Interessierten mussten ihre Einwilligung zur Teilnahme bestätigen, damit sie zu der Befragung weitergeleitet wurden. Im Folgenden werden die einzelnen Verfahren der Befragung dargestellt.

Fragebogen zu Schwierigkeiten und Bewältigungsstrategien. Der FSB wurde auf der Grundlage der beiden Taxonomien zu SPP und BS von Davis und KollegInnen (1987a, 1987b) entwickelt. Der Fragebogen, ursprünglich auf Englisch entwickelt, wurde von Willutzki und Ambühl (o.J., zitiert nach Schröder, 1997, S. 237-239) ins Deutsche übersetzt. Der FSB besteht aus 20 Items zu SPP und 26 Items zu BS. Beide Blöcke fragen nach der Häufigkeit verschiedener Ereignisse, wie zum Beispiel *„Ich habe wenig Vertrauen darauf, dass ich einen günstigen Einfluss auf eine/n Klientin/en habe.“* Ein Beispielitem zu BS lautet *„Wenn Sie Schwierigkeiten haben, wie oft besprechen Sie das Problem mit einem/r Kollegen/in?“* Eine sechsstufige Likert-Skala von null (*nie*) bis fünf (*sehr oft*) steht für die Beantwortung zur Verfügung.

Die 20 Items zu den SPP fallen in drei Hauptkategorien von berufsbezogenen Schwierigkeiten, welche im Theorienteil dieser Arbeit ausführlich beschrieben wurden. Diese sind Kompetenzzweifel (KZ), Negative Reaktion gegenüber einem/r Klienten/in (NRK) und Frustrierender Treatment Case (FTC), die als drei separate Skalen behandelt werden (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Der Fragebogenteil zu den BS beinhaltet 26 Items, die sechs Skalen zugeordnet

werden – Reflektierendes Selbst- und Situationsmanagement, Beratung und Weiterbildung, Problemlösung mit dem/r Klienten/in, Reframing des therapeutischen Auftrages, Alternative Befriedigungssuche als Kompensation und Vermeidung des therapeutischen Engagements (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Alle sechs Skalen wurden im Theorieteil dieser Arbeit beschrieben. Aufgrund positiver Interkorrelationen zwischen den Items der ersten drei Skalen wurde eine Skala zu konstruktivem Coping als Gegenpol zur Skala zur Vermeidung des therapeutischen Engagements gebildet (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Die von den Autoren angegebenen Cronbachs α Werte für die interne Konsistenz der einzelnen SPP und BS Skalen sowie die Reliabilitätswerte für die einzelnen Skalen des FSB im Rahmen der vorliegenden Studie sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3

Reliabilitäten aller FSB Skalen

SCHWIERIGKEITEN	**Originales Cronbachs α***	**Cronbachs α****	**Itemanzahl**
Kompetenzzweifel	.77	.69	7
Frustrierender Treatment Case	.67	.67	6
Negative Reaktion gegenüber einem*r Klienten*in	.74	.70	7
BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN	**Originales Cronbachs α***	**Cronbachs α****	**Itemanzahl**
Reflektierendes Selbst- und Situationsmanagement	.59	.58	5
Konsultation und Weiterbildung	.71	.77	5
Problemlösung mit dem*r Klienten*in	.60	.57	3
Reframing des therapeutischen Auftrages	.69	.59	5
Befriedigungssuche als Kompensation	.46	.33	2
Vermeidung des therapeutischen Engagements	.64	.63	6
Konstruktives Coping	.67	.63	6

Anmerkung. * Cronbachs α Werte der originalen Skalen aus der ISDP (Orlinsky & Rønnestad, 2005, S. 229-231). ** Cronbachs α Werte der Skalen der vorliegenden Studie.

Grundsätzlich gelten Alpha Werte ab .70 als akzeptabel (George & Mallery, 2003, zitiert nach Gopang et al., 2017, S. 128). Einige WissenschaftlerInnen aus dem klinischen Bereich betrachten auch Alpha Werte ab .60 als noch akzeptabel (Moss et al., 1998). Konsistenzwerte hängen von der Anzahl der Skalenitems ab, indem eine geringere Itemzahl zu niedrigeren Alpha's und unstabilen Skalen führen kann (Cortina, 1993; Moss et al., 1998; Tavakol & Dennick, 2011).

Es ist daher für kürzere Skalen üblich niedrigere α Werte zu finden; Alpha's ab .50 werden daher von einigen AutorInnen als ein Indikator mäßiger Reliabilität und somit als noch akzeptabel betrachtet (Hinton et al., 2004). Die von Orlinsky und Rønnestad (2005) angegebenen Reliabilitätswerte für die SPP und BS Skalen bewegen sich dementsprechend, bis auf eine (Befriedigungssuche als Kompensation), im noch akzeptablen Bereich. Die Cronbachs α Werte für die SPP und BS Skalen der vorliegenden Studie sind ähnlich den Cronbachs α Werten der originalen Skalen der ISDP und können somit so übernommen werden.

Im Anschluss an die 20 SPP Items des FSB wurden vier zusätzliche Items, die aus den Selbstberichten der TeilnehmerInnen am Probedurchlauf abgeleitet wurden, hinzugefügt. Diese vier Items („*Ich habe den Verdacht, dass ich meine Schweigepflicht verletzt habe.*", „*Ein/e Klient/in ruft mich außerhalb meiner Arbeitszeit an.*", „*Ein/e Klient/in bringt mir Geschenke.*" und „*Ich habe die Grenzen einer/s Klientin/en überschritten.*") ergänzen die SPP Skala des FSB und konnten daher mithilfe derselben Likert-Skala beantwortet werden. Des Weiteren wurden neben den Frageblöcken zu SPP bzw. BS offene Schreibfelder integriert, welche den TeilnehmerInnen als Möglichkeit angeboten wurde, weitere Beispiele aus der eigenen Praxis im freien Text anzuführen.

Positive and Negative Affect Schedule. Der Fragebogen zur Erfassung des affektiven Zustandes *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) wurde ursprünglich auf Englisch verfasst und 1988 veröffentlicht (Watson, Clark & Tellegen, 1988). Für die Ziele der vorliegenden Studie wurde die deutsche Adaptation des Instruments von Breyer und Bluemke (2016) verwendet. Anhand zweier separater Skalen zu negativen bzw. positiven emotionalen Zuständen mit jeweils zehn Items pro Skala können sowohl zeitlich begrenzte Empfindungen als auch andauernde Affekte gemessen werden (Breyer & Bluemke, 2016). Alle 20 Items des PANAS sind in Form von Adjektiven repräsentiert, die entweder positive oder negative Empfindungen bzw. Emotionen darstellen. Eine fünfstufige Likert-Skala erfasst deren Intensität von eins (*gar nicht*) bis fünf (*äußerst*). Die zehn Items, die die positive Skala bilden sind *aktiv, interessiert, freudig erregt, stark, angeregt, stolz, begeistert, wach, entschlossen* und *aufmerksam*. Die 10 Items der negativen Skala sind *bekümmert, verärgert, schuldig, erschrocken, feindselig, gereizt, beschämt, nervös, durcheinander* und *ängstlich*. Die Reliabilität beider Skalen der deutschen Version wurden mittels Raykovs ρ geprüft. Die interne Konsistenz der positiven Skala liegt bei ρ = .93, für die negative

Skala wurde derselbe hohe Wert von ρ = .93 ermittelt (Breyer & Bluemke, 2016). Die Reliabilität beider Skalen für die vorliegende Studie wurde mittels Cronbachs Alpha gemessen. Die positive Skala weist eine interne Konsistenz von α = .83 auf. Der Cronbachs Alpha Wert für die negative Skala liegt bei α = .88. Mit einem Cronbachs Alpha Wert größer als .80 weisen beide Skalen eine hohe interne Konsistenz auf. Die Reliabilitätswerte beider PANAS Skalen der vorliegenden Studie und die originalen Reliabilitätswerte der PANAS Skalen sind in Tabelle 4 dargestellt.

Beide PANAS Skalen wurden separat analysiert. Einzelne PANAS Items wurden zudem, aufgrund ihrer hohen Relevanz hinsichtlich SPP, auch außerhalb der Skalen berücksichtigt. Das sind zum einen alle Items, die Angst bzw. Erschrockenheit bezeichnen – *ängstlich, erschrocken* und *nervös*, zum anderen die Items *schuldig* und *beschämt*. Die genaue Frage, die zu den Items des Fragebogens führt, lautet: „*Wenn Sie Schwierigkeiten im Prozess der psychotherapeutischen Arbeit haben, in welchem Ausmaß fühlen Sie sich bzw. erleben Sie...*“ und wurde von folgenden Anleitung ergänzt: „*Denken Sie dabei an die schwierigen Situationen, die Sie im ersten Teil des Fragebogens angegebenen haben bzw. die Sie in letzter Zeit in Ihrer Praxis antreffen. Falls Sie einen der folgenden Zustände mehrmals und in unterschiedlichem Ausmaß erlebt haben, markieren Sie bitte das Ausmaß, in dem der entsprechende Zustand am häufigsten erlebt wurde.*“

Somatische und kognitive Reaktionen. Neben den emotionalen Reaktionen sind auch die kognitiven und somatischen Reaktionen der PsychotherapeutInnen auf die SPP relevant für die vorliegende Untersuchung. Basierend auf Interviews mit PsychotherapeutInnen wurde in früheren Studien berichtet, dass PsychotherapeutInnen auf schwierige therapeutische Situationen mit somatischen Reaktionen, wie z.B. Adrenalinstoß oder Erröten reagieren können (z.B. Honda, 2014; Smith et al., 2007b; Thériault et al., 2009). Als mögliche kognitive Reaktionen wurden Rumination nach der schwierigen Sitzung und Akzeptanz der SPP berichtet (z.B. Honda, 2014; Smith et al., 2007b; Thériault et al., 2009). Da es kein etabliertes Instrument gibt, das die Erfassung von somatischen und kognitiven Reaktionen von PsychotherapeutInnen in schwierigen therapeutischen Situationen ermöglicht, wurden für die Zwecke der vorliegenden Studie die in den angesprochenen Untersuchungen berichteten Reaktionen als separate Items in den PANAS Fragebogen integriert. Dabei wurden ausschließlich Reaktionen ausgewählt, die häufiger bzw. in mehreren Studien angesprochen wurden. Die Intensitäten von *Atemlosigkeit, Schmetterlinge im Bauch, Trockener Mund, Erröten, Herzrasen, Schwitzen* und *Adrenalinstoß* konnten somit anhand

der oben angesprochenen fünfstufigen Likert-Skala erfasst werden. Diese sieben Items bilden die Skala zur Erfassung der somatischen Reaktionen von PsychotherapeutInnen. Um die interne Konsistenz der Skala zu überprüfen, wurde Cronbachs Alpha berechnet. Mit einem Wert von $\alpha = .77$ gilt die interne Konsistenz der neugebildeten Skala als akzeptabel (Tabelle 4).

Die Items zur Operationalisierung der kognitiven Reaktionen sind *das Bedürfnis, die eigenen Gefühle zu verdecken, die Rumination nach der Sitzung, die Situation als normal beurteilen, die Situation als nicht normal beurteilen* und *die Situation akzeptieren*. Aufgrund deren inhaltlicher Heterogenität wurden diese Items in der statistischen Analyse einzeln betrachtet bzw. zu keiner Einzelskala zusammengefasst. Darüber hinaus wurden zwei weitere Items hinzugefügt – *schmerzhaft* und *Versagergefühle*, die auch einzeln analysiert werden.

Zusätzliche Items, die in der Befragung verwendet wurden, jedoch später nicht weiter analysiert wurden, sind *ärgerlich* und *Kopfweh*. *Ärgerlich* wurde aus der Analyse ausgeschlossen, da das Item ein PANAS Item wiederholt bzw. keinen zusätzlichen empirischen oder inhaltlichen Beitrag liefert. Das Item *Kopfweh* stammt aus dem Selbstbericht einer Person aus dem Probedurchlauf. Das Item wurde ursprünglich der somatischen Skala zugeordnet. Die Reliabilitätsanalyse zeigte jedoch ein höheres Cronbachs Alpha für die Skala ohne das Item *Kopfweh*. Eine logische Erklärung dafür wäre, dass alle anderen Items im Gegensatz zu *Kopfweh*, das später bzw. nach der schwierigen Sitzung zustande kommen könnte und nicht ausschließlich auf die SPP zurückzuführen wäre, eine unmittelbare somatische Reaktion darstellen. Der Fragebogen zur Operationalisierung der emotionalen, kognitiven und somatischen Reaktionen enthält somit alle 20 PANAS und die 16 zusätzlich hinzugefügten Items. Dieser Befragungsblock besteht somit aus insgesamt 36 Items. Direkt nach den Items folgt ein offenes Textfeld, in dem die StudienteilnehmerInnen weitere Reaktionen angeben konnten.

Tabelle 4

Reliabilitäten der Skalen positive und negative Emotionen und somatische Reaktionen

Reaktionen	Raykovs ρ*	Cronbachs α**	Itemanzahl
Skala positive Emotionen	.93	.83	10
Skala negative Emotionen	.93	.88	10
Skala somatische Reaktionen	/	.77	7

Anmerkung. *Originale Reliabilitätswerte für beide PANAS Skalen (Breyer & Bluemke, 2016, S. 11). **Cronbachs α Werte der Skalen der vorliegenden Studie.

Ausbildung und Beruf. Zur Operationalisierung der unabhängigen Variablen (Berufserfahrung, theoretische Orientierung, Ausbildung und Geschlecht) wurden mehrere Fragen entwickelt. Für die Frage „*Wurden die Themen Schwierigkeiten im psychotherapeutischen Prozess und deren Bewältigung in der Ausbildung abgedeckt?“* wurden zwei Antwortmöglichkeiten bereitgestellt (*Ja* und *Nein*). Alle TeilnehmerInnen, die mit *Ja* antworteten, sollten zusätzlich die Frage *„Wenn diese Themen in der Ausbildung diskutiert wurden, können Sie sagen, dass dies Ihnen dabei hilft, mit den schwierigen Situationen in der Arbeit besser umzugehen? Geben Sie bitte Ihre subjektive Einschätzung an:“* mit *Ja* oder *Nein* beantworten. Die Dauer der Berufstätigkeit wurde anhand der Frage *„Wie viele Jahre sind Sie als PsychotherapeutIn berufstätig?“* erfasst. Die folgenden Antwortmöglichkeiten wurden angeboten: *Weniger als 1.5 Jahre, 1.5 bis 3.5 Jahre, 3.5 bis 7 Jahre, 7 bis 15 Jahre, 15 bis 25 Jahre* und *Mehr als 25 Jahre*. Daraus wurden drei Gruppen für die statistische Analyse gebildet – BerufsanfängerInnen, mittlere Erfahrungsgruppe und erfahrene PsychotherapeutInnen. Als Nächstes wurden die TeilnehmerInnen gebeten, ihre theoretische Orientierung anzugeben. Es wurden folgende Antwortmöglichkeiten angeboten *Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung, Humanistisch-existenzielle Orientierung, Systemische Orientierung* oder *Verhaltenstherapeutische Orientierung*. Zusätzlich wurden die TeilnehmerInnen gefragt, wann sie ihre Ausbildung abgeschlossen haben, ob sie zusätzliche Weiterbildungen absolviert haben und ob es ein Merkmal gibt, das für die Mehrheit ihrer KlientInnen charakteristisch ist (z.B. Störungsbild, konkrete Problematik, soziodemographische Merkmale). In einem letzten Fragenblock wurden

soziodemographische Angaben (Geschlecht, Alter, Wohnsitz, Nationalität und Familienstand) erhoben. Alle TeilnehmerInnen wurden dann zur letzten Seite der Befragung weitergeleitet, auf der eine Danksagung stand und die Möglichkeit angeboten wurde, eine E-Mail-Adresse anzugeben, um die Studienergebnisse zugeschickt zu bekommen.

Stichprobe

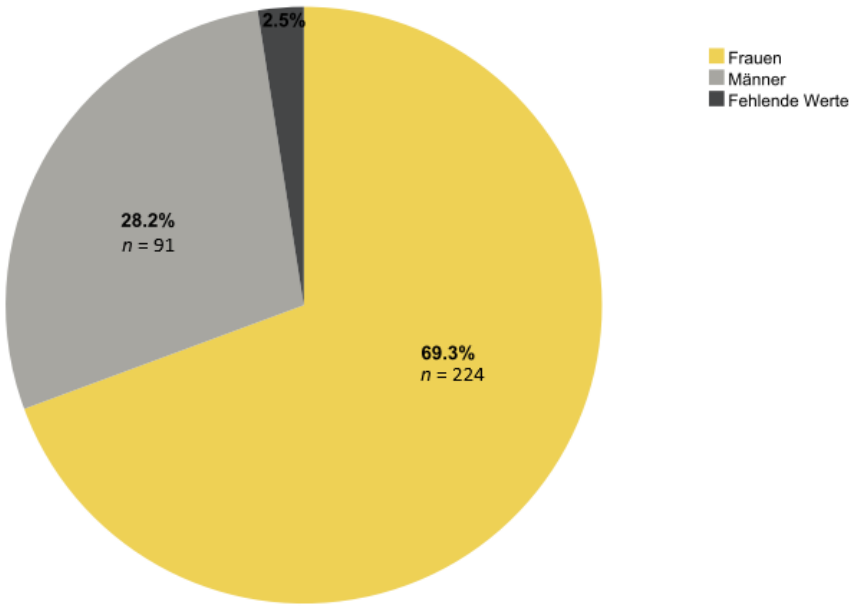
Die Befragung richtete sich ausschließlich an PsychotherapeutInnen, die in Österreich praktizieren. Zur Studie wurden sowohl PsychotherapeutInnen mit einer abgeschlossenen psychotherapeutischen Ausbildung als auch PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision mithilfe einer E-Mail eingeladen. Die benötigte Stichprobengröße wurde mithilfe der Software „G*Power 3.1.9.7“ geschätzt (Faul, Erdelfelder, Lang & Buchner, 2007). Laut der Ergebnisse der Poweranalyse ist ein Stichprobenumfang von 280 TeilnehmerInnen für die vorliegende Studie geeignet.

Die Einladung enthielt Angaben über die Studienleiterin, das Thema und die Ziele der Studie sowie einen Link zur Befragung. Die Einladung wurde an E-Mail-Adressen zugesendet, welche der PsychotherapeutInnenliste des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz entnommen wurden oder auf der Webpage des Österreichischen Bundesverbands für Psychotherapie zu einsehen waren. Von den insgesamt 486 Personen, die die Befragung begonnen haben, haben 326 TeilnehmerInnen den Fragebogen komplett ausgefüllt. Die Angaben von drei Personen wurden bei der statistischen Analyse nicht berücksichtigt, da sie Deutschland als Wohnsitz angegeben haben und somit nicht zur Zielgruppe gehören. Die finale Stichprobe setzt sich somit aus $N = 323$ StudienteilnehmerInnen zusammen. Laut den Ergebnissen der Poweranalyse sind für die Untersuchung 280 TeilnehmerInnen nötig. Die finale Stichprobe ist größer als 280 Personen und somit ausreichend für die Analyse der interessierten Fragestellungen. Dadurch, dass die Daten anonym erhoben und ausgewertet wurden, kann aus den Ergebnissen keinen Rückschluss auf individuelle Personen gezogen werden.

An der Befragung nahmen $n = 224$ Frauen und $n = 91$ Männer teil. Acht Personen gaben ihr Geschlecht nicht an (Abbildung 1). Der Frauenanteil ist mehr als doppelt so groß, was der realen Verteilung der PsychotherapeutInnen in Österreich im Jahr 2020 laut der Angaben auf der Webseite www.psyonline.at, entspricht. Die berichtete Statistik zeigt, dass 7757 Frauen und 2803 Männer aktuell als PsychotherapeutInnen in Österreich tätig sind (Anzahl der

PsychotherapeutInnen nach Geschlecht seit 1991, abgerufen am 30. November 2020 von psyonline.at).

Abbildung 1. Häufigkeitsverteilung der Stichprobe: Geschlecht



Sieben StudienteilnehmerInnen nannten ihr Alter nicht. Von denen, die ihr Alter angaben, ist die älteste Person 80 Jahre und die jüngste 28 Jahre alt (M = 51.98; SD = 10.576). Genaue Angaben bezüglich der Altersverteilung der Stichprobe sind in Tabelle 5 ersichtlich.

Tabelle 5

Aufteilung der StudienteilnehmerInnen in Altersgruppen

Altersgruppe	n	%
≤ 30	2	0.6
30 – 39	44	13.6
40 – 49	77	23.9
50 – 59	108	33.5
60 – 69	72	22.3
70 – 80	13	3.9
k.A.	7	2.2
Gesamt	323	100

Von den 311 Personen, die ihren Familienstand angaben, sind *n* = 179 verheiratet, *n* = 75 ledig, *n* = 50 geschieden und sieben verwitwet. Die Mehrheit der StudienteilnehmerInnen kommt aus Österreich (*n* = 297), *n* = 8 Personen kommen aus Deutschland, *n* = 2 aus Italien, *n* = 1 aus der Schweiz und *n* = 15 haben ihre Nationalität nicht angegeben. Zusätzlich wurden die TeilnehmerInnen nach ihrem Wohnsitz gefragt. Demnach haben PsychotherapeutInnen aus allen neun Bundesländern an der Befragung teilgenommen, wobei die Mehrheit (*n* = 122) Wien als Wohnsitz ankreuzten. Auch die Verteilung der Stichprobe nach Bundesland entspricht der realen Verteilung der PsychotherapeutInnen in Österreich im Jahr 2020 laut der Angaben auf die Webseite www.psyonline.at. Genaue Angaben hinsichtlich der Stichprobeverteilung nach Bundesland bzw. der Verteilung der PsychotherapeutInnen in Österreich im Jahr 2020 sind Tabelle 6 zu entnehmen.

Tabelle 6

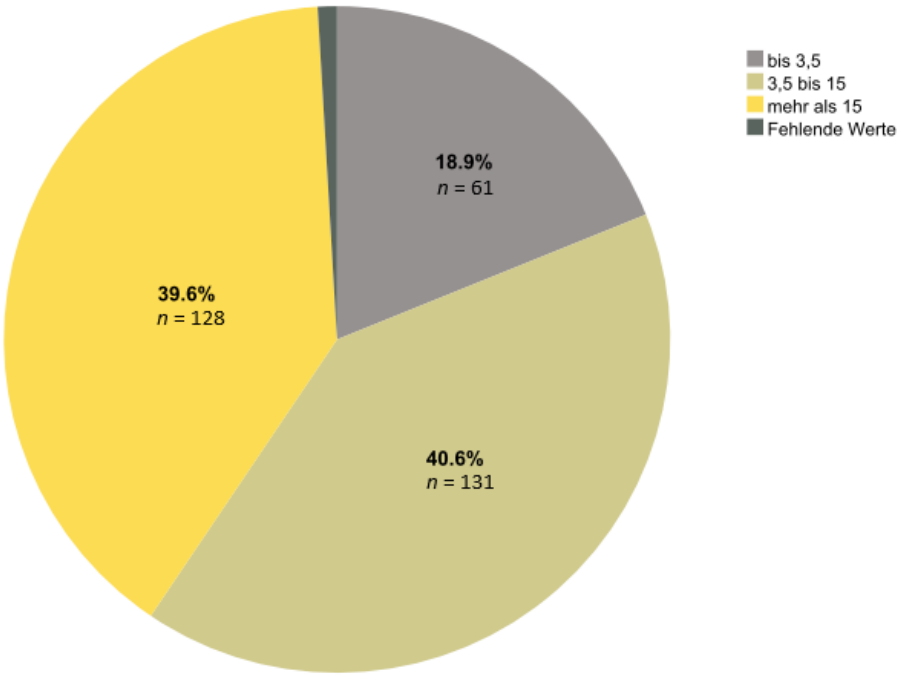
Aufteilung der StudienteilnehmerInnen nach Bundesland und Angaben für die Verteilung der PsychotherapeutInnen in Österreich

	Verteilung der StudienteilnehmerInnen		**Verteilung der PsychotherapeutInnen in Österreich**	
	n	**%**	**n**	**%**
Burgenland	3	0.9	179	1.7
Kärnten	12	3.7	526	5.0
Niederösterreich	53	16.4	1283	12.2
Oberösterreich	36	11.1	1131	10.7
Salzburg	11	3.4	815	7.7
Steiermark	31	9.6	1074	10.2
Tirol	18	5.6	858	8.1
Vorarlberg	10	3.1	411	3.9
Wien	122	37.8	4283	40.6
k.A.	27	8.4	/	/
Gesamt	323	100	10560	100

Anmerkung. Die Angaben bezüglich der Verteilung der PsychotherapeutInnen in Österreich nach Bundesland wurden im November 2020 von https://www.psyonline.at/contents/14729/verteilung-der-psychotherapeutinnen-in-oesterreichnach-bundesland abgerufen.

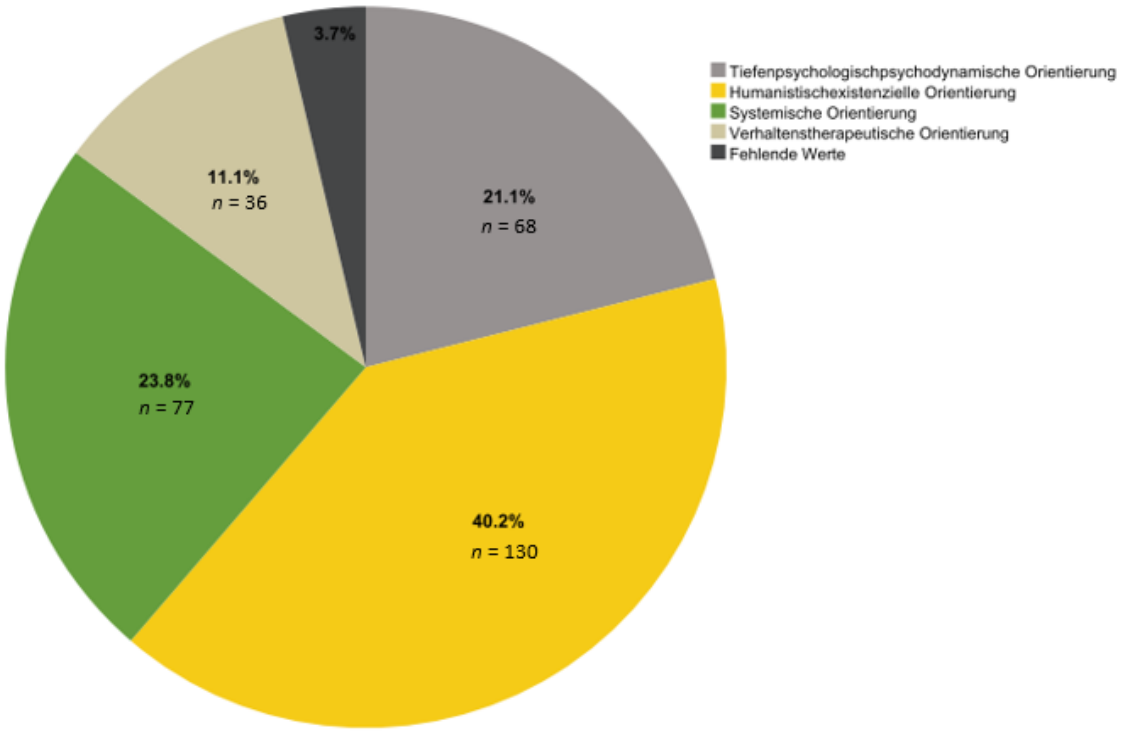
Auf die Frage „*Wann haben Sie Ihre psychotherapeutische Ausbildung abgeschlossen?*“ gaben *n* = 2 Personen keine Antwort an. Hundert TeilnehmerInnen antworteten, dass sie noch in Ausbildung seien oder diese vor weniger als 5 Jahren abgeschlossen hätten (31%). Weitere *n* = 100 StudienteilnehmerInnen hätten vor fünf bis 15 Jahren (31%) und *n* = 121 vor mehr als 15 Jahren (37.5%) ihre Ausbildungen abgeschlossen. Davon gaben insgesamt *n* = 229 Personen an, dass die Themen „Schwierigkeiten im psychotherapeutischen Prozess und deren Bewältigung“ in der Ausbildung behandelt worden seien (70.9%). Die Mehrheit der TeilnehmerInnen berichteten, dass sie verschiedene Weiterbildungen absolviert hätten (*n* = 267). Auf die Frage „*Wie viele Jahre sind Sie als PsychotherapeutIn berufstätig?*“ kreuzten *n* = 61 Personen an, dass sie weniger als 3.5 Jahre als PsychotherapeutInnen berufstätig seien. Die Mehrheit (*n* = 131) der StudienteilnehmerInnen haben 3.5 bis 15 Jahre Berufserfahrung. Mehr als 15 Jahre Berufserfahrung haben *n* = 128 der befragten PsychotherapeutInnen. Drei TeilnehmerInnen haben keine Angaben bzgl. Berufserfahrung gemacht. In Abbildung 2 sind die absoluten als auch die prozentuellen Häufigkeiten hinsichtlich Dauer der Berufserfahrung der StudienteilnehmerInnen veranschaulicht.

Abbildung 2. Häufigkeitsverteilung der Stichprobe: Dauer der Berufstätigkeit



Die Stichprobe setzt sich aus *n* = 130 humanistisch-existentiell orientierten, *n* = 77 systemischen, *n* = 68 tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientierten und *n* = 36 verhaltenstherapeutisch orientierten PsychotherapeutInnen zusammen (Abbildung 3).

Abbildung 3. Häufigkeitsverteilung der Stichprobe: theoretische Orientierung



Geplante statistische Auswertung

Die statistische Datenanalyse wurde mithilfe des Programms „IBM SPSS Statistics 27“ durchgeführt. Als Erstes wurde der Datensatz vorbereitet, indem die TeilnehmerInnen, die die Befragung nur angefangen und nicht vollständig beantwortet bzw. die Fragebögen nur teilweise ausgefüllt haben, von der statistischen Auswertung ausgeschlossen wurden. Der finale Datensatz besteht somit aus 323 ausgefüllten Fragebögen, bei denen nur wenige einzelne Werte fehlen. Diese Werte wurden als *missing completely at random* (MCAR) bewertet und somit als *Missings* kodiert. Die fehlenden Werte wurden bei der statistischen Auswertung nicht weiter berücksichtigt. Wie zuvor berichtet, standen den TeilnehmerInnen Likert-Skalen bei der Beantwortung der Fragen zur

Verfügung. Dabei wurden die originalen Anker verwendet – null (*nie)* bis fünf (*sehr oft*) beim FSB (Schröder, 1997) bzw. eins (*gar nicht*) bis fünf (*äußerst*) bei PANAS (Breyer & Bluemke, 2016). Bei der Dateneingabe in SPSS wurde dennoch auch für die FSB Werte „1“ als Skalenanfang angegeben. Somit haben alle erhobenen Daten den gleichen nummerischen Ausgangspunkt. Der angeglichene Anfang aller Skalen wurde ausgewählt, um einen überschaubaren Datensatz für die statistische Auswertung zu erhalten. Das Kodierungssystem sollte darüber hinaus zur besseren Verständlichkeit der Ergebnisse beitragen. Die FSB Werte repräsentieren die Häufigkeit von SPP und BS. Je höher die Werte ausgeprägt sind, desto häufiger kommt die entsprechende SPP bzw. BS vor. Die Werte zu den Reaktionen repräsentieren die Intensität der emotionalen, kognitiven und somatischen Reaktionen von PsychotherapeutInnen. Je höher die nummerischen Werte sind, desto intensiver ist die entsprechende Reaktion.

Bei der statistischen Analyse wurde zuerst auf die deskriptive Beschreibung der relevanten Variablen eingegangen. Als Nächstes wurde die Hauptanalyse durchgeführt. Sie beschäftigt sich sowohl mit den hypothesenüberprüfenden als auch den explorativen Fragestellungen bezüglich SPP, BS und Reaktionen, welche im Punkt „Forschungsfragen und Hypothesen“ vorgestellt wurden. Es wurden Korrelationstests zur Untersuchung der Zusammenhangsfragestellungen und Signifikanztests zur Analyse von Mittelwertunterschieden zwischen den untersuchten Gruppen gerechnet. Es wurde dabei ein Signifikanzniveau von 0.05 festgelegt. Beim Vergleich der Mittelwerte von zwei Gruppen wurde ein *t*-Test und bei mehreren Gruppen eine ANOVA durchgeführt. Als parametrische Verfahren setzen beide Tests Normalverteilung, Heteroskedastizität, unabhängige Gruppen und ein metrisches Niveau der Daten voraus (Field, 2009). Aufgrund verletzter Voraussetzungen und Ausreißer und in Bezug auf die Relevanz der Gruppengrößen bei der Analyse der Unterschiede zwischen zwei oder mehreren Gruppen wurden zusätzlich nicht-parametrische Verfahren – Mann-Whitney-*U*-Test, Welch-Test und Kruskall-Wallis-Test – eingesetzt. Aufgrund der Verletzung der Normalverteilung der Daten wurden auch bei der Analyse der Zusammenhangsfragestellungen die parameterfreien Spearman´schen Rangkorrelationskoeffizienten berücksichtigt.

In einem nächsten Schritt wurde auf die Zusatzanalyse eingegangen. Dazu gehört die Untersuchung der Gruppenunterschiede bezüglich der vier zusätzlichen Items, welche die offiziellen SPP Items ergänzen. Zu der Zusatzanalyse gehört auch die Auseinandersetzung mit den

Antworten auf die offenen Fragen des Fragebogens. Durch die offene Frage im Anschluss der Items zu SPP (*Welche anderen Schwierigkeiten treffen Sie als PsychotherapeutIn? Würden Sie bitte Beispiele aus der Praxis anführen?*), BS (*Welche anderen Bewältigungsstrategien verwenden Sie, wenn Schwierigkeiten im psychotherapeutischen Prozess vorkommen? Würden Sie bitte Beispiele geben?*) und Reaktionen (*Können Sie sich an andere emotionale oder somatische Reaktionen oder konkrete Gedanken erinnern, die Sie in einer schwierigen berufsbezogenen Situation hatten? Würden Sie bitte Beispiele anführen?*) wurde den TeilnehmerInnen die Gelegenheit angeboten, weitere Beispiele aus deren Praxis im freien Text anzuführen. Das Ziel war hier, Angaben über herausfordernde Situationen, Vorgehensstrategien und Reaktionen zu sammeln, die im Fragebogen nicht berücksichtigt worden sind. Diese drei offenen Fragen haben eine explorative Funktion und werden als potenzielle Quelle relevanter Hinweise gesehen. Es handelt sich dennoch um keine zentralen, sondern ergänzende Fragen und das Beantworten war daher freiwillig. Nicht ausgefüllte Schreibfelder waren daher kein Ausschlusskriterium bzw. kein Grund die kompletten Fragebögen von der Studie auszuschließen. Die drei Fragen wurden separat behandelt. Alle vorhandenen Antworten wurden berücksichtigt. Sie wurden inhaltlich gruppiert und aus den Gruppen wurden Kategorien gebildet, die in einem nächsten Schritt überprüft, bei Bedarf reorganisiert und ggf. in Ober- und Unterkategorien aufgeteilt wurden. Durch diese induktive Vorgehensweise wurde versucht, aus den einzelnen Antworten ein allgemeines Bild zu bekommen.

Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten wird die statistische Analyse der Fragestellungen bzw. werden die Befunde der vorliegenden Arbeit vorgestellt. Es wird zunächst eine deskriptive Beschreibung aller abhängigen Variablen vorgenommen. Im Anschluss werden alle relevanten Befunde der Haupt- sowie Zusatzanalyse dargestellt.

Deskriptive Analyse

Für die deskriptive Beschreibung der abhängigen Variablen werden die relevanten Kennwerte (Mittelwert, Standardabweichung) tabellarisch dargestellt. Die Daten sind den Tabellen 7, 8, 9 und 10 zu entnehmen.

Tabelle 7

Deskriptive Beschreibung aller SPP Items der FSB und der drei SPP Dimensionen

SPP	*M*	*SD*
I. Kompetenzzweifel	**1.80**	0.49
unentschlossen, wie ich in einem bestimmten Fall am besten vorgehen sollte	2.41	0.86
unsicher, dass meine Behandlung einen günstigen Einfluss auf eine*n Klientin*en hat	1.98	0.91
ich find keine Möglichkeit, einem*r Klienten*in zu helfen	1.94	0.74
unfähig, die Therapie in einer konstruktiven Richtung voranzutreiben	1.71	0.97
unfähig die Essenz des Problems eines*r Klienten*in zu begreifen	1.67	0.86
keine Kontrolle über den therapeutischen Prozess	1.60	0.70
ich befürchte, dass meine Behandlung eine*n Klientin*en schadet	1.28	0.68
II. Frustrierender Treatment Case	**2.20**	0.57
bestimmte Faktoren im Leben eines*r Klienten*in machen einen günstigen Therapieausgang unmöglich	2.65	1.05
Machtlosigkeit die tragische Lebenssituation eines*r Klienten*in zu beeinflussen	2.47	1.07
ein*e Klient*in blockiert die Bemühungen des Therapeuten	2.38	1.03
Distanz zum*r Klienten*in und eine sich nicht weiterentwickelnde Beziehung	2.18	0.82
ethische oder moralische Probleme	1.87	0.79
Konflikt zwischen gleichwertigen Verpflichtungen gegenüber mehreren Personen	1.46	0.71
III. Negative Reaktion gegenüber einem*r Klienten*in	**1.63**	0.42
ich bin falsch in einer kritischen Situation vorgegangen	1.99	0.72
meine persönlichen Angelegenheiten stören den therapeutischen Prozess	1.70	0.71
meine persönlichen Werte erschweren es mir, einem*r Klienten*in gegenüber eine angemessene Einstellung beizubehalten	1.64	0.71
Unfähigkeit Empathie gegenüber einem*r Klienten*in zu empfinden	1.58	0.68
Unfähigkeit den emotionalen Bedürfnissen eines*r Klienten*in angemessen entgegenzukommen	1.56	0.69
ich bin verärgert über eine*n Klientin*en, der meine Zeit verschwendet	1.53	0.77
Unfähigkeit einem Klienten Sympathie oder Achtung entgegenzubringen	1.38	0.62
Zusätzliche Items		
ein*e Klient*in ruft mich außerhalb meiner Arbeitszeit an	2.39	1.23
ein*e Klient*in bringt mir Geschenke	2.08	0.95
ich habe die Grenzen eines*r Klienten*in überschritten	1.40	0.56
ich habe den Verdacht, dass ich meine Schweigepflicht verletzt haben könnte	1.33	0.57

Anmerkung. Skalenausprägungen von eins *(nie)* bis sechs *(sehr oft)*.

Tabelle 8

Deskriptive Beschreibung aller BS Items der FSB und der sechs BS Dimensionen

BS	*M*	*SD*
I. Reflektierendes Selbst- und Situationsmanagement	**4.47**	0.77
das Problem aus einer anderen Perspektive beobachten	5.04	1.02
beunruhigende Gefühle innerlich bearbeiten	4.91	1.14
Grenzen setzen, um den*die Klienten*in in einem angemessenen therapeutischen Rahmen zu halten	4.54	1.21
für sich allein überlegen, wie das Problem entstanden ist	4.20	1.15
den Widerstand und das beunruhigende Verhalten des*r Klienten*in interpretieren	3.68	1.46
II. Konsultation und Weiterbildung	4.35	0.99
das Problem mit einem*r Kollegen*in besprechen	4.96	1.09
die Fachliteratur konsultieren	4.55	1.34
SupervisorInnen konsultieren	4.45	1.41
andere Fachleute oder Einrichtungen hinzuziehen	4.11	1.42
an Kongressen oder Workshops teilnehmen	3.70	1.54
III. Problemlösung mit dem*r Klienten*in	4.19	0.93
die Erfahrung schwieriger oder beunruhigender Gefühle zulassen	4.77	1.15
das Problem gemeinsam mit dem*r Klienten*in angehen	4.44	1.30
ihre Schwierigkeit mit dem*r Klienten*in besprechen	3.35	1.36
IV. Reframing des therapeutischen Auftrages	2.45	0.76
die therapeutische Arbeit verschieben, um sich mit den unmittelbaren Bedürfnissen des*r Klienten*in zu befassen	2.93	1.50
therapeutische Einstellung oder therapeutischen Ansatz gegenüber dem*r Klienten*in verändern	2.73	1.28
Therapievereinbarungen mit dem*r Klienten*in ändern	2.40	1.12
Therapeutenrolle verlassen, um dem*r Klienten*in eine dringende Hilfestellung zu geben	2.35	1.17
Zusammenarbeit mit FreundInnen oder Verwandten des Klienten suchen	1.85	1.07
V. Befriedigungssuche als Kompensation	3.59	1.20
befriedigende Erfahrungen außerhalb der Therapie suchen	4.38	1.58
die beunruhigenden Gefühle einer nahestehenden Person mitteilen	2.84	1.51
VI. Vermeidung des therapeutischen Engagements	**2.08**	0.58
auf eine günstige Wendung irgendwann einmal hoffen	2.37	1.26
überlegen, den*e Klienten*in einem*r anderen Therapeuten*in zu überweisen	2.36	0.94
es vermeiden, das Problem sofort anzugehen	2.28	1.02
einen Abbruch der Therapie ernsthaft in Betracht ziehen	2.02	0.86
dem*r Klienten*in die Frustration zeigen	1.98	1.01
den*die Klienten*in kritisieren, weil er*sie Schwierigkeiten macht	1.50	0.79
Konstruktives Coping	4.64	0.73

Anmerkung. Skalenausprägungen von eins *(nie)* bis sechs *(sehr oft)*.

Tabelle 9

Deskriptive Beschreibung aller PANAS Items zur emotionalen Reaktion auf SPP

EMOTIONALE REAKTIONEN	*M*	*SD*
I. Positive Emotionen	3.20	0.64
wach	4.02	0.93
interessiert	4.15	0.82
aufmerksam	4.40	0.70
aktiv	3.51	0.87
freudig erregt	2.11	1.10
stark	2.97	1.03
angeregt	3.05	1.03
stolz	2.02	1.12
begeistert	2.24	1.24
entschlossen	3.57	1.00
II. Negative Emotionen	1.86	0.56
nervös	2.12	0.91
erschrocken	1.90	0.84
ängstlich	1.74	0.83
schuldig	1.62	0.75
beschämt	1.54	0.73
bekümmert	2.24	0.86
verärgert	2.13	0.78
feindselig	1.26	0.53
durcheinander	2.15	0.94
gereizt	1.86	0.80

Anmerkung. Skalenausprägungen von eins *(gar nicht)* bis fünf *(äußerst)*.

Tabelle 10

Deskriptive Beschreibung aller Items zu den kognitiven sowie somatischen Reaktionen

SOMATISCHE UND KOGNITIVE REAKTIONEN	*M*	*SD*
III. Somatische Reaktionen	1.44	0.46
Adrenalinstoß	1.88	0.91
Schmetterlinge im Bauch	1.39	0.68
Schwitzen	1.44	0.71
Erröten	1.36	0.60
Herzrasen	1.36	0.64
Atemlosigkeit	1.33	0.67
Trockener Mund	1.28	0.58
IV. Kognitive Reaktionen	/	/
Situation akzeptieren	3.89	0.91
Situation als normal beurteilen	2.97	1.05
Rumination nach der Sitzung	2.15	1.02
Situation als nicht normal beurteilen	2.11	0.99
Bedürfnis die eigenen Gefühle zu verdecken	2.01	0.92
Versagergefühle	1.95	0.82
Schmerzhaft	1.54	0.79

Anmerkung. Zur Beantwortung stand dieselbe fünfstufige PANAS-Likert-Skala mit Antwortmöglichkeiten 1 (*gar nicht*), 2 (*ein bisschen*), 3 (*einigermaßen*), 4 (*erheblich*) und 5 (*äußerst*) zur Verfügung.

Überprüfung der Verteilung der Skalen und Items. Um ein besseres Verständnis für den Datensatz zu erlangen, wird im Folgenden auf relevante Werte zur Analyse der Datenverteilung eingegangen. Für die Prüfung der Normalverteilung sind sowohl graphische als auch nummerische Parameter zu betrachten (Field, 2009). Um eine überzeugende Schlussfolgerung bzgl. der Datenverteilung machen zu können, werden somit Verteilungstests, Schiefe- und Kurtosis-Werte, Q-Q Plots und Histogramme benötigt (Field, 2009; Razali & Wah, 2011). Bei der vorliegenden Studie wurden die Ergebnisse des Shapiro-Wilk-Tests berücksichtigt, da dieser Test eine höhere statistische Power im Vergleich zu anderen Verteilungstests hat (Razali & Wah, 2011). Es wurden für alle abhängigen Variablen mit Ausnahme der positiven Emotionsskala signifikante Testwerte gefunden (Tabelle 11). Signifikante Shapiro-Wilk-Testwerte bedeuten, dass die Verteilung der Stichprobe signifikant von der Normalverteilung abweicht (Field, 2009). Die anderen relevanten nummerischen Parameter sind die Schiefe und der Kurtosis-Wert. Eine Daumenregel lautet, dass Werte kleiner als +1 bzw. höher als –1 auf eine normale Verteilung hindeuten (Hair et al., 2014). Für den vorliegenden Datensatz liegen die Schiefe und der Kurtosis-Wert für die meisten Variablen mit Ausnahme der somatischen Reaktionen, der Vermeidung des therapeutischen Engagements, Konstruktives Coping sowie der Items Schuldig, Beschämt und Ängstlich nahe an null bzw. sind nicht größer als +1 bzw. kleiner als –1, was auf eine normale Verteilung hindeutet (Tabelle 11). Die Analyse der numerischen Parameter wurde durch visuelle Überprüfung der graphischen Parameter ergänzt, um die Widersprüche bzgl. der Datenverteilung zu klären bzw. eine schlüssige, endgültige Schlussfolgerung treffen zu können. Histogramme und Q-Q Plots wurden dabei berücksichtigt. Für den Datensatz der vorliegenden Studie konnte auf Basis der genannten graphischen Parameter festgestellt werden, dass ausschließlich die Skalen *Befriedigungssuche als Kompensation* und *positive emotionale Reaktionen* sowie das Item zur kognitiven Reaktion „*Situation als normal beurteilen*“ normalverteilt sind.

Tabelle 11

Nummerische Parameter für die Analyse der Verteilung der Skalen und Items zu SPP, BS und Reaktionen

SCHWIERIGKEITEN	SHAPIRO-WILK T ESTWERTE	SCHIEFE	KURTOSIS
Kompetenzzweifel	p < .001	0.61	- 0.04
Frustrierender Treatment Case	p < .001	0.59	0.92
Negative Reaktion gegenüber einem*r Klienten*in	p < .001	0.85	0.98
BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN	**SHAPIRO-WILK T ESTWERTE**	**SCHIEFE**	**KURTOSIS**
Reflektierendes Selbst- und Situationsmanagement	p < .001	- 0.54	0.90
Beratung und Weiterbildung	p < .001	- 0.47	- 0.12
Problemlösung mit dem*r Klienten*in	p < .001	- 0.45	0.07
Reframing des therapeutischen Auftrages	p < .001	0.40	- 0.13
Befriedigungssuche als Kompensation	p < .001	- 0.09	- 0.57
Vermeidung des therapeutischen Engagements	p < .001	0.82	1.70
Konstruktives Coping	p < .001	- 0.81	1.68
REAKTIONEN	**SHAPIRO-WILK T ESTWERTE**	**SCHIEFE**	**KURTOSIS**
Positive Emotionen	p = .39	- 0.01	- 0.29
Negative Emotionen	p < .001	0.82	0.75
nervös	p < .001	0.63	- 0.05
ängstlich	p < .001	1.20	1.47
erschrocken	p < .001	0.81	0.34
beschämt	p < .001	1.32	1.41
schuldig	p < .001	1.16	1.02
Somatische Reaktionen	p < .001	1.56	3.35
Bedürfnis die eigenen Gefühle zu verdecken	p < .001	0.86	0.35
Versagergefühle	p < .001	0.76	0.47
Rumination nach der Sitzung	p < .001	0.47	- 0.70
Situation als nicht normal beurteilen	p < .001	0.53	- 0.57
Situation als normal beurteilen	p < .001	0.08	- 0.59
Situation akzeptieren	p < .001	- 0.55	0.09

Als Nächstes wurden die Box-Plots betrachtet. Es wurde festgestellt, dass bei mehreren Variablen Ausreißer vorliegen. Extreme Ausreißer wurden ausschließlich bei der Skala zur somatischen Reaktion und der Skala zur konstruktiven BS gefunden. Zunächst wurde ein Datencheck durchgeführt, indem Minimum und Maximum Werte aller Variablen geprüft wurden,

um ggf. Tipp- oder Kodierungsfehler zu identifizieren und zu korrigieren. Es wurden keine Fehler registriert. Für die Ausreißer wurde versucht eine plausible Erklärung zu finden, um ggf. extreme Werte zu löschen. Basierend auf den gegebenen Informationen konnte jedoch kein Grund identifiziert werden, die Extremwerte zu löschen. In einem nächsten Schritt wurde anhand von Transformationsmethoden versucht, die Ausreißer zu beseitigen und eine Normalverteilung der Daten zu erzeugen. Trotz logarithmischer und z-Transformationen konnte keine Normalverteilung erreicht werden. In der Literatur wird darüber diskutiert, ob eine Datentransformation für jeden Datensatz eine gute Strategie darstellt bzw. dass es in manchen Fällen angebrachter ist, die Werte nicht-transformiert zu analysieren (Field, 2009, S. 156). Es wurde darauf hingewiesen, dass stattdessen robuste Tests eingesetzt werden können, die gewisse Vorteile im Vergleich zur Transformation bieten (Field, 2009). Für den vorliegenden Datensatz wurde daher die Entscheidung getroffen, die Daten nicht-transformiert zu analysieren, ggf. parameterfreie Tests einzusetzen und mit den Ausreißern weiter zu rechnen.

Hauptanalyse

Die statistische Analyse der Fragestellungen wird in zwei separaten inhaltlichen Blöcken dargestellt. Zuerst werden die Ergebnisse zu SPP und BS erörtert. Danach wird auf die Fragestellungen zu den Reaktionen auf die Schwierigkeiten eingegangen.

Ergebnisse zu SPP und BS. Im Folgenden werden die Ergebnisse bezüglich statistischer Häufigkeiten von SPP und BS sowie der Effekte der unabhängigen Variablen Berufserfahrung, Ausbildung, theoretische Orientierung und Geschlecht auf SPP und BS berichtet. Sowohl die Analyse von Fragestellungen mit vorformulierten Hypothesen als auch die von explorativen Fragestellungen ohne Hypothesen werden dargestellt.

Häufigkeitshypothesen. Die Forschungsfragen nach statistischen Häufigkeiten bzgl. SPP und BS können anhand der Mittelwerte beantwortet werden, die den Tabellen 7 und 8 zu entnehmen sind. Die Analyse bzgl. SPP zeigte zum Teil andere als die erwarteten Ergebnisse, indem anstatt KZ ($M = 1.80$, $SD = 0.49$) sich FTC mit einem Mittelwert von $M = 2.20$ ($SD = 0.57$) als die am häufigsten vorkommende Schwierigkeitsdimension erwies. Wie erwartet, ist NRK ($M = 1.63$, $SD = 0.42$) die Dimension, die am seltensten vorkommt. Die einzelnen Items, die am seltensten vorkommen, entsprechen den Erwartungen, indem das Item *Unfähigkeit, einem/r Klienten/in Sympathie oder Achtung entgegenzubringen* ($M = 1.38$, $SD = 0.62$) und das Item *Sorge,*

dass die Behandlung einem/r Klienten/in mehr schadet als nutzt (*M* = 1.28, *SD* = 0.68) die niedrigsten Mittelwerte im Vergleich zu allen anderen SPP Items aufweisen. Das Item *Unsicherheit, wie in einem bestimmten Fall am besten vorzugehen sei* (*M* = 2.41, *SD* = 0.86) ist unter den drei SPP mit den höchsten Mittelwerten, kommt jedoch nicht am häufigsten vor, was von den Erwartungen abweicht. Stattdessen kommt das Item *Bestimmte Faktoren im Leben eines/r Klienten/in machen einen günstigen Therapieausgang unmöglich* (*M* = 2.65, *SD* = 1.05) am häufigsten vor.

Die Hypothesen bezüglich BS Dimensionen können beibehalten werden. Die Häufigkeitsanalyse zeigt, dass die befragten PsychotherapeutInnen Reflektierendes Management (*M* = 4.47, *SD* = 0.77) und Konsultation (*M* = 4.35, *SD* = 0.99) am häufigsten einsetzen, wenn sie vor einer SPP stehen. Vermeidung des therapeutischen Engagements (*M* = 2.08, *SD* = 0.58) wird, wie erwartet, am seltensten eingesetzt. Es hat sich herausgestellt, so wie erwartet, dass sich österreichische PsychotherapeutInnen konstruktiver BS (*M* = 4.64, *SD* = 0.73) viel häufiger als vermeidender BS (*M* = 2.08, *SD* = 0.58) bedienen. Die Items *Perspektivenwechsel* (*M* = 5.04, *SD* = 1.02), *Besprechungen mit einem/r Kollegen/in* (*M* = 4.96, *SD* = 1.09) und *Innerliche Bearbeitung der beunruhigenden Gefühle* (*M* = 4.91, *SD* = 1.14) kommen am häufigsten vor. Die Items *KlientInnen kritisieren* (*M* = 1.50, *SD* = 0.79), *KlientInnen die Frustration zeigen* (*M* = 1.98, *SD* = 1.01) und *Zusammenarbeit mit FreundInnen und Verwandten eines/r Klienten/in* (*M* = 1.85, *SD* = 1.07) kommen am seltensten vor. Die Ergebnisse bezüglich einzelner BS Items entsprechen somit zum Teil den aus der Literatur abgeleiteten Erwartungen.

Berufserfahrung. Die Stichprobe wurde in drei Gruppen je nach Dauer der Berufserfahrung aufgeteilt – BerufsanfängerInnen (< 3.5 Jahre berufstätig, *n* = 61), mittlere Erfahrungsgruppe (3.5 bis 15 Jahre, *n* = 131) und erfahrene PsychotherapeutInnen (> 15 Jahre, *n* = 128). Eine einfaktorielle Varianzanalyse wurde daher gerechnet und die Voraussetzungen des parametrischen Verfahrens wurden überprüft. Bei gegebener Homoskedastizität wurden Schlussfolgerungen aufgrund der ANOVA Signifikanzwerte gezogen. Bei verletzter Homoskedastizität wurden hingegen die Werte des Welch-Tests berücksichtigt, der auf Varianzungleichheit und ungleiche Gruppengrößen robust reagiert (Delacre et al., 2017). Unter der Bedingung gleicher Anzahl an TeilnehmerInnen in den Gruppen, reagiert ANOVA robust auf Verletzung der Normalverteilung (Field, 2009). Wenn jedoch die Gruppen ungleich groß sind, ist

die Power der Varianzanalyse beeinträchtigt und die Wahrscheinlichkeit von Type I Fehler wird höher (Wilcox, 2005, zitiert nach Field, 2009, S. 360). In diesem Fall sind nicht-parametrische voraussetzungsfreie statistische Verfahren wie der Kruskal-Wallis-Test sinnvoll (Field, 2009). In der Literatur wurden jedoch alternative Befunde bezüglich ANOVA berichtet, die eine Robustheit einer ANOVA gegen Typ I Fehler bei nicht normalverteilten Daten und ungleichen Gruppengrößen vorschlagen (Blanca et al., 2017). Aufgrund der verletzten Normalverteilung der Daten und ungleicher Gruppengrößen sollte für die Analyse der Forschungsfragen hinsichtlich Dauer der Berufserfahrung eine angemessene Auswertungsstrategie entwickelt werden. Basierend auf den oben zitierten Quellen wurde beschlossen, sowohl eine ANOVA als auch den nicht-parametrischen Kruskal-Wallis-Test durchzuführen und im Anschluss die Ergebnisse beider Verfahren miteinander zu vergleichen. Bei überlappenden Signifikanzergebnissen beider Tests wurden die ANOVA Werte näher betrachtet. Bei unterschiedlichen Signifikanzergebnissen, wurden stattdessen die Kruskal-Wallis-Testergebnisse berücksichtigt.

Die Effektstärke wurde mithilfe der Webseite www.psychometrica.de berechnet (Lenhard & Lenhard, 2016). Es wurde hierbei der Cohen's *d* Wert berücksichtigt (Cohen, 1988). Die SPP Dimensionen haben homogene Varianzen, sind jedoch nicht normalverteilt. Sowohl ANOVA als auch der Kruskal-Wallis-Test zeigen keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen für NRK und FTC. Die Ergebnisse beider Tests sind jedoch hinsichtlich KZ signifikant mit einer kleinen Effektstärke ($F(2, 317) = 3.76$, $p = .024$, $d = 0.42$ bzw. $H(2) = 7.58$, $p = .023$). Es wurde der Hochberg's GT2 Post-hoc-Test für gleiche Varianzen gerechnet, da er höhere statistische Power bei ungleichen Gruppengrößen aufweist (Field, 2009). Dabei ergab sich, dass BerufsanfängerInnen ($M = 1.92$, $SD = 0.52$) signifikant häufiger KZ erleben als erfahrene PsychotherapeutInnen ($M = 1.72$, $SD = 0.48$) bzw. betrifft das signifikante Ergebnis diese beiden Gruppen ($p = .02$, 0.203, 95% – CI [0.023, 0.383]). Somit kann die Nullhypothese verworfen werden. Die Mittelwerte der 3 Gruppen für alle SPP-Dimensionen sind in Tabelle 12 ersichtlich.

Es wurde zusätzlich eine Analyse über alle einzelnen SPP Items durchgeführt. Die Ergebnisse der ANOVA und des Kruskal-Wallis-Tests überlappen sich und im Folgenden werden somit ausschließlich die ANOVA Werte dargestellt und interpretiert. Der Mittelwertsunterschied bei dem Item „*In meiner Arbeit mit einem/r Klienten/in sind moralische oder ethische Probleme aufgetreten*" ist knapp signifikant mit einer kleinen Effektstärke ($F(2, 315) = 3.04$, $p = .05$, $d =$

0.36) zwischen BerufsanfängerInnen (*M* = 1.65, *SD* = 0.76) und erfahrenen PsychotherapeutInnen (*M* = 1.94, *SD* = 0.78), (*p* = .05, -0.295, 95% – CI [-0.59, 0.00]). Für das Item „*Meine persönlichen Lebensumstände beeinträchtigen die Arbeit mit einem/r Klienten/in*“ wurde ein signifikanter Unterschied mit einer mittleren Effektstärke ($F(2, 315) = 9.20$, $p < .001$, $d = 0.52$) zwischen der Gruppe der BerufsanfängerInnen (*M* = 1.87, *SD* = 0.77) und der Gruppe der erfahrenen PsychotherapeutInnen (*M* = 1.50, *SD* = 0.58) gefunden (*p* = .002, 0.371, 95% – CI [0.11, 0.63]). Auch zwischen der mittleren Erfahrungsgruppe (*M* = 1.82, *SD* = 0.77) und der Gruppe der erfahrenen PsychotherapeutInnen ist der Mittelwertunterschied signifikant (*p* = .001, 0.328, 95% – CI [0.12, 0.54]).

Tabelle 12

Häufigkeitsunterschiede in den erlebten Schwierigkeiten zwischen den Berufserfahrungsgruppen

I. Kompetenzzweifel		*M*	*SD*
Berufserfahrung in Jahren:			
	bis 3.5	**1.92**	0.52
	3.5 bis 15	1.81	0.46
	mehr als 15	**1.72**	0.48
II. Negative Reaktion gegenüber einem*r Klienten*in		***M***	***SD***
Berufserfahrung in Jahren:			
	bis 3.5	1.64	0.48
	3.5 bis 15	1.66	0.43
	mehr als 15	1.58	0.38
III. Frustrierender Treatment Case		***M***	***SD***
Berufserfahrung in Jahren:			
	bis 3.5	2.20	0.57
	3.5 bis 15	2.20	0.54
	mehr als 15	2.12	0.60
Alle SPP gesamt		***M***	***SD***
Berufserfahrung in Jahren:			
	bis 3.5	1.90	0.45
	3.5 bis 15	1.87	0.41
	mehr als 15	1.79	0.41

Anmerkung. Die fett gedruckten Werte kennzeichnen die Gruppen, die sich signifikant voneinander hinsichtlich der entsprechenden Variable unterscheiden.

Alle BS Dimensionen bis auf Konsultation haben gleiche Varianzen. Für alle Dimensionen bis auf Befriedigungssuche als Kompensation ist jedoch keine Normalverteilung gegeben. Die ANOVA fand ein signifikantes Ergebnis mit einer kleinen Effektstärke für Konsultation ($F(2, 317)$

= 4.62, p = .01, d = 0.38), welches durch den Welch-Test für ungleiche Varianzen bestätigt wurde (F(2, 174.05) = 4.42, p = .01). Darüber hinaus zeigt die Varianzanalyse ein signifikantes Ergebnis mit einer kleinen Effektstärke für die Dimension Reframing des Auftrags (F(2, 317) = 5.58, p = .004, d = 0.45). Auch dieses Mal entspricht der nicht-parametrische Kruskal-Wallis-Tests den ANOVA-Resultaten, indem er ein signifikantes Ergebnis für Konsultation (H(2) = 8.10, p = .02) und Reframing des Auftrags (H(2) = 13.17, p = .001) aufweist. Post-Hoc-Tests wurden daher für beide Dimensionen gerechnet. Aufgrund der Heteroskedastizität wurde für Konsultation der Games-Howell-Test ausgewählt (Field, 2009). Daraus ergab sich, dass BerufsanfängerInnen (M = 4.52, SD = 0.81) signifikant häufiger Konsultation im Vergleich zu erfahrenen PsychotherapeutInnen (M = 4.15, SD = 1.09) einsetzen (p = .02, 0.378, 95% – CI [0.042, 0.714]). Die erfahrenen PsychotherapeutInnen unterscheiden sich auch von der mittleren Gruppe (M = 4.46, SD = 0.94) signifikant (p = .03, 0.318, 95% – CI [0.020, 0.615]). Hinsichtlich Reframing des Auftrags wurde Hochberg's GT2 gerechnet. Dabei ergab sich, dass sich die erfahrenen PsychotherapeutInnen (M = 2.28, SD = 0.80) von den BerufsanfängerInnen (M = 2.62, SD = 0.70) signifikant unterscheiden (p = .01, -0.339, 95% – CI [-0.619, -0.060]). Die erfahrenen PsychotherapeutInnen unterscheiden sich diesbezüglich auch von der mittleren Gruppe (M = 2.53, SD = 0.72) signifikant (p = .02, -0.249, 95% – CI [-0.472, -0.026]).

Hinsichtlich der Dimensionen Reflektierendes Management (F(2, 317) = 0.652, p = .52 bzw. H(2) = 1.481, p = .48) und Problemlösung mit dem/r Klienten/in (F(2, 317) = 0.124, p = .88 bzw. H(2) = 0.591, p = .74) wurden entgegen den Erwartungen keine signifikanten Unterschiede zwischen BerufsanfängerInnen und erfahrenen PsychotherapeutInnen gefunden. Die Hypothesen können somit nur teilweise angenommen werden. Bezüglich Konsultation kann die Nullhypothese verworfen werden. Bezüglich Reflektierendes Management und Problemlösung mit dem/r Klienten/in wird die Nullhypothese beibehalten. Die BS Dimension Vermeidung des therapeutischen Engagements unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den Gruppen (F(2, 317) = 1.84, p = .16). Die Mittelwerte der BerufsanfängerInnen, der erfahrenen PsychotherapeutInnen und der mittleren Erfahrungsgruppe für alle 6 BS-Dimensionen sind Tabelle 13 zu entnehmen.

Eine ergänzende Analyse über alle BS Items hinweg deckt einen signifikanten Unterschied für das Item „*Vermeiden, das Problem sofort anzugehen*“ auf. Die Varianzen für das Item sind

gleich, die Normalverteilung ist nicht gegeben. Sowohl ANOVA ($F(2, 315) = 3.65$, $p = .027$, $d = 0.41$) als auch Kruskal-Wallis ($H(2) = 12.19$, $p = .002$) ergeben signifikante Ergebnisse. Die Effektstärke ist klein. Der Post-Hoc-Test zeigt, dass BerufsanfängerInnen ($M = 2.58$, $SD = .996$) signifikant höhere Mittelwerte im Vergleich zu erfahrenen PsychotherapeutInnen ($M = 2.16$, $SD = 1.139$) aufweisen ($p = .02$, 0.427, 95% – CI [0.05, 0.81]).

Tabelle 13

Häufigkeitsunterschiede in den eingesetzten Bewältigungsstrategien zwischen den Berufserfahrungsgruppen

I. Reflektierendes Management		*M*	*SD*
Berufserfahrung in Jahren:			
	bis 3.5	4.49	0.67
	3.5 bis 15	4.42	0.78
	mehr als 15	4.53	0.80
II. Konsultation		*M*	*SD*
Berufserfahrung in Jahren:			
	bis 3.5	**4.52**	0.81
	3.5 bis 15	**4.46**	0.94
	mehr als 15	**4.15**	1.09
III. Problemlösung mit dem*r Klienten*in		*M*	*SD*
Berufserfahrung in Jahren:			
	bis 3.5	4.15	0.92
	3.5 bis 15	4.20	0.90
	mehr als 15	4.22	0.98
IV. Reframing des therapeutischen Auftrages		*M*	*SD*
Berufserfahrung in Jahren:			
	bis 3.5	**2.62**	0.70
	3.5 bis 15	**2.53**	0.72
	mehr als 15	**2.28**	0.80
V. Befriedigungssuche als Kompensation		*M*	*SD*
Berufserfahrung in Jahren:			
	bis 3.5	3.80	1.12
	3.5 bis 15	3.68	1.20
	mehr als 15	3.41	1.22
VI. Vermeidung des therapeutischen Engagements		*M*	*SD*
Berufserfahrung in Jahren:			
	bis 3.5	2.13	0.52
	3.5 bis 15	2.13	0.58
	mehr als 15	2.01	0.62

Anmerkung. Die fett gedruckten Werte kennzeichnen die Gruppen, die sich signifikant voneinander hinsichtlich der entsprechenden Variable unterscheiden.

Ausbildung. Die StudienteilnehmerInnen wurden in zwei Gruppen aufgeteilt je nachdem, ob Themen zu SPP und BS Bestandteil der Ausbildung waren – Ja-Gruppe (n = 229) und Nein-Gruppe (n = 89). Ein t-Test für unabhängige Gruppen wurde für die Analyse ausgewählt. Aus der Literatur geht hervor, dass der t-Test seinen nicht-parametrischen Alternativen trotz verletzter Voraussetzungen an statistischer Power überlegen ist, sofern die getesteten Gruppen die gleiche Teilnehmeranzahl haben (Zimmerman, 1987). Hinsichtlich der Forschungsfrage zu den Effekten der Ausbildung sind jedoch ungleich große Gruppen vorhanden. Es wurde somit sowohl bei verletzter Normalverteilung als auch bei festgestellter Heteroskedastizität zusätzlich der nicht-parametrische Mann-Whitney-U-Test berücksichtigt. Der Cohen's d Wert für die Effektstärke wurde wieder mithilfe der Webseite www.psychometrica.de berechnet (Lenhard & Lenhard, 2016).

Die Fragestellung zur Auswirkung der Ausbildungsinhalte über SPP und BS auf die Häufigkeit von SPP ist explorativ. Insofern wurde diesbezüglich keine Hypothese formuliert. Von den drei SPP Dimensionen sind die Varianzen von KZ und FTC gleich. Bezüglich NRK ergab sich Heteroskedastizität. Alle drei Dimensionen sind nicht normalverteilt. Weder für KZ noch für NRK oder FTC wurde ein signifikanter Unterschied zwischen der Ja-Gruppe und der Nein-Gruppe gefunden. Bei den drei Dimensionen sind ausschließlich Tendenzen erkennbar. PsychotherapeutInnen, die keine speziellen Einheiten zu SPP und BS in ihrer Ausbildung hatten, weisen bei KZ, NRK und FTC höhere Mittelwerte auf. Die genauen Werte beider Gruppen sind in Tabelle 14 ersichtlich. Es wurde zudem eine Analyse jeder einzelnen SPP Items durchgeführt. Hinsichtlich des Items „*Ein/e KlientIn verschwendet meine Zeit*“ wurde ein Gruppenunterschied gefunden. Für das Item weist der Levene-Test keine Varianzgleichheit auf. Sowohl der t-Test (t(131.614) = -2.316, p = .02, d = 0.29, 95% – CI [-0.452, -0.036]) als auch der Mann-Whitney-Test (U = 8682.500, Z = -2.142, p = .03) zeigt, dass sich beide Gruppen signifikant voneinander unterscheiden, indem die Ja-Gruppe (M = 1.46, SD = 0.70) signifikant niedrigere Werte als die Nein-Gruppe (M = 1.70, SD = 0.89) hat. Die Effektstärke ist klein.

Tabelle 14

Häufigkeitsunterschiede in den erlebten Schwierigkeiten in Abhängigkeit davon, ob der Umgang mit Schwierigkeiten in der Ausbildung abgedeckt wurde

I. Kompetenzzweifel		*M*	*SD*
Ausbildungseinheiten zu SPP und BS gehabt:			
	Ja	1.79	0.48
	Nein	1.82	0.49
II. Negative Reaktion gegenüber einem*r Klienten*in		***M***	***SD***
Ausbildungseinheiten zu SPP und BS gehabt:			
	Ja	1.60	0.38
	Nein	1.69	0.50
III. Frustrierender Treatment Case		***M***	***SD***
Ausbildungseinheiten zu SPP und BS gehabt:			
	Ja	2.13	0.54
	Nein	2.26	0.65

Bezüglich BS wurden zwei Fragestellungen formuliert. Bei der ersten handelt es sich um die subjektive Einschätzung der StudienteilnehmerInnen, die Einheiten zu SPP und BS in ihrer Ausbildung hatten. Von den 229 Personen, bei denen das der Fall war, stimmten insgesamt 207 StudienteilnehmerInnen zu, dass die Behandlung dieser Thematik von Nutzen war und zum effizienten Umgang mit SPP beiträgt. Die restlichen 21 Personen fanden dagegen, dass ihnen solche Ausbildungseinheiten nicht dabei helfen, mit den schwierigen Situationen in der Arbeit besser umzugehen. Die subjektive Einschätzung der Mehrheit der StudienteilnehmerInnen, dass spezielle Ausbildungseinheiten zu SPP und BS nützlich sind, entspricht den Erwartungen. Die zweite Fragestellung untersucht die Mittelwertunterschiede zwischen der Ja-Gruppe und der Nein-Gruppe hinsichtlich der verschiedenen BS Dimensionen. Die Mittelwerte beider Gruppen hinsichtlich aller BS Dimensionen sind in Tabelle 15 zu finden. Für alle BS Dimensionen bis auf Konsultation konnte Varianzgleichheit bestätigt werden. Für alle Dimensionen bis auf Befriedigungssuche als Kompensation ist keine Normalverteilung gegeben. Sowohl der *t*-Test als auch der Mann-Whitney-Test zeigen einen signifikanten Gruppenunterschied ausschließlich für Reframing des Auftrages ($t(316) = -3.119$, $p = .002$, $d = 0.39$, 95% – CI [-0.474, -0.107] bzw. $U = 7785.500$, $Z = -3.279$, $p = .001$), indem die Ja-Gruppe ($M = 2.37$, $SD = 0.74$) signifikant niedrigere Werte als die Nein-Gruppe ($M = 2.66$, $SD = 0.75$) aufweist. Die Effektstärke ist hierbei klein.

Beide Gruppen unterscheiden sich nicht bezüglich Vermeidung des therapeutischen Engagements ($t(316) = -1.193$, $p = .23$ bzw. $U = 9018.500$, $Z = -1.599$, $p = .11$). Die Alternativhypothese kann somit nicht angenommen werden und die Nullhypothese wird beibehalten.

Die zusätzliche Analyse aller einzelnen Items zeigt einen signifikanten Gruppenunterschied ausschließlich für das Item „*Überlegen, den/die Klienten/in einem/r anderen Therapeuten/in zu überweisen*“. Dieses weist Varianzgleichheit auf ($t(316) = -1.980$, $p = .05$, $d = 0.25$, 95% – CI [-0.461, -0.001] bzw. $U = 8684.500$, $Z = -2.212$, $p = .02$). Die Personen der Ja-Gruppe ($M = 2.30$, $SD = 0.92$) haben dabei signifikant niedrigere Werte im Vergleich zu den TeilnehmerInnen, die zur Nein-Gruppe ($M = 2.53$, $SD = 0.97$) gehören. Mit einem Cohen's *d* Wert von 0.25 ist der Effekt klein.

Tabelle 15

Häufigkeitsunterschiede in den eingesetzten Bewältigungsstrategien in Abhängigkeit davon, ob der Umgang mit Schwierigkeiten in der Ausbildung abgedeckt wurde

I. Reflektierendes Management		*M*	*SD*
Ausbildungseinheiten zu SPP und BS gehabt:			
	Ja	4.46	0.80
	Nein	4.52	0.70
II. Konsultation		*M*	*SD*
Ausbildungseinheiten zu SPP und BS gehabt:			
	Ja	4.34	1.04
	Nein	4.40	0.86
III. Problemlösung mit dem*r Klienten*in		*M*	*SD*
Ausbildungseinheiten zu SPP und BS gehabt:			
	Ja	4.19	0.95
	Nein	4.22	0.89
IV. Reframing des therapeutischen Auftrages		*M*	*SD*
Ausbildungseinheiten zu SPP und BS gehabt:			
	Ja	2.37	0.74
	Nein	2.66	0.75
V. Befriedigungssuche als Kompensation		*M*	*SD*
Ausbildungseinheiten zu SPP und BS gehabt:			
	Ja	3.60	1.21
	Nein	3.61	1.18
VI. Vermeidung des therapeutischen Engagements		*M*	*SD*
Ausbildungseinheiten zu SPP und BS gehabt:			
	Ja	2.06	0.60
	Nein	2.15	0.57

Theoretische Orientierung. Die Stichprobe wurde in vier Gruppen nach theoretischer Orientierung aufgeteilt – humanistisch-existentiell orientierte PsychotherapeutInnen (n = 130), systemische PsychotherapeutInnen (n = 77), tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientierte PsychotherapeutInnen (n = 68) und VerhaltenstherapeutInnen (n = 36). Aufgrund ungleicher Gruppengrößen wurde dieselbe Auswertungsstrategie wie bei der Analyse der Unterschiede aufgrund der Dauer der Berufserfahrung übernommen. Die parametrischen Voraussetzungen wurden überprüft. Es wurden ANOVA, Welch-Test und Kruskal-Wallis-Test durchgeführt. Bezüglich der Unterschiede aufgrund der theoretischen Orientierung wurden sowohl hinsichtlich SPP als auch hinsichtlich BS ausschließlich explorative Fragestellungen ohne vorformulierte Hypothesen formuliert.

Alle drei SPP Dimensionen weisen Varianzhomogenität auf und sind nicht normal verteilt. Sowohl ANOVA als auch Kruskal-Wallis-Test zeigen keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich KZ, NRK oder FTC.

Alle BS Dimensionen weisen Varianzhomogenität auf. Eine Normalverteilung ist ausschließlich für die Dimension Befriedigungssuche als Kompensation gegeben. Für diese Dimension zeigt die ANOVA einen signifikanten Gruppenunterschied (F(3, 307) = 2.96, p = .03, d = 0.50). Mit einem Cohen's d Wert von 0.50 handelt es sich um eine mittlere Effektstärke. Der Post-Hoc-Test zeigt diesbezüglich, dass VerhaltenstherapeutInnen (M = 3.93, SD = 1.29) signifikant höhere Mittelwerte als PsychoanalytikerInnen (M = 3.25, SD = 1.13) haben (p = .04, 0.681, 95% – CI [0.029, 1.333]).

Die Varianzanalyse zeigt auch hinsichtlich Reframing des Auftrages ein signifikantes Ergebnis mit einer mittleren Effektstärke (F(3, 307) = 5.82, p = .001, d = 0.66), welches durch den Kruskal-Wallis-Test bestätigt wird (H(3) = 16.685, p = .001). Die anschließende Post-Hoc-Analyse ergab signifikante Werte für mehrere Gruppen. VerhaltenstherapeutInnen (M = 2.80, SD = 0.78) haben signifikant höhere Werte im Vergleich zu PsychoanalytikerInnen (M = 2.36, SD = 0.76, p = .03, 0.438, 95% – CI [0.034, 0.841]) und im Vergleich zu humanistisch-existenziell orientierten PsychotherapeutInnen (M = 2.30, SD = 0.71, p = .002, 0.502, 95% – CI [0.134, 0.871]). Zusätzlich weisen humanistisch-existenziell orientierte PsychotherapeutInnen signifikant niedrigere Mittelwerte im Vergleich zu systemischen PsychotherapeutInnen auf (M = 2.59, SD =

0.76) auf (p = .03, -0.297, 95% – CI [-0.578, -0.016]). Für keine der restlichen BS Dimensionen wurde ein signifikantes Ergebnis gefunden.

Geschlecht. Die Stichprobe besteht aus n = 91 Männern und n = 224 Frauen. Aufgrund des großen Unterschiedes in der Größe beider Gruppen wurde bei Verletzung der Voraussetzungen zusätzlich zum t-Test noch der Mann-Whitney-U-Test berücksichtigt. Es handelt sich hierbei um explorative Fragestellungen, es existieren keine vorformulierten Hypothesen.

Bezüglich der SPP Dimensionen zeigen beide Tests keine signifikanten Unterschiede. Die genauen Mittelwerte für KZ, NRK und FTC beider Gruppen sind Tabelle 16 zu entnehmen. Sowohl t-Test als auch Mann-Whitney-Test ergaben signifikante Ergebnisse mit kleinen Effektstärken hinsichtlich drei einzelner SPP Items, für welche eine Homoskedastizität jedoch keine Normalverteilung besteht. Beim Item „*In meiner Arbeit mit einem/r Klienten/in sind moralische oder ethische Probleme aufgetreten*“ weisen Männer (M = 2.09, SD = 0.86) signifikant höhere Werte auf als Frauen (M = 1.77, SD = 0.76), (t(311) = -3.220, p = .001, d = 0.40, 95% – CI [-0.512, -0.124] bzw. U = 7965.500, Z = -2.998, p = .003). Im Vergleich zu Frauen (M = 1.87, SD = 0.72) haben Männer (M = 2.12, SD = 0.80) auch beim Item „*Ich finde keine Möglichkeit, einem/r Klienten/in zu helfen*“ signifikant höhere Werte (t(312) = -2.768, p = .006, d = 0.34, 95% – CI [-0.437, -0.074] bzw. U = 8363, Z = -2.693, p = .007). Ein signifikanter Unterschied zwischen Männern (M = 2.14, SD = 0.66) und Frauen (M = 1.92, SD = 0.72) zeigt sich auch hinsichtlich des Items „*Ich bin in einer kritischen Situation mit einem/r Klienten/in falsch vorgegangen*“ (t(313) = -2.546, p = .009, d = 0.32, 95% – CI [-0.396, -0.051] bzw. U = 8521, Z = -2.520, p = .01).

Unter den BS Dimensionen ist ausschließlich die Befriedigungssuche als Kompensation normalverteilt. Varianzhomogenität ist für zwei Dimensionen nicht gegeben – Problemlösung mit KlientInnen und Reframing des Auftrags. Für die Dimension Problemlösen mit KlientInnen zeigt der t-Test unter der Annahme ungleicher Varianzen ein signifikantes Ergebnis (t(197.683) = -1.872, p = .045), welches jedoch von dem Mann-Whitney-Test nicht unterstützt wird (U = 9001.500, Z = -1.636, p = .102). Sowohl t-Test als auch Mann-Whitney-Test zeigen signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich Konsultation (t(313) = 3.337, p = .001, d = 0.42, 95% – CI [0.166, 0.644] bzw. U = 7696, Z = -3.414, p = .001) und Reframing des Auftrages (t(200.005) = 2,669, p = .008, d = 0.33, 95% – CI [0.060, 0. 401] bzw. U = 8283, Z = -2.615, p = .009). Frauen (M = 4.47, SD = 0.996) bedienen sich der Konsultation signifikant häufiger als Männer (M = 4.06,

SD = 0.926). Auch hinsichtlich Reframing des Auftrags weisen Frauen (*M* = 2.51, *SD* = 0.789) signifikant höhere Werte als Männer (*M* = 2.28, *SD* = 0.653) auf. Die Effektstärken der Ergebnisse hinsichtlich beider Dimensionen sind klein. Die Mittelwertunterschiede für die restlichen Dimensionen sind nicht signifikant. Die Mittelwerte hinsichtlich der 6 BS Dimensionen sind in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16

Häufigkeitsunterschiede in den erlebten Schwierigkeiten und eingesetzten Bewältigungsstrategien zwischen den Geschlechtern

SCHWIERIGKEITEN			
I. Kompetenzzweifel		*M*	*SD*
Geschlecht:			
	Männer	1.80	0.48
	Frauen	1.79	0.49
II. Negative Reaktion gegenüber einem*r Klienten*in		*M*	*SD*
Geschlecht:			
	Männer	1.66	0.39
	Frauen	1.61	0.43
III. Frustrierender Treatment Case		*M*	*SD*
Geschlecht:			
	Männer	2.18	0.55
	Frauen	2.15	0.58
BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN			
I. Reflektierendes Management		*M*	*SD*
Geschlecht:			
	Männer	4.42	0.69
	Frauen	4.50	0.80
II. Konsultation		*M*	*SD*
Geschlecht:			
	Männer	4.06	0.93
	Frauen	4.47	1.00
III. Problemlösung mit dem*r Klienten*in		*M*	*SD*
Geschlecht:			
	Männer	4.35	0.81
	Frauen	4.14	0.97
IV. Reframing des therapeutischen Auftrages		*M*	*SD*
Geschlecht:			
	Männer	2.28	0.65
	Frauen	2.51	0.79
V. Befriedigungssuche als Kompensation		*M*	*SD*
Geschlecht::			
	Männer	3.44	1.23
	Frauen	3.67	1.18
VI. Vermeidung des therapeutischen Engagements		*M*	*SD*
Geschlecht:			
	Männer	2.12	0.58
	Frauen	2.07	0.59

Ergebnisse zu den Reaktionen. In den folgenden Absätzen werden die Ergebnisse zu den unmittelbaren emotionalen, kognitiven und somatischen Reaktionen berichtet, mit denen die befragten PsychotherapeutInnen auf eine SPP reagieren. Dabei werden sowohl hypothesenüberprüfende als auch explorative Analysen vorgestellt.

Intensitäten. Die relevanten Werte bezüglich Intensitäten in den interessierten Reaktionen sind den Tabellen 8 und 9 zu entnehmen. Bezüglich emotionaler Reaktionen zeigt sich, dass der Mittelwert der Skala zu positiven Emotionen (M = 3.20, SD = 0.64) höher als der Mittelwert der Skala zu negativen Emotionen (M = 1.86, SD = 0.56) ist. Eine detaillierte Analyse der einzelnen Items beider Skalen ergibt, dass die Items *wach* (M = 4.02, SD = 0.93), *interessiert* (M = 4.15, SD = 0.82) und *aufmerksam* (M = 4.40, SD = 0.70) die höchsten Mittelwerte bzw. Intensitäten aufweisen. Die niedrigsten Werte bzw. Intensitäten wurden für *schuldig* (M = 1.62, SD = 0.75), *beschämt,* (M = 1.54, SD = 0.73) und *feindselig* (M = 1.26, SD = 0.53) gemessen. Hinsichtlich der Items, die Angst kennzeichnen, zeigen sich eher niedrige Werte – *ängstlich* (M = 1.74, SD = 0.83), *erschrocken* (M = 1.90, SD = 0.84) und *nervös* (M = 2,12, SD = 0.91). Mit einem Mittelwert von M = 1.44 (SD = 0.46) auf der Skala zu den somatischen Reaktionen ist die Intensität spontaner körperlicher Reaktionen auf SPP nicht hoch ausgeprägt. Unter den sieben Items weist Adrenalinstoß die höchste Intensität auf (M = 1.88, SD = 0.91). Die sechs Items zur kognitiven Reaktion bilden keine Einzelskala bzw. wurden einzeln analysiert. Dabei haben die positiv geladenen Items *Situation akzeptieren* (M = 3.89, SD = 0.91) und *Situation als normal beurteilen* (M = 2.97, SD = 1.05) die höchsten Intensitäten. Für das Item *Versagergefühle* ergibt sich hingegen der niedrigste Wert (M = 1.95, SD = 0.82).

Zusammenhänge mit SPP und BS. Es wurden mehrere Korrelationstests durchgeführt, um die Zusammenhänge zwischen den Reaktionsvariablen einerseits und den SPP und BS Dimensionen andererseits zu untersuchen. Zusätzlich zu den Hauptskalen zu den emotionalen und somatischen Reaktionen und den Items zu den kognitiven Reaktionen werden auch die negativen emotionalen Items, *nervös, ängstlich, erschrocken, beschämt* und *schuldig*, einzeln in der Korrelationsanalyse berücksichtigt. Aufgrund ihrer hoher Intensität werden zusätzlich auch die positiven emotionalen Items *wach*, *interessiert* und *aufmerksam* separat betrachtet. Aufgrund der verletzten Normalverteilung wurde der nicht parametrische Spearman ρ Koeffizient bei der Analyse berücksichtigt.

In Tabelle 17 sind die Korrelationswerte zusammen mit den entsprechenden Signifikanzen zwischen den SPP Dimensionen und den Reaktionsvariablen dargestellt.

Tabelle 17

Korrelation zwischen Schwierigkeits- und Reaktionsdimensionen (Spearman´s rho) (N = 323)

Reaktionen	KZ	NRK	FTC
Negative Emotionen	**.50****	**.51****	**.38****
Erschrocken	.26**	**.30****	.26**
Nervös	**.38****	**.37****	.24**
Ängstlich	**.42****	**.44****	**.30****
Verärgert	**.30****	**.36****	**.31****
Schuldig	**.33****	**.31****	.19**
Beschämt	**.30****	**.35****	.25**
Positive Emotionen	-.20**	-.18**	-.11*
Interessiert	-.25**	-.23**	-.19**
Wach	-.24**	-.24**	-.16**
Aufmerksam	-.28**	-.23**	-.16**
Somatische Reaktionen	**.33****	**.36****	.22**
Bedürfnis, die Gefühle zu verdecken	**.32****	**.34****	.21**
Versagergefühle	**.48****	**.44***	.27**
Rumination	.17**	.20**	.17**
Situation als nicht normal beurteilen	.14*	.18**	.12*
Situation als normal beurteilen	-.12*	-.16**	-.05
Situation akzeptieren	-.27**	-.23**	-.16**

Anmerkung. **. Korrelation auf dem .01 Niveau signifikant. *. Korrelation auf dem .05 Niveau signifikant. Die fett gedruckten Werte kennzeichnen die Korrelationskoeffizienten, die einen mittleren oder einen starken Zusammenhang zwischen den Variablen darstellen. Die Stärke der Zusammenhänge wird entsprechend den Faustregeln von Cohen interpretiert (Cohen, 1988).

Alle positiv geladenen emotionalen und kognitiven Reaktionen korrelieren signifikant negativ mit KZ, NKR und FTC. Im Gegensatz dazu korrelieren alle negativ geladenen emotionalen und kognitiven Reaktionen sowie die somatischen Reaktionen signifikant positiv mit den drei SPP Dimensionen.

Die Signifikanzkoeffizienten der Korrelationswerte zwischen den interessierten BS Dimensionen und den Reaktionsvariablen sind Tabelle 18 zu entnehmen.

Tabelle 18

Korrelation zwischen Reaktionsdimensionen und Dimensionen zu annäherungsorientierten und vermeidenden BS (Spearman´s rho) (N = 323)

Reaktionen	Reflektierendes Management	Konsultation	Problemlösung mit Klienten*in	Vermeidung
Negative Emotionen	.06	.03	-.03	**.42****
Erschrocken	.10	.11*	-.03	.29**
Nervös	.08	.10	-.05	.27**
Ängstlich	.03	.05	.04	**.32****
Verärgert	.04	.02	.04	.28**
Schuldig	.00	-.08	-.14*	.22*
Beschämt	-.07	-.06	-.16**	.28**
Positive Emotionen	.26**	**.34****	.22**	-.02
Interessiert	.24**	.18**	.18**	-.13*
Wach	.27**	.25**	.28**	-.12*
Aufmerksam	.25**	.28**	.26**	-.13*
Somatische Reaktionen	.10	.13*	.01	**.34****
Bedürfnis, die Gefühle zu verdecken	.09	.07	-.01	.28**
Versagergefühle	-.00	-.10	-.11*	.25**
Rumination	.09	.10	.06	.17**
Situation als nicht normal beurteilen	.01	.03	.02	.19**
Situation als normal beurteilen	.17**	.04	.10	-.14*
Situation akzeptieren	**.30****	.13*	.19**	-.15**

Anmerkung. **. Korrelation auf dem .01 Niveau signifikant. *. Korrelation auf dem .05 Niveau signifikant. Die fett gedruckten Werte kennzeichnen die Korrelationskoeffizienten, die einen mittleren Zusammenhang zwischen den Variablen darstellen. Die Stärke der Zusammenhänge wird entsprechend den Faustregeln von Cohen interpretiert (Cohen, 1988).

Die Dimensionen reflektierendes Management, Konsultation und Problemlösen mit dem/r Klienten/in sind als aktive BS konzipiert, während Vermeidung des therapeutischen Engagements eine passive Strategie darstellt (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Die annäherungsorientierten Dimensionen korrelieren signifikant positiv mit den positiven emotionalen und kognitiven Reaktionen. Im Gegensatz dazu korreliert die vermeidungsorientierte Dimension signifikant negativ mit den positiven emotionalen und kognitiven Reaktionen. Die negativen Reaktionsskalen

und -items korrelieren signifikant positiv mit der vermeidenden BS Dimension und nicht signifikant mit den annäherungsorientierten Dimensionen. Eine Ausnahme ist die Dimension Konsultation, welche signifikant positive Korrelationen mit der somatischen Skala und dem Item *erschrocken* aufweist. Aus der Korrelationsanalyse wird somit ersichtlich, dass zwischen den Reaktionen der PsychotherapeutInnen und den eingesetzten BS ein statistisch signifikanter Zusammenhang besteht. Intensivere somatische und negative emotionale Reaktionen gehen mit einem häufigen Einsatz von vermeidungsorientierten BS einher. Vermeidungsorientierte BS hängen auch signifikant mit kognitiven Reaktionen zusammen, indem der häufige Einsatz vermeidungsorientierter BS einerseits mit einer höheren Intensität von negativ geladenen kognitiven Reaktionen und andererseits mit einer niedrigeren Intensität von positiv geladenen kognitiven Reaktionen assoziiert wird. Annäherungsorientierte BS hängen signifikant mit der positiv geladenen emotionalen und kognitiven Reaktion zusammen. Höhere Werte auf den Skalen für annäherungsorientierte BS sind mit erhöhtem Interesse, Aufmerksamkeit und Akzeptanz assoziiert. Des Weiteren ergibt sich, dass das Item erschrocken und die somatische Reaktionsskala signifikant positiv mit der Dimension Konsultation zusammenhängen. Höhere Intensitäten des Items und der Skala sind mit einem häufigen Einsatz von BS der Dimension Konsultation assoziiert.

Berufserfahrung. Die Mittelwerte der 3 Erfahrungsgruppen hinsichtlich emotionaler und somatischer Reaktionen können Tabelle 19 entnommen werden. In Tabelle 20 sind die Mittelwerte der 3 Gruppen für die Items kognitiver Reaktionen ersichtlich. Für alle Reaktionsvariablen bis auf die Items *beschämt* und *nervös* wurde Homoskedastizität bestätigt. Normalverteilt sind ausschließlich die Skala *positive Emotionen* und das Item *Situation als normal beurteilen*. Für die Analyse der Mittelwertunterschiede hinsichtlich der Reaktionen wurde dieselbe Auswertungsstrategie verwendet wie bei der Analyse der Mittelwertunterschiede zwischen den Berufserfahrungsgruppen bezüglich SPP und BS. Im Folgenden werden daher die Ergebnisse der ANOVAs, Kruskal-Wallis-Tests und ggf. Welch-Tests sowie der entsprechenden Post-Hoc-Tests berichtet. Sowohl ANOVA als auch Kruskal-Wallis zeigen signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich folgender Variablen auf – negative emotionale ($F(2, 317) = 5.527$, $p = .004$, $d = 0.11$ bzw. $H(2) = 10.296$, $p = .006$) und somatische ($F(2, 314) = 5.24$, $p = .006$, $d = 0.50$ bzw. $H(2) = 13.278$, $p = .001$) Reaktionen, *Rumination nach der Sitzung* ($F(2, 289) = 6.26$, $p = .002$, $d = 0.20$ bzw. $H(2) = 11.406$, $p = .003$), *Bedürfnis die eigenen Gefühle zu verdecken* ($F(2, 313) = 3.255$, p

= .04, *d* = 0.39 bzw. *H*(2) = 7.236, *p* = .027), *Situation akzeptieren* (*F* (2, 314) = 2.948, *p* = .05, *d* = 0.36 bzw. *H*(2) = 7.747, *p* = .02) und *ängstlich* (*F*(2, 314) = 4.69, *p* = .01, *d* = 0.46 bzw. *H*(2) = 5.844, *p* = .05). Mit Ausnahme der Skala somatische Reaktionen, welche eine mittlere Effektstärke aufweist, sind die Effektstärken für die restlichen aufgelisteten Variablen klein. Auch bezüglich des Items *nervös* (*F*(2, 314) = 8.547, *p* < .001, *d* = 0.63 bzw. *H*(2) = 15.463, *p* < .001) ergibt sich ein signifikanter Unterschied mit einer mittleren Effektstärke, der von dem Welch-Test für ungleiche Varianzen bestätigt wird (*F*(2, 155.583) = 7.989, *p* < .001). Dabei weisen BerufsanfängerInnen (*M* = 2.49, *SD* = 0.98) signifikant höhere Werte sowohl gegenüber TeilnehmerInnen der Mittelgruppe (*M* = 2.14, *SD* = 0.91, *p* = .05, 0.352, 95% – CI [0.00, 0.70]) als auch gegenüber erfahrenen PsychotherapeutInnen (*M* = 1.92, *SD* = 0.82, *p* < .001, 0.571, 95% – CI [0.23, 0.91]) auf. BerufsanfängerInnen (*M* = 2.00, *SD* = 0.57) erleben intensivere negative emotionale Reaktionen im Vergleich zu erfahrenen PsychotherapeutInnen (*M* = 1.74, *SD* = 0.49), (*p* = .007, 0.263, 95% – CI [0.058, 0.467]). Hinsichtlich somatischer Reaktionen zeigt sich, dass BerufsanfängerInnen (*M* = 1.59, *SD* = 0.46) signifikant höhere Werte im Vergleich zu erfahrenen PsychotherapeutInnen (*M* = 1.36, *SD* = 0.44) haben (*p* = .004, 0.228, 95% – CI [0.058, 0.397]). BerufsanfängerInnen (*M* = 2.55, *SD* = 1.12) haben signifikant höhere Werte für *Rumination nach der Sitzung* im Vergleich zur mittleren Gruppe (*M* = 2.14, *SD* = 0.95, *p* = .035, 0.409, 95% – CI [0.02, 0.80]) und den erfahrenen PsychotherapeutInnen (*M* = 1.96, *SD* = 0.99, *p* = .001, 0.581, 95% – CI [0.19, 0.98]). Auch hinsichtlich dem Item *ängstlich* weisen BerufsanfängerInnen (*M* = 1.97, *SD* = 1.07) signifikant höhere Werte im Vergleich zu erfahrenen PsychotherapeutInnen (*M* = 1.59, *SD* = 0.68) auf (*p* = .011, 0.380, 95% – CI [0.07, 0.69]). Für das Item *Situation akzeptieren* ist der Mittelwert von BerufsanfängerInnen (*M* = 3.69, *SD* =0.85) signifikant niedriger im Vergleich zu erfahrenen PsychotherapeutInnen (*M* = 4.02, *SD* = 0.93, *p* = .05, -0.335, 95% – CI [-0.67, 0.00]). Hinsichtlich dem Item *erschrocken* zeigt sich ein knapp signifikanter Unterschied (*F*(2, 315) = 2.894, *p* = .057 bzw. *H*(2) = 5.852, *p* = .054) zwischen BerufsanfängerInnen (*M* = 2.05, *SD* = 0.86) und erfahrenen PsychotherapeutInnen (*M* = 1.77, *SD* = 0.77, *p* = .089, 0.285, 95% – CI [-0.03, 0.60]). Aufgrund der Resultate der statistischen Analyse können die Nullhypothesen verworfen bzw. die Alternativhypothesen angenommen werden.

Tabelle 19

Unterschiede in den Mittelwerten der erfassten emotionalen und somatischen Reaktionen zwischen der BerufsanfängerInnengruppe, der mittleren Gruppe und der Gruppe der erfahrenen PsychotherapeutInnen

Positive Emotionen		*M*	*SD*
	Berufserfahrung in Jahren:		
	bis 3.5	3.21	0.59
	3.5 bis 15	3.20	0.70
	mehr als 15	3.21	0.61
Negative Emotionen		*M*	*SD*
	Berufserfahrung in Jahren:		
	bis 3.5	**2.00**	0.57
	3.5 bis 15	1.90	0.59
	mehr als 15	**1.74**	0.49
Erschrocken		*M*	*SD*
	Berufserfahrung in Jahren:		
	bis 3.5	**2.05**	0.86
	3.5 bis 15	1.95	0.89
	mehr als 15	**1.77**	0.77
Nervös		*M*	*SD*
	Berufserfahrung in Jahren:		
	bis 3.5	**2.49**	0.98
	3.5 bis 15	**2.14**	0.91
	mehr als 15	**1.92**	0.82
Ängstlich		*M*	*SD*
	Berufserfahrung in Jahren:		
	bis 3.5	**1.97**	1.07
	3.5 bis 15	1.79	0.83
	mehr als 15	**1.59**	0.68
Somatische Reaktionen		*M*	*SD*
	Berufserfahrung in Jahren:		
	bis 3.5	**1.59**	0.46
	3.5 bis 15	1.45	0.46
	mehr als 15	**1.36**	0.44

Anmerkung. Die fett gedruckten Werte kennzeichnen die Gruppen, die sich signifikant voneinander hinsichtlich der entsprechenden Variable unterscheiden.

Tabelle 20

Unterschiede in den Mittelwerten der erfassten kognitiven Reaktionen zwischen der BerufsanfängerInnengruppe, der mittleren Gruppe und der Gruppe der erfahrenen PsychotherapeutInnen

Bedürfnis, die Gefühle zu verdecken		*M*	*SD*
Berufserfahrung in Jahren:			
	bis 3.5	**2.27**	0.93
	3.5 bis 15	**1.91**	0.88
	mehr als 15	1.97	0.93
Versagergefühle		*M*	*SD*
Berufserfahrung in Jahren:			
	bis 3.5	2.08	0.87
	3.5 bis 15	1.94	0.87
	mehr als 15	1.90	0.74
Rumination		*M*	*SD*
Berufserfahrung in Jahren:			
	bis 3.5	**2.25**	1.12
	3.5 bis 15	**2.14**	0.95
	mehr als 15	**1.96**	0.99
Situation als nicht normal beurteilen		*M*	*SD*
Berufserfahrung in Jahren:			
	bis 3.5	2.30	0.96
	3.5 bis 15	2.10	0.99
	mehr als 15	2.02	1.00
Situation als normal beurteilen		*M*	*SD*
Berufserfahrung in Jahren:			
	bis 3.5	2.96	1.00
	3.5 bis 15	2.93	1.08
	mehr als 15	3.01	1.05
Situation akzeptieren		*M*	*SD*
Berufserfahrung in Jahren:			
	bis 3.5	**3.69**	0.85
	3.5 bis 15	3.86	0.91
	mehr als 15	**4.02**	0.93

Anmerkung. Die fett gedruckten Werte kennzeichnen die Gruppen, die sich signifikant voneinander hinsichtlich der entsprechenden Variable unterscheiden.

Besprechung in Ausbildung, theoretische Orientierung und Geschlecht. Für die Hypothesenüberprüfung bezüglich Mittelwertunterschiede zwischen den beiden Ausbildungsgruppen wurden *t*-Test und Mann-Whitney-*U*-Test durchgeführt. Alle Variablen weisen Varianzgleichheit auf. Nur das Item *Situation als normal beurteilen* ist normalverteilt. Es gibt weder hinsichtlich der Skala zu den somatischen Reaktionen ($t(313) = -1.225$, $p = .22$ bzw. *U*

= 9458.500, Z = -0.739, p = .46) noch hinsichtlich der Skala zu negativen emotionalen Reaktionen (t(316) = -0.954, p = .34 bzw. U = 9178.500, Z = -1.378, p = .17) noch dem Item *Situation als normal beurteilen* (t(306) = 0.551, p = .58 bzw. U = 8926, Z = -0.719, p = .47) signifikante Mittelwertunterschiede zwischen der Ja-Gruppe und der Nein-Gruppe. Somit können die Alternativhypothesen nicht angenommen werden. Die Nullhypothesen werden beibehalten. Darüber hinaus bestehen auch für die restlichen Reaktionsvariablen keine signifikanten Gruppenunterschiede. Die Mittelwerte beider Gruppen sind Tabelle 21 zu entnehmen.

Tabelle 21

Unterschied in den Mittelwerten ausgewählter Reaktionskategorien in Abhängigkeit davon, ob Schwierigkeiten und ihre Bewältigung in der Ausbildung abgedeckt wurden

Negative Emotionen			*M*	*SD*
	Ausbildungseinheiten zu SPP und BS gehabt:			
		Ja	1.84	0.57
		Nein	1.91	0.51
Erschrocken			*M*	*SD*
	Ausbildungseinheiten zu SPP und BS gehabt:			
		Ja	1.89	0.84
		Nein	1.93	0.84
Nervös			*M*	*SD*
	Ausbildungseinheiten zu SPP und BS gehabt:			
		Ja	2.07	0.89
		Nein	2.27	0.94
Ängstlich			*M*	*SD*
	Ausbildungseinheiten zu SPP und BS gehabt:			
		Ja	1.73	0.84
		Nein	1.78	0.83
Positive Emotionen			*M*	*SD*
	Ausbildungseinheiten zu SPP und BS gehabt:			
		Ja	3.20	0.63
		Nein	3.23	0.66
Somatische Reaktionen			*M*	*SD*
	Ausbildungseinheiten zu SPP und BS gehabt:			
		Ja	1.42	0.43
		Nein	1.49	0.51
Situation als nicht normal beurteilen			*M*	*SD*
	Ausbildungseinheiten zu SPP und BS gehabt:			
		Ja	2.06	0.99
		Nein	2.23	1.01
Situation als normal beurteilen			*M*	*SD*
	Ausbildungseinheiten zu SPP und BS gehabt:			
		Ja	2.99	1.08
		Nein	2.92	1.00
Situation akzeptieren			*M*	*SD*
	Ausbildungseinheiten zu SPP und BS gehabt:			
		Ja	3.91	0.94
		Nein	3.85	0.85

Es zeigen sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede hinsichtlich emotionaler, somatischer oder kognitiver Reaktionen, wenn die Stichprobe nach Geschlecht (Tabelle 22) oder theoretischer Orientierung (Tabelle 23) aufgeteilt wird.

Tabelle 22

Mittelwerte von Männern und Frauen für ausgewählte Reaktionsdimensionen

Negative Emotionen			*M*	*SD*
	Geschlecht:			
		Frauen	1.85	0.58
		Männer	1.85	0.49
Nervös			*M*	*SD*
	Geschlecht:			
		Frauen	2.13	0.98
		Männer	2.07	0.70
Ängstlich			*M*	*SD*
	Geschlecht:			
		Frauen	1.77	0.89
		Männer	1.66	0.70
Positive Emotionen			*M*	*SD*
	Geschlecht:			
		Frauen	3.20	0.68
		Männer	3.24	0.54
Somatische Reaktionen			*M*	*SD*
	Geschlecht:			
		Frauen	1.46	0.49
		Männer	1.37	0.35
Situation als nicht normal beurteilen			*M*	*SD*
	Geschlecht:			
		Frauen	2.10	1.00
		Männer	2.12	1.01
Situation akzeptieren			*M*	*SD*
	Geschlecht:			
		Frauen	3.85	0.96
		Männer	4.03	0.79

Tabelle 23

Mittelwerte ausgewählter Reaktionsdimensionen für die verschiedenen theoretischen Orientierungen

Positive Emotionen		*M*	*SD*
Theoretische Orientierung:			
	tiefenpsychologisch-psychodynamisch	3.13	0.59
	humanistisch-existenziell	3.18	0.63
	systemisch	3.34	0.67
	verhaltenstherapeutisch	3.08	0.71
Negative Emotionen		***M***	***SD***
Theoretische Orientierung:			
	tiefenpsychologisch-psychodynamisch	1.91	0.56
	humanistisch-existenziell	1.90	0.56
	systemisch	1.70	0.47
	verhaltenstherapeutisch	1.92	0.61
Somatische Reaktionen		***M***	***SD***
Theoretische Orientierung:			
	tiefenpsychologisch-psychodynamisch	1.49	0.54
	humanistisch-existenziell	1.44	0.46
	systemisch	1.37	0.39
	verhaltenstherapeutisch	1.46	0.41
Bedürfnis, die Gefühle zu verdecken		***M***	***SD***
Theoretische Orientierung:			
	tiefenpsychologisch-psychodynamisch	2.06	0.92
	humanistisch-existenziell	1.95	0.94
	systemisch	2.05	0.90
	verhaltenstherapeutisch	1.86	0.77
Situation als nicht normal beurteilen		***M***	***SD***
Theoretische Orientierung:			
	tiefenpsychologisch-psychodynamisch	2.12	0.98
	humanistisch-existenziell	2.02	1.04
	systemisch	2.21	1.00
	verhaltenstherapeutisch	2.23	0.88
Situation akzeptieren		***M***	***SD***
Theoretische Orientierung:			
	tiefenpsychologisch-psychodynamisch	3.94	0.75
	humanistisch-existenziell	3.91	0.96
	systemisch	3.91	0.98
	verhaltenstherapeutisch	3.69	0.89

Zusatzanalyse

Zur Zusatzanalyse gehört die statistische Überprüfung von Gruppenunterschieden bezüglich der vier zusätzlichen SPP Items und die qualitative Auswertung der offenen Fragen der Studie. Im Folgenden werden diese beiden Punkte dargestellt.

Zusätzliche SPP Items. Die vier zusätzlichen SPP Items wurden aus den Selbstberichten der TeilnehmerInnen aus dem Probedurchlauf abgeleitet – *Ich habe den Verdacht, dass ich meine Schweigepflicht verletzt haben könnte*, *Ein/e KlientIn ruft mich außerhalb meiner Arbeitszeit an*, *Ein/e KlientIn bringt mir Geschenke* und *Ich habe die Grenzen eines/r Klienten/in überschritten*. Sie wurden in den Schwierigkeitsfragebogen direkt nach den 20 ursprünglichen SPP Items integriert. Den TeilnehmerInnen standen dabei die bekannten FSB Antwortmöglichkeiten zur Verfügung.

In Tabelle 24 werden die deskriptiven Werte für die vier Items angeführt. Die Ergebnisse des Shapiro-Wilk-Tests weisen darauf hin, dass alle vier Items nicht normalverteilt sind, was außerdem auch aus den visuellen Parametern – Histogramme und Q-Q-plots – ersichtlich wird.

Tabelle 24

Deskriptive Werte für die neuen SPP Items

Zusätzliche Items	*M*	*SD*	Schiefe	Kurtosis	Shapiro-Wilk-Werte
Ein*e Klient*in ruft mich außerhalb meiner Arbeitszeit an	2.39	1.23	0.83	0.03	p < .001
Ein*e Klient*in bringt mir Geschenke	2.08	0.95	1.29	2.27	p < .001
Ich habe die Grenzen eines*r Klienten*in überschritten	1.40	0.56	1.24	1.73	p < .001
Ich habe den Verdacht, dass ich meine Schweigepflicht verletzt haben könnte	1.33	0.57	1.71	2.99	p < .001

Anmerkung. Skalenausprägungen von eins *(nie)* bis sechs *(sehr oft)*.

Die drei Berufserfahrungsgruppen weisen Varianzhomogenität für alle Items mit Ausnahme von *Verschwiegenheitspflicht* auf. Sowohl ANOVA als auch der Kruskal-Wallis-Test ergaben einen signifikanten Gruppenunterschied ausschließlich für das Item *Anrufe* ($F(2, 316) = 3.219$, $p = .041$, $d = 0.37$ bzw. $H(2) = 8.664$, $p = .013$). Mit einem Cohen's *d* Wert von 0.37 zählt der Effekt als klein. Der Post-Hoc-Test zeigt, dass die Gruppe der BerufsanfängerInnen ($M = 2.03$, $SD = 1.20$) einen signifikant niedrigeren Mittelwert als die mittlere Gruppe ($M = 2.49$, $SD = 1.24$) aufweist ($p = .049$, -0.456, 95% – CI [-0.91, 0.00]).

Beide Ausbildungsgruppen besitzen ungleiche Varianzen für die Items *Verschwiegenheitspflicht* und *Grenzüberschreitung.* Für die Items *Anrufe* und *Geschenke* weisen beide Gruppen gleiche Varianzen auf. Ein signifikanter Gruppenunterschied ergab sich ausschließlich für das Item *Verschwiegenheitspflicht*. Sowohl der *t*-Test ($t(120.391) = -2.467$, $p = .015$, $d = 0.31$, 95% – CI [-0.371, -0.041]) als auch der Mann-Whitney-Test ($U = 8807.500$, $Z = -2.236$, $p = .025$) zeigen, dass die TeilnehmerInnen der Nein-Gruppe (in Ausbildung nicht besprochen, $M = 1.48$, $SD = 0.73$) signifikant höhere Werte als die TeilnehmerInnen der Ja-Gruppe (in Ausbildung besprochen, $M = 1.28$, $SD = 0.49$) haben. Die Effektstärke ist klein.

Hinsichtlich der theoretischen Orientierung ist Varianzhomogenität für die Items *Anrufe* und *Geschenke* nicht gegeben. Die Gruppen haben gleiche Varianzen bei den restlichen beiden Items. Die ANOVAs weisen einen signifikanten Gruppenunterschied für das Item *Anrufe* auf ($F(3, 306) = 2.816$, $p = .039$). Durch den Kruskal-Wallis-Test kann das signifikante Ergebnis bezüglich des Items *Anrufe* jedoch nicht gestützt werden ($H(3) = 5.444$, $p = .142$). Es wurde somit kein Post-Hoc-Test durchgeführt.

Weitergehend wurde getestet, ob signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Männern und Frauen vorliegen. Der Levene-Test ergab, dass beide Gruppen nur hinsichtlich des Items *Geschenke* ungleiche Varianzen aufweisen. Sowohl der *t*-Test ($t(230.452) = 2.753$, $p = .006$, $d = 0.34$, 95% – CI [0.081, 0.489]) als auch der nicht-parametrische Mann-Whitney-Test ($U = 8778.500$, $Z = -2.053$, $p = .04$) zeigen ausschließlich für dieses Item einen signifikanten Mittelwertunterschied zwischen den beiden Gruppen, wobei Frauen ($M = 2.17$, $SD = 1.03$) höhere Mittelwerte als Männer ($M = 1.89$, $SD = 0.74$) haben. Die Effektstärke ist klein.

Offene Fragen. In den folgenden Absätzen wird das ausgearbeitete Kategoriensystem bzw. eine Zusammenfassung der Antworten auf die offenen Fragen zu SPP, BS und Reaktionen vorgestellt.

Schwierigkeiten im psychotherapeutischen Prozess. Von allen StudienteilnehmerInnen ($N = 323$) antworteten insgesamt 112 Personen auf die Frage „*Welche anderen Schwierigkeiten treffen Sie als PsychotherapeutIn an? Würden Sie bitte Beispiele aus der Praxis anführen?*“. Sowohl erfahrene PsychotherapeutInnen ($n = 45$), als auch Mitglieder der mittleren Erfahrungsgruppe ($n = 52$) und BerufsanfängerInnen ($n = 15$) machten Angabe. Von den 112 Personen sind 82 Frauen und 27 Männer. Drei Personen haben kein Geschlecht angegeben. Es gibt

RepräsentantInnen aller vier theoretischen Orientierungen (Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung *n* = 21, Humanistisch-existenzielle Orientierung *n* = 45, Systemische Orientierung *n* = 33, Verhaltenstherapeutische Orientierung *n* = 8, keine Angabe *n* = 5). Die TeilnehmerInnen führten entweder nur ein einzelnes oder gleichzeitig mehrere Beispiele für SPP an. Die Beispiele konnten drei Oberkategorien, je nach Quelle der SPP, zugeordnet werden – *TherapeutIn*, *KlientIn* und *externe Faktoren*.

Die Oberkategorie *Quelle TherapeutIn* wurde zusätzlich in drei Unterkategorien aufgeteilt, welche in Tabelle 25, inklusive der dazugehörigen SPP, zusammengefasst dargestellt sind. Die erste Unterkategorie setzt sich aus Antworten zusammen, die den Umgang mit KlientInnen betreffen. Diese Unterkategorie wurde deswegen *Umgang mit KlientInnen* benannt. Die zweite Unterkategorie heißt *Umgang mit sich selbst*. Die restlichen Antworten der Oberkategorie *Quelle TherapeutIn* wurden ausschließlich von BerufsanfängerInnen angegeben und passen inhaltlich zusammen. Die letzte Unterkategorie wurde deswegen *Unsicherheit/Unerfahrenheit* benannt.

Tabelle 25

Beispiele für SPP, welche die Oberkategorie Quelle TherapeutIn, aufbauen

Oberkategorie	Unterkategorien	Schwierigkeiten der Kategorie
Quelle TherapeutIn	Umgang mit KlientInnen	Neutralität in Paartherapien behalten (1)
		Schneller als die KlientInnen darin sein, Lösungen zu suchen (1)
		Gegenübertragung (2)
		Konzentrationsschwierigkeiten (2)
		Den/die KlientIn sehr sympathisch finden und in Gefahr laufen, die therapeutische Ebene zu verlassen oder wichtige Punkte zu übersehen (2)
	Umgang mit sich selbst	Zeitlichen Rahmen der Therapiestunden überziehen (1)
		Nachdenken über KlientInnen in der Freizeit (1)
		Beeinträchtigte Abgrenzungsfähigkeit aufgrund ähnlicher Verletzungen oder Belastungen im Privatleben (2)
	Unsicherheit/ Unerfahrenheit	Mangelnde Routine (1)
		Umgang mit Verantwortung (1)
		Sich an die therapeutischen Settings und den therapeutischen Rahmen halten (2)
		Unsicherheit bzgl. des weiteren Vorgehens (1)
		Unsicherheit bzgl. des richtigen Zeitpunktes für die Therapiebeendigung (1)
		Deutung der Übertragungsprozesse (1)

Anmerkung. Die Zahlen in Klammern beziffern, wie oft das Beispiel angeführt wurde.

Die Beispiele für SPP, die der Oberkategorie *Quelle KlientIn* zugeteilt wurden, wurden zusätzlich in zwei Unterkategorien aufgeteilt, die gemeinsam mit den dazugehörigen SPP in Tabelle 26 dargestellt sind. Die eine Unterkategorie wurde *therapieresistente oder herausfordernde Störungsbilder* benannt. Die andere Unterkategorie besteht aus herausfordernden Verhaltensweisen, die nicht mit einem Störungsbild zusammenhängen. Diese Kategorie wurde *prozessstörende Verhaltensweisen* benannt.

Tabelle 26

Beispiele für SPP, welche die Oberkategorie Quelle KlientIn aufbauen

Oberkategorie	Unterkategorien	Schwierigkeiten der Kategorie
Quelle KlientIn	Therapieresistente oder herausfordernde Störungsbilder	Persönlichkeitsstörungen (6)
		Suizidalität (6)
		Intellektuelle Beeinträchtigung (2)
		Depression (2)
		Suchterkrankungen (3)
		Traumafolgestörungen (2)
	Prozessstörende Verhaltensweisen	Motivationsmangel (3)
		Unklare Ziele und Aufträge (3)
		KlientInnen erscheinen nicht oder sagen kurzfristig ab (4)
		KlientInnen wollen sich nicht trennen oder akzeptieren Sitzungsende nicht (6)
		KlientInnen wünschen rasche Lösungen oder erwarten vom Therapeuten, ihre Probleme zu lösen (3)
		Andere Formen störenden Verhaltens z.B. Aggression, moralisch fragwürdige Einstellungen und Äußerungen, sexuelles Begehren gegenüber TherapeutIn u.a. (5)

Anmerkung. Die Zahlen in Klammern beziffern, wie oft das Beispiel angeführt wurde.

Die meisten angeführten Beispiele für SPP wurden der Oberkategorie *Quelle externer Faktoren* zugeteilt und in mehreren Unterkategorien zugeordnet. Diese Oberkategorie bzw. die dazugehörigen Unterkategorien und die konkreten Antworten der StudienteilnehmerInnen sind in Tabelle 27 dargestellt. Viele StudienteilnehmerInnen sprachen die *schwierige finanzielle Situation* einiger KlientInnen an, die aus finanziellen Gründen nicht regelmäßig kommen können oder sich gar keine bzw. keine ausreichend lange Therapie oder zusätzliche ambulante

Behandlungsmöglichkeiten leisten können. Dadurch wird, den Aussagen nach, die Wirkung der Therapie beeinträchtigt. Zwei StudienteilnehmerInnen gaben an, dass sie ihre Tarife deswegen niedriger ansetzen.

Eine nächste Unterkategorie fasst SPP zusammen, die auf das *System* zurückzuführen sind – träge Bürokratie und restriktive Kassenpolitik. Dass es wenig Kassenplätze gibt und wenig Kassenstunden bewilligt werden, erschwert für viele Menschen, den Aussagen nach, die Situation. Der Zugang zur Psychotherapie in ausreichendem Maß ist demnach in vielen Fällen nicht gegeben.

Die nächste Unterkategorie ist *Kapazitätsmangel*. Aus den Antworten der StudienteilnehmerInnen abgeleitet, kann dieser dazu führen, dass PsychotherapeutInnen keine Zeit für Pausen und kollegialen Austausch zwischen Sitzungen haben, was wiederum zur Erschöpfung führen könnte. Der Kapazität- bzw. Zeitmangel führt außerdem zu langen Wartezeiten oder dazu, dass PsychotherapeutInnen manche KlientInnen abweisen müssen.

Zur Unterkategorie *Interaktion mit Institutionen* gehören folgende SPP – die Grenze zu finden, welche Informationen über KlientInnen an Krankenhäuser und Ämter weitergegeben werden dürfen, ohne die Verschwiegenheitspflicht zu verletzen; wann ist der richtige Punkt das Jugendamt einzuschalten; der/die PsychotherapeutIn und der/die PsychiaterIn sind widersprüchlicher Meinung bzw. KlientInnen kommen mit unpassenden Diagnosen oder falscher medikamentöser Einstellungen.

Eine nächste Unterkategorie wurde *Einmischung von Bezugspersonen* genannt und durch folgende SPP charakterisiert – Bezugspersonen versuchen ohne Wissen der KlientInnen mit dem/der Psychotherapeuten/in in Kontakt zu treten; Vorstellungen und Wünsche der Eltern entsprechen nicht den Bedürfnissen der Kinder.

Zur Unterkategorie *Herausforderungen der Landpraxis* gehören überraschende Begegnungen von KlientInnen und PsychotherapeutInnen im privaten Rahmen außerhalb des Therapiekontextes; Überschneidungen in den Verwandtschaftsverhältnissen der KlientInnen; keine ausreichende Auswahl an Anlaufstellen und Ansprechpartnern, wenn Kooperation notwendig ist.

Dadurch, dass die Untersuchung im März und April 2020 durchgeführt wurde, gaben einige StudienteilnehmerInnen SPP an, die sich aus der Coronakrise ergaben. Die letzte

Unterkategorie wurde daher *Coronakrise* genannt. Einige TeilnehmerInnen führten konkrete coronabedingte Herausforderungen an, wie z.B. die Umstellung auf telefonische und Online-Therapie sowie viele Absagen von KlientInnen und Praxisschließung.

Tabelle 27

Beispiele für SPP, welche die Oberkategorie Quelle externer Faktoren aufbauen

Oberkategorie	Unterkategorien	Schwierigkeiten der Kategorie
Quelle externer Faktoren	Schwierige finanzielle Situation der KlientInnen (13)	KlientInnen können aus finanziellen Gründen nicht regelmäßig kommen.
		KlientInnen können sich gar keine bzw. keine ausreichend lange Therapie oder zusätzliche ambulante Behandlungsmöglichkeiten leisten.
	System	Träge Bürokratie (4)
		Restriktive Kassenpolitik (9)
	Kapazitätsmangel (8)	Keine Zeit für Pausen und kollegialen Austausch zwischen Sitzungen
		Langen Wartezeiten oder KlientInnen abweisen
	Interaktion mit Institutionen (7)	Unsicherheit, welche Informationen an z.B. Ämter weitergegeben werden dürfen
		Wann ist der richtige Punkt das Jugendamt einzuschalten
		Psychotherapeut*in und Psychiater*in sind widersprüchlicher Meinung
	Einmischung von Bezugspersonen (5)	Bezugspersonen versuchen ohne Wissen der KlientInnen mit dem*r Psychotherapeuten*in in Kontakt zu treten
		Vorstellungen und Wünsche der Eltern entsprechen nicht den Bedürfnissen der Kinder
	Herausforderungen der Landpraxis (4)	Überraschende Begegnungen von KlientInnen und PsychotherapeutInnen
		Überschneidungen in den Verwandtschaftsverhältnissen der KlientInnen
		Keine ausreichende Auswahl an Anlaufstellen und Ansprechpartnern
	Coronakrise (7)	Umstellung auf telefonische und Online-Therapie
		Viele Absagen von KlientInnen
		Praxisschließung

Anmerkung. Die Zahlen in Klammern beziffern, wie oft das Beispiel angeführt wurde.

Von den Antworten konnte außerdem abgelesen werden, dass die StudienteilnehmerInnen unterschiedliche Vorstellungen von dem Konstrukt der SPP haben. Die Meinungen reichen von *Es gibt keine SPP* über *SPP sind ausschließlich wichtiges Arbeitsmaterial* bis *Es ist nicht möglich, dass es keine SPP gibt* und *Keine SPP zu haben, bedeutet mangelhaftes Reflexionsvermögen*.

Bewältigungsstrategien. Von allen StudienteilnehmerInnen (*N* = 323) antworteten insgesamt 94 Personen auf die Frage „*Welche anderen Bewältigungsstrategien verwenden Sie, wenn Schwierigkeiten im psychotherapeutischen Prozess vorkommen? Würden Sie bitte Beispiele geben?*“. Darunter waren sowohl erfahrene PsychotherapeutInnen (*n* = 42), als auch Mitglieder der mittleren Erfahrungsgruppe (*n* = 34) und BerufsanfängerInnen (*n* = 18). 70 davon sind Frauen und 22 Männer. Von zwei Personen gab es keine Angaben. Es gibt RepräsentantInnen aller vier theoretischen Orientierungen (Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung *n* = 20, Humanistisch-existenzielle Orientierung *n* = 39, Systemische Orientierung *n* = 21, Verhaltenstherapeutische Orientierung *n* = 10, keine Angabe *n* = 4). Die TeilnehmerInnen führten entweder nur ein einzelnes oder gleichzeitig mehrere Beispiele für BS an, die in mehreren Kategorien aufgeteilt werden konnten. Die Zahlen in Klammern beziffern, wie oft das Beispiel angeführt wurde.

Unter allen angesprochenen BS wurde *Supervision* (32) *und Intervision* (15) am häufigsten angeführt. Einige StudienteilnehmerInnen nannten *Selbsterfahrung* (4) und *Weiterbildung* (3) als BS, die sie einsetzen. Mehrmals kam in den Selbstberichten *Selbstreflexion* (17) vor. Einige StudienteilnehmerInnen führten konkrete Beispiele an, was ihnen hilft, z.B. Schreiben; Wunderfragen wie „woran würde ich erkennen, dass das Problem nicht mehr da ist“; erstmal in sich gehen und sich selbst anschauen, die eigenen Bedürfnisse verstehen und erst dann auf den/die Klienten/in und die Beziehung eingehen.

Eine weitere BS Kategorie lautet *dem Prozess vertrauen* (4) – der SPP mit Akzeptanz und Offenheit entgegenkommen und Geduld mit den KlientInnen und mit sich selbst haben.

Mehrere StudienteilnehmerInnen gaben Beispiele für BS an, welche zusammen die Kategorie *mit KlientInnen besprechen und verarbeiten* (16) bilden. Es wurden BS angesprochen, die zur Kategorie *andere am Prozess beteiligen* (4) zugeordnet wurden – PsychiaterInnen, SozialarbeiterInnen oder Angehörigen der KlientInnen sind Beispiele aus dieser Kategorie.

Die letzte Kategorie wurde *Selbstfürsorge* (20) genannt. Diese Kategorie besteht aus verschiedensten Praktiken der Psychohygiene, die für die Erhaltung der Work-Life-Balance und der eigenen Gesundheit sorgen bzw. dazu beitragen – in den Worten eines/r Studienteilnehmers/in, „wieder ganz klar im eigenen Gefühls-Haushalt anzukommen“. Sport und Bewegung, Musik, Hobbies, Beten, Kontakte zu FreundInnen und Familie pflegen, Abschalten und gedanklich

Distanz von der Sitzung nehmen, Achtsamkeits- und Entspannungsübungen sind Beispiele für BS, die zur Kategorie *Selbstfürsorge* gehören.

Reaktionen. Von allen StudienteilnehmerInnen (N = 323) antworteten insgesamt 59 Personen auf die Frage „*Können Sie sich an andere emotionale oder somatische Reaktionen oder konkrete Gedanken erinnern, die Sie in einer schwierigen berufsbezogenen Situation hatten? Würden Sie bitte Beispiele anführen?*“. Im Folgenden wird die Stichprobe deskriptiv beschrieben: erfahrene PsychotherapeutInnen (n = 25), Mitglieder der mittleren Erfahrungsgruppe (n = 24) und BerufsanfängerInnen (n = 10); Frauen (n = 48), Männer (n = 9), keine Angaben von 2 Personen; Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung (n = 12), Humanistisch-existenzielle Orientierung (n = 28), Systemische Orientierung (n = 10) und Verhaltenstherapeutische Orientierung (n = 7), keine Angabe von 2 Personen. Die TeilnehmerInnen führten entweder nur ein einzelnes oder gleichzeitig mehrere Beispiele für *emotionale*, *somatische* und *kognitive* Reaktionen an. Die Zahlen in Klammern beziffern, wie oft das Beispiel angeführt wurde.

Die Kategorie *emotionale Reaktionen* wurde – ähnlich dem PANAS Fragebogen – zusätzlich in die Unterkategorien *positiv* und *negativ* aufgeteilt. Zur Unterkategorie *positiv* zählen aufmerksam (1); interessiert (2); wach (3); entschlossen (1) und ruhig (1). Zur Unterkategorie *negativ* gehören leichte bis schockartige starke Angst und Panik (5); Schuld- (1) und Schamgefühle (2); Stress (2); Ärger (3); Trauer (6); Müdigkeit und Erschöpfung (10); Ungeduld (2) und Langeweile (3).

Die Kategorie *kognitive Reaktionen* wird von den folgenden Reaktionen gebildet – Hilflosigkeit (6); Fluchtgedanken (2); Verunsicherung (2) und Verwirrung (2); Sinnlosigkeitsgedanken (1); Grübeln (1); Bedürfnis das Gespräch mit einem/r Klienten/in sofort zu unterbrechen (1) oder die Angehörigen über das inadäquate Verhalten eines/r Klienten/in zu informieren (1).

Zur Kategorie *somatische Reaktionen* gehört Herzrasen und Stechen in der Brust (3); erhöhte Körperspannung und Verspannung (6); Schwindel (1); Gänsehaut (1); veränderte Atmung (1), kalt werden (1), Tränen (1), Drang zu gähnen (1). Darüber hinaus wurde von zwei Personen mitgeteilt, dass deren körperliche Befindlichkeit oft mit der Psychosomatik und der Befindlichkeit der KlientInnen mitschwingt.

Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersuchte die Häufigkeit von verschiedenen herausfordernden Situationen, die in der Praxis österreichischer PsychotherapeutInnen vorkommen. Weitere Schwerpunkte der Studie waren die emotionalen, kognitiven und somatischen Reaktionen, die in solchen Situationen spontan hervorgerufen werden und die bewusst eingesetzten Strategien zur Bewältigung der Schwierigkeiten im psychotherapeutischen Prozess. Mithilfe einer Online-Befragung wurden Selbstberichte von 323 PsychotherapeutInnen aus ganz Österreich gesammelt. Die gesamte Stichprobe wurde nach verschiedenen präexistenten Merkmalen – Berufserfahrung, theoretische Orientierung, Auseinandersetzung mit der Thematik während der Ausbildung und Geschlecht – aufgeteilt, um eventuelle Gruppenunterschiede in der Qualität und Quantität der untersuchten Schwierigkeiten, spontanen Reaktionen und Bewältigungsstrategien statistisch zu analysieren. Die geschlossenen Fragen des Fragebogens wurden durch offene Fragen, die der Erfassung von weiteren Erfahrungen und Meinungen der TeilnehmerInnen dienten, ergänzt. Die Ergebnisse zeigen, dass Schwierigkeiten am häufigsten von externen Faktoren verursacht werden. Dazu zählt Machtlosigkeit gegenüber der tragischen Lebenssituation der KlientInnen oder bestimmte Faktoren im Leben der KlientInnen, die eine günstige Entwicklung des Therapieprozesses und -ausgangs verhindern. Es zeigte sich wie erwartet, dass die befragten PsychotherapeutInnen häufiger konstruktive als vermeidende Bewältigungsstrategien einsetzen. Es wurden außerdem signifikante Unterschiede bezüglich Kompetenzzweifel, somatischer und negativer emotionaler Reaktionen und Akzeptanz zwischen BerufsanfängerInnen und erfahrenen PsychotherapeutInnen festgestellt. Weiter wurden Zusammenhänge zwischen Häufigkeit der Schwierigkeiten und Art der Bewältigungsstrategien einerseits und Intensität der untersuchten spontanen Reaktionen andererseits gefunden. Die Bedeutung der angesprochenen Befunde wird im Folgenden in Bezug auf die bestehende Literatur näher betrachtet. Durch die qualitative Auseinandersetzung mit den Antworten auf die offenen Fragen konnten interessante Punkte aufgedeckt werden, die unter Bezugnahme auf die Ergebnisse der statistischen Analyse erörtert werden. Außerdem werden Ideen für weitere Forschungsfragen vorgeschlagen sowie Stärken und Schwächen der Studie diskutiert.

Interpretation der Resultate

Ergebnisse der statistischen Analysen. Die Analysen zeigten, dass bei österreichischen PsychotherapeutInnen schwierige berufsbezogene Situationen am häufigsten durch externe Faktoren verursacht werden. Machtlosigkeit gegenüber der tragischen Lebenssituation der KlientInnen und verhinderte Entwicklung des Therapieprozesses bzw. -ausgangs wegen bestimmter Faktoren im Leben der KlientInnen sind im Ergebnis die zwei häufigsten SPP. Hierbei sind die externen Faktoren an sich keine SPP, viel mehr stellen sie die Quelle von SPP dar. Es sind die durch externe Faktoren entstandene Machtlosigkeit und verhinderte Entwicklung des Therapieprozesses, die eine Herausforderung für die TeilnehmerInnen darstellen. Dies könnte als ein hohes Verantwortungsgefühl der PsychotherapeutInnen gegenüber deren KlientInnen interpretiert werden. Schwierige berufsbezogene Situationen, die Feindseligkeit und Empathiemangel seitens der PsychotherapeutInnen widerspiegeln, kommen dagegen am seltensten vor, was die obige Interpretation unterstützt. Während das Ergebnis bezüglich Empathiemangel den Erwartungen entspricht, werden bezüglich der Dimension FTC, welche am häufigsten in dieser Studie vorkommt, Unterschiede zur Literatur beobachtet. Dagegen stand bei der internationalen ISDP Studie KZ als die am häufigsten vorkommende Schwierigkeitsdimension (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Sowohl die ISDP als auch die vorliegende Studie fanden einen Unterschied zwischen BerufsanfängerInnen und erfahrenen PsychotherapeutInnen hinsichtlich Kompetenzzweifel, dahingehend, dass BerufsanfängerInnen signifikant häufiger Probleme damit haben. An der vorliegenden Studie nahmen ca. halb so viele BerufsanfängerInnen (n = 61) wie erfahrene PsychotherapeutInnen (n = 128) teil. Es wäre interessant, ob eine ausgeglichenere Stichprobe zu anderen Werten hinsichtlich Häufigkeit von Kompetenzzweifel kommen würden, welche der Literatur entsprechen.

Wenn schwierige berufsbezogene Situationen auftreten, setzen österreichische PsychotherapeutInnen am häufigsten solche Bewältigungsstrategien ein, die reflektierendes Selbst- und Situationsmanagement, Beratung oder Konsultation und Problemlösen mit den KlientInnen widerspiegeln. Diese BS werden als annäherungsorientiert bzw. aktiv und somit als konstruktiv charakterisiert (Nissen-Lie et al., 2017; Orlinsky & Rønnestad, 2005). Im Gegensatz dazu werden passive BS, die eine Vermeidung des therapeutischen Engagements widerspiegeln, am seltensten eingesetzt. Die TeilnehmerInnen an der Studie weisen insofern einen konstruktiven

Umgang mit deren SPP auf. Die Ergebnisse entsprechen der Literatur bzw. der ISDP Studie (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Die Analyse zeigt bezüglich der Reaktionen der TeilnehmerInnen auf SPP, dass Wachsamkeit, Interesse und Aufmerksamkeit am stärksten ausgeprägt sind. Denkbar ist, dass diese Items Engagement widerspiegeln und somit die hohen Werte ein ebenso hohes Engagement seitens der PsychotherapeutInnen gegenüber den KlientInnen und des therapeutischen Prozesses bedeuten. Des Weiteren stellt das Item Akzeptanz eine hoch ausgeprägte Reaktion der TeilnehmerInnen bezüglich SPP dar. Angst und somatische Reaktionen weisen hingegen eher niedrige Mittelwerte auf und somit ist die Intensität negativer emotionaler und somatischer Reaktionen der TeilnehmerInnen auf SPP eher gering. Zusammen deuten diese Resultate auf einen gesunden Umgang österreichischer PsychotherapeutInnen mit SPP hin.

Die Korrelationsanalyse deckt einen komplexen Zusammenhang zwischen der Intensität der Reaktionen einerseits und der Häufigkeit der SPP und der Art der BS andererseits auf. Eine größere SPP-Häufigkeit hängt mit intensiveren negativen bzw. mit weniger stark ausgeprägten positiven Reaktionen zusammen. Dieser Zusammenhang könnte bedeuten, dass der gesunde Umgang mit SPP von der Häufigkeit von SPP beeinflusst wird. Wenn SPP häufig vorkommen, könnte dies PsychotherapeutInnen überfordern. Es fiele somit schwerer die innere Balance zu erhalten, wenn man häufig SPP ausgesetzt wird. Es könnte jedoch auch sein, dass es eine dritte Variable gibt, die sich einerseits auf die Häufigkeit von SPP und andererseits auf die Gedanken und das emotionale und körperliche Wohlbefinden von PsychotherapeutInnen auswirkt und somit für den gefundenen Zusammenhang verantwortlich ist. Dies könnten zum Beispiel belastende externe Faktoren im eigenen Leben außerhalb des therapeutischen Kontextes sein.

Intensivere Angst, somatische Reaktionen und negativ geladene Gedanken hängen mit dem häufigen Einsatz vermeidender BS zusammen. Eine Vermutung diesbezüglich wäre, dass die Wahrscheinlichkeit für den Einsatz vermeidender BS höher wird, wenn negative emotionale, somatische und kognitive Reaktionen auf berufsbezogene Schwierigkeiten intensiv ausgeprägt sind. Diese Hypothese bzw. die möglichen Folgen von negativen Reaktionen sollten im Kontext des Therapieoutcomes und der Beziehung zum/r Klienten/in näher untersucht werden. Außerdem ergibt sich die Frage nach möglichen Folgen der negativen emotionalen, somatischen und

kognitiven Belastungen durch SPP auf das Wohlbefinden und den Stresslevel von PsychotherapeutInnen.

Im Gegensatz dazu war eine intensiver ausgeprägte Akzeptanz wie auch ein höheres Interesse bzw. Aufmerksamkeit mit einem häufigeren Einsatz annährungsorientierter BS assoziiert, was einen gesunden Umgang mit SPP widerspiegelt, der sich wiederum auf das eigene Wohlbefinden und die Beziehung zum/r Klienten/in positiv auswirken könnte. Eine weiterführende Fragestellung wäre, ob die gefundenen Zusammenhänge von einer dritten Variable abhängen wie z.B. konkreten persönlichen Charakteristiken der TherapeutInnen im Sinne von Gewissenhaftigkeit oder Neurotizismus des Big-5-Modells.

Außerdem hängen intensivere Angst und die somatischen Reaktionen mit häufigem Aufsuchen von Konsultation zusammen. Das deutet auf einen Ausgleich durch Beratung und Austausch mit KollegInnen für die emotionale Belastung aufgrund SPP hin. Eine weitere Deutung dieses Zusammenhanges wäre, dass PsychotherapeutInnen eine Minimierung der belastenden Wirkung von SPP anstreben, indem sie sich mithilfe von Seminaren, Literatur o.ä. weiterbilden, um eventuelle Wissenslücken aufzufüllen, die für die SPP verantwortlich sind. Da Korrelationen keine Kausalität, sondern ausschließlich einen Zusammenhang bedeuten, sollten die vorgeschlagenen Interpretationen unter Vorbehalt betrachtet und weiter untersucht werden.

Den Erwartungen entsprechend zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass SPP in jeder Karrierephase auftreten bzw. nicht mit der Zeit verschwinden. BerufsanfängerInnen haben es jedoch schwerer im Vergleich zu erfahreneren PsychotherapeutInnen, insofern als sie häufiger von SPP berichten. Der am stärksten ausgeprägte Unterschied zwischen den beiden Gruppen wurde für die SPP Dimension KZ festgestellt. Diese Ergebnisse sind hypothesenkonform und unterstützen Befunde früherer Untersuchungen, die unter anderem mehr Selbstsicherheit und eine effizientere Regulation von Kompetenzzweifel bei erfahrenen PsychotherapeutInnen im Vergleich zu BerufsanfängerInnen berichten (Orlinsky & Rønnestad, 2005; Thériault & Gazzola, 2005, 2008; Thériault et al., 2009). Der Unterschied könnte daher dadurch erklärt werden, dass wichtige berufsrelevante Fähigkeiten und Kenntnisse, welche das Selbstbewusstsein in der Psychotherapeutenrolle untermauern und Kompetenzzweifel ausgleichen, erst durch die jahrelange Praxis und entsprechende Erfahrung erlangt werden. Die Ergebnisse bezüglich der BS Kategorien weisen darauf hin, dass BerufsanfängerInnen die Beratung durch KollegInnen und

SupervisorInnen oder durch Seminare signifikant häufiger als erfahrene PsychotherapeutInnen in Anspruch nehmen, was der Literatur entspricht (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Erfahrene PsychotherapeutInnen verlassen sich dagegen eher auf die eigenen Ressourcen und setzen Selbstreflexion sowie Selbst- und Situationsmanagementfähigkeiten häufiger ein.

Während der Unterschied für die Dimension vermeidender BS, wie erwartet, nicht signifikant ist, wurde bezüglich des Einzelitems „*Es vermeiden, das Problem sofort anzugehen*“ ein signifikanter Unterschied zwischen BerufsanfängerInnen und erfahrenen PsychotherapeutInnen beobachtet, insofern, dass die Werte der BerufsanfängerInnen höher sind. Zusammen betrachtet deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass es mit zunehmender professioneller Erfahrung leichter fällt, beruflichen Herausforderungen entgegenzutreten. Diese Ergebnisse entsprechen Befunden früherer Studien, die den offenen und unmittelbaren Umgang von erfahrenen PsychotherapeutInnen mit beruflichen Herausforderungen unter anderem der durch die Berufserfahrung gewonnenen selbstsichereren Einstellung gegenüber sich selbst als SpezialistInnen bzw. dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die eigene Professionalität zuschreiben (Skovholt & Rønnestad, 2003; Skovholt & Trotter-Mathison 2016).

Entsprechend der Literatur zeigen die Ergebnisse, dass BerufsanfängerInnen im Gegensatz zu erfahrenen PsychotherapeutInnen bezüglich SPP intensivere somatische Reaktionen, Angstgefühle und Nervosität sowie weniger Akzeptanz für ihre SPP aufweisen (Hill et al., 2007; Honda, 2014; Robinson et al., 2019; Skovholt & Rønnestad, 2003). Die vorliegende Studie zeigt hierzu, dass BerufsanfängerInnen höher ausgeprägte Rumination nach schwierigen Sitzungen aufweisen. Die oben angesprochenen Studien schreiben auch das Erlangen von Ressourcen zum effizienten Selbstmonitoring und zur Emotionsregulation unter anderem der längeren Berufserfahrung zu. Auch die mit der Zeit und durch die Arbeit erlangte Fähigkeit zur Akzeptanz der eigenen Unvollkommenheiten und das Wahrnehmen der eigenen Stärken trägt dazu bei, negative Gefühle und Gedanken zu normalisieren (Robinson et al., 2019).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind nicht überraschend, werfen dennoch Fragen auf. Werden BerufsanfängerInnen durch die Herausforderungen der Arbeit überlastet? Wie groß und gefährlich ist der negative Einfluss von SPP auf BerufsanfängerInnen und wie könnte man ihm entgegenwirken? Welche SPP sind für wen besonders anstrengend? Wie verändert sich das Selbstbild und das Selbstbewusstsein von PsychotherapeutInnen mit der Zunahme beruflicher

Erfahrung? Welche Auswirkung hat das auf das Wohlbefinden von PsychotherapeutInnen, deren Arbeit und den Umgang mit schwierigen Situationen? Diese Aspekte sollten weiter erforscht werden, um ein besseres Verständnis der typischen Herausforderungen, mit denen AnfängerInnen im psychotherapeutischen Beruf konfrontiert sind, sowie von den Faktoren, welche die professionelle Entwicklung von BerufsanfängerInnen fördern, zu erlangen.

Aus den Befunden der vorliegenden Studie kann gefolgert werden, dass sich die Unterschiede in der Häufigkeit der SPP Dimensionen zwischen den StudienteilnehmerInnen durch deren theoretische Orientierung oder Geschlecht nicht erklären lassen. Auch die Behandlung von SPP und BS während der Ausbildung führte zu keinen Unterschieden bezüglich der SPP Dimensionen. Ausschließlich für das Zusatzitem *Verletzung der Verschwiegenheitspflicht* wurde ein signifikanter Unterschied beobachtet. Die TeilnehmerInnen, die SPP und BS während der Ausbildung nicht diskutiert haben, weisen höhere Werte im Vergleich zur Gruppe der TeilnehmerInnen, die diese Themen während ihrer Ausbildung diskutiert haben, auf. In einer wissenschaftlichen Arbeit zum Thema Verschwiegenheitspflicht wurde berichtet, dass es während der Ausbildung bzw. Supervision wichtig sei, offen über die Verschwiegenheitspflicht zu diskutieren (Minnig, 2014). Laut der Autorin wissen PsychologiestudentInnen, was Verschwiegenheitspflicht bedeutet, stellen jedoch oft erst, wenn sie beruflich tätig werden, fest, dass in der Realität nicht jede Situation schwarz-weiß ist bzw. die Grenzen der Verschwiegenheitspflicht nicht für alle Situationen eindeutig definiert sind. Die Besprechung mit erfahrenen KollegInnen und AusbilderInnen können daher dabei helfen, das Verständnis für die Anwendung der Verschwiegenheitspflicht zu erlangen bzw. mit der Verschwiegenheitspflicht sicherer umzugehen (Minnig, 2014). Einige komplizierte Fälle erfordern eine Kooperation mit Institutionen. PsychotherapeutInnen sollten gewisse persönliche Details über ihre KlientInnen preisgeben bzw. die Entscheidung treffen, was erzählt werden darf und was nicht. Eine Vermutung bzgl. des Ergebnisses zur Verletzung der Verschwiegenheitspflicht der vorliegenden Arbeit wäre daher, dass PsychotherapeutInnen, die SPP und BS während der Ausbildung besprochen haben, unter anderem sicherer mit komplizierten Situationen umgehen, welche eine Preisgabe von Information über KlientInnen erfordern. Die höheren Werte für die Verletzung der Verschwiegenheitspflicht bedeuten daher nicht unbedingt, dass die Verschwiegenheitspflicht verletzt wurde, sondern ggf. dass die StudienteilnehmerInnen unsicherer mit dem Thema Verschwiegenheitspflicht umgehen bzw. dass hierbei Unklarheit hinsichtlich der gesetzlichen

Bestimmungen vorliegt. Diese Interpretation des Ergebnisses soll ausschließlich als eine Hypothese und ggf. als Idee für weitere Forschungsfragen betrachtet werden.

Antworten auf die offenen Fragen. Die Resultate der Analyse der offenen Fragen sollten mit Vorsicht interpretiert werden, da deren Aussagekraft aufgrund der kleinen Anzahl an Rückmeldung seitens der StudienteilnehmerInnen eingeschränkt ist. Das daraus entwickelte Kategoriensystem und die gezogenen Schlussfolgerungen geben dennoch interessante Hinweise auf potenziell relevante Punkte bzgl. der Arbeit der PsychotherapeutInnen in Österreich. Zum einen zeigte sich, dass es verschiedene Meinungen darüber gibt, was berufliche Schwierigkeiten sind und was sie bedeuten. Die unterschiedlichen Wahrnehmungen bezüglich SPP der StudienteilnehmerInnen reichen von *Es gibt keine SPP* bis *Es ist nicht möglich, dass es keine SPP gibt*. Die verschiedenen Perspektiven unterstützen die schon am Anfang dieser Arbeit diskutierte Mehrdimensionalität des subjektiven SPP-Konstruktes.

Über die Gründe hinter dem Verleugnen der Existenz von SPP könnte spekuliert werden. Eine Hypothese diesbezüglich wäre, dass sich manche PsychotherapeutInnen dazu verpflichtet fühlen, den Sinn der Psychotherapie validieren zu müssen bzw. die Nützlichkeit der psychotherapeutischen Unterstützung für die Behandelten und die Gesellschaft verteidigen zu müssen, indem sie in ihrem Beruf fortwährend nur hohe Leistung liefern und keine Schwächen zeigen. Wenn das so wäre, was sind die tieferliegenden Gründe dafür? Gibt es unausgesprochene Erwartungen an PsychotherapeutInnen, dass sie fehlerfrei sein müssen? Gibt es also ein gesellschaftliches Stigma bezüglich der psychotherapeutischen Unterstützung? Oder reflektiert das Verleugnen von SPP die eigenen Erwartungen an sich selbst und einen Hang zum Perfektionismus?

Eine weitere Schlussfolgerung aus den Antworten auf die offenen Fragen wird von den konkreten Beispielen für SPP aus der eigenen Praxis der PsychotherapeutInnen abgeleitet. Die von den StudienteilnehmerInnen angeführten SPP können auf drei Quellen – TherapeutIn, KlientIn und externe Faktoren – zurückzugeführt werden, was der Literatur entspricht (Schröder, 1997). Zur Quelle TherapeutIn zählt z.B. Unsicherheit in der therapeutischen Rolle aufgrund Unerfahrenheit, Verstoß gegen die eigenen Grenzen (z.B. Therapiestunden überziehen, sich von der/dem Klientin/en nicht abgrenzen lassen) oder ungeeigneter Umgang mit KlientInnen (z.B. fehlende Neutralität oder fehlende Konzentration seitens des/r Therapeuten/in). Verhaltensweisen

eines/r Klienten/in, welche den therapeutischen Prozess stören oder mit einem besonders herausfordernden oder therapieresistenten Störungsbild assoziiert werden, könnten eine weitere Schwierigkeitsquelle sein. Die Arbeit mit KlientInnen, die eine Persönlichkeitsstörung aufweisen oder suizidal sind, wurde von mehreren StudienteilnehmerInnen der vorliegenden Studien als herausfordernd angesprochen, was früheren wissenschaftlichen Arbeiten entspricht (Jaeggi & Reimer, 2008; Weig, 2009). Persönlichkeitsstörungen oder Suizidalität wurden in der vorliegenden Studie sowohl von BerufsanfängerInnen als auch von erfahrenen PsychotherapeutInnen als herausfordernd angesprochen. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass unabhängig von der Berufserfahrung der PsychotherapeutInnen, einige Störungsbilder komplizierter zu behandeln sind als andere. Damit ist auf keinen Fall gemeint, dass die KlientInnen unangenehme Menschen sind, sondern dass diese Störungsbilder ggf. mit herausfordernden Prozessen zusammenhängen, die auch für PsychotherapeutInnen belastend sein können. Es wird somit von PsychotherapeutInnen ein hohes Reflexionsvermögen gefordert, damit sie entscheiden können, ob sie in der Lage sind, mit diesen Prozessen umzugehen und zurechtzukommen. PsychotherapeutInnen sollen daher sich selbst und die eigenen Grenzen kennen, um Professionalität und das eigene Wohlbefinden aufrechtzuerhalten.

Die letzte Quelle von SPP sind externe Faktoren. Also, solche Faktoren, die von den AkteurInnen unabhängig sind, jedoch einen Einfluss auf den therapeutischen Prozess ausüben. Beispiele für SPP, die auf diese Quelle zurückzuführen sind, wurden am häufigsten von den StudienteilnehmerInnen angeführt. Auch von den drei SPP Dimensionen – KZ, NPR und FTC – des Fragebogens, welche quantitativ ausgewertet wurden, zeigte sich, dass für österreichische PsychotherapeutInnen FTC (frustrierende Faktoren außerhalb des therapeutischen Kontextes) am häufigsten vorkommen. Die Ergebnisse der statistischen Analyse werden somit von den Antworten auf die offenen Fragen unterstützt. Die SPP, die am häufigsten angesprochen wurde, ist die schwierige finanzielle Situation einiger KlientInnen, gefolgt von Beispielen für SPP, die auf die Kassenpolitik zurückzuführen sind. Der Umstand, dass die nötigen Therapiestunden nicht selbst bezahlt werden können, in Kombination damit, dass es nicht genug Kassenplätze oder bewilligte Kassenstunden gibt, erschwert die Situation für viele Menschen und beeinträchtigt eine effiziente therapeutische Arbeit und den Therapieoutcome. Als besonders betroffen wurden von StudienteilnehmerInnen sozial schwache PatientInnen mit schweren Störungen erkannt, die einen hohen Unterstützungsbedarf haben. Es wurde von zwei StudienteilnehmerInnen angesprochen,

dass sie in manchen Fällen ihren Tarif anpassen bzw. niedriger ansetzen müssten, um bedürftige KlientInnen nicht abzuweisen.

Wie bereits erwähnt, darf man aus den Ergebnissen bezüglich der offenen Fragen im Rahmen der Untersuchung keine Schlüsse für die generelle Situation in Österreich bzw. der österreichischen PsychotherapeutInnen ziehen, weil die Anzahl an Rückmeldung seitens der StudienteilnehmerInnen klein ist. Da diese Punkte (schwierige finanzielle Situation und nicht optimale Kassenpolitik) mehrmals angesprochen wurden, sollten sie aber auch nicht ignoriert werden. Es wäre interessant zu untersuchen, welches Ausmaß diese Punkte einnehmen, inwieweit dadurch die psychotherapeutische Arbeit beeinträchtigt wird und ob sie Stress oder generelle Unzufriedenheit bei PsychotherapeutInnen verursachen. Zeit- bzw. Kapazitätsmangel ist eine weitere öfters angesprochene SPP, die zur Erschöpfung oder Abweisung von KlientInnen und zu langen Wartezeiten führen könnte. Inwieweit sich das auf das Wohlbefinden der PsychotherapeutInnen und deren Befriedigung mit dem Job auswirkt bzw. welche potenzielle negative Folgen der dauerhafte Stress aufgrund Zeitmangel haben könnte und wie das Problem mit dem Kapazitätsmangel minimiert werden könnte, sind weitere interessante Fragen.

Während einige SPP offensichtlich und leicht zu erkennen sind, sind andere SPP nicht eindeutig wahrnehmbar (Buchholz, 2017). Darüber hinaus ist die Quelle der Problemsituation nicht immer eindeutig, sondern stellt eine Kombination verschiedener Faktoren dar (Schröder & Davis, 2004). Beide zitierten Arbeiten betonen diesbezüglich, dass der Umgang der PsychotherapeutInnen mit solchen Situationen entscheidend ist. Während der ignorante oder dysfunktionale Umgang den therapeutischen Prozess stören und den Outcome beeinträchtigen kann, kann der konstruktive Umgang hingegen u.a. zur professionellen Weiterentwicklung der PsychotherapeutInnen führen (Schröder & Davis, 2004). Wenn man ein gutes Reflexionsvermögen hat und die nötigen Hilfestellungen, wie z.B. Supervision nutzt, sollte es leichter sein die Essenz der SPP zu verstehen und entsprechend zu handeln (Schröder & Davis, 2004). Die Antworten auf die offenen Fragen zu BS entsprechen der Literatur, weil von ihnen eine Einstimmigkeit der StudienteilnehmerInnen über die entscheidende Rolle eines verantwortlichen Umganges mit den beruflichen Herausforderungen abgelesen werden kann. Super- und Intervisionen sind, laut den Antworten, die wohl am häufigsten eingesetzten Strategien im Umgang mit SPP. Es wurde von mehreren StudienteilnehmerInnen betont, dass die Supervision

unabhängig von der Komplexität der SPP immer sinnvoll und für PsychotherapeutInnen in allen Karrierephasen unumgänglich ist.

Viele StudienteilnehmerInnen berichteten von verschiedenen Methoden der Selbstreflexion, derer sie sich in herausfordernden Situationen bedienen, um ein klares Bild über das Geschehen zu bekommen und sich dadurch für einen angemessenen weiteren Vorgang, der abhängig von der konkreten Situation verschiedene Gesichter haben könnte, zu entscheiden.

Aus den Antworten werden als nächstes die Selbstfürsorgemechanismen bzw. die verschiedensten Ausgleichbeschäftigungen im persönlichen Leben als ein wichtiger Punkt im Umgang mit beruflichen Herausforderungen abgelesen. Die bewusste Sorge für den Erhalt der eigenen Work-Life-Balance wurde jedoch im Fragebogen nicht berücksichtigt bzw. ist als eine BS im Umgang mit SPP nicht berücksichtigt. Im Fragebogen wurde ausschließlich die BS Kategorie *Befriedigungssuche als Kompensation* betont, welche jedoch anders konzipiert wurde bzw. für vermeidungsorientiert gehalten wurde (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Somit zeigt der Fragebogen eine Einschränkung, indem er die Psychohygienepraktiken als Teilaspekt des konstruktiven Umganges mit SPP nicht erfasst bzw. deren Bedeutung nicht betrachtet. Die Selbstfürsorge ist wichtig, da eben die Ausübung von Ausgleichbeschäftigungen den schlechten Auswirkungen von Arbeitsstress wie etwa Erkrankungen, negative Folgen für die Arbeit mit KlientInnen, Beeinträchtigung der Interesse und Befriedigung von der Arbeit u.a. entgegenwirken kann (Hoffmann & Hofmann, 2012). Psychohygienepraktiken können für PsychotherapeutInnen eine Gelegenheit sein, deren – wie es Irvin Yalom (2002) nennt – wertvollstes Arbeitsinstrument zu warten – nämlich sich selbst und die eigene Psyche. Es ist daher nicht egoistisch oder unprofessionell Abstand zu nehmen und sich mit den eigenen Interessen zu beschäftigen, sondern notwendig für die eigene innerliche Balance, die wiederum eine Bedingung für effiziente Arbeit darstellt (Hoffmann & Hofmann, 2012).

Die Antworten zu den Reaktionen zeigen, dass PsychotherapeutInnen eine große Vielfalt an emotionalen, kognitiven und somatischen Reaktionen in herausfordernden Situationen aufweisen. Im Einklang mit den Ergebnissen der statistischen Analyse nannten die StudienteilnehmerInnen Zustände, die Engagement reflektieren wie z.B. aufmerksam, interessiert oder wach. Von den offenen Antworten können jedoch im Vergleich zu den Antworten auf den Fragebogen mehrere negative Reaktionen abgelesen werden. Vor allem Hilflosigkeit, Angst,

körperliche Verspannung und Müdigkeit bis hin zur Erschöpfung wurden mehrmals angesprochen. Aufgrund der kleinen Stichprobe und dadurch, dass das Untersuchungsinstrument erst für die Ziele dieser Studie entwickelt wurde bzw. nicht etabliert ist, sollen die diskutierten Ergebnisse nicht generalisiert werden. Sie geben dennoch einen wichtigen Hinweis darauf, dass SPP eine sowohl psychische als auch physische Belastung für PsychotherapeutInnen sein können und insofern weiter untersucht werden sollten. Mithilfe der Ergebnisse könnte ggf. das Untersuchungsinstrument weiterentwickelt und für zukünftige Studien optimiert werden.

Stärken und Schwächen der Studie

Die Studie weist eine Limitation darin auf, dass bei den teilgenommenen PsychotherapeutInnen nicht nach dem aktuellen Arbeitssetting gefragt wurde. Es ist somit nicht möglich nachzuvollziehen, ob die StudienteilnehmerInnen an einer Klinik tätig sind oder eine Privatpraxis führen bzw. ob sie allein oder in einem Team arbeiten. Diese Information könnte jedoch relevant sein, da einige herausfordernde Situationen und der Umgang damit eventuell auch davon abhängig sind, wo PsychotherapeutInnen arbeiten bzw. ob sie sich unmittelbar einer kollegialen Unterstützung bedienen können.

Ein Hauptziel der Untersuchung war es, Unterschiede zwischen BerufsanfängerInnen und erfahrenen PsychotherapeutInnen zu analysieren. Die Stichprobe besteht dennoch aus ca. doppelt so vielen erfahrenen PsychotherapeutInnen wie BerufsanfängerInnen, was als eine weitere Untersuchungsschwäche betrachtet werden kann.

Die ausgewählte Untersuchungsstrategie hat sowohl Stärken als auch Schwächen. Eine Einschränkung der quantitativen Untersuchung mittels eines Fragebogens im Vergleich zum Interviewverfahren ist der Entfall der Möglichkeit bei den StudienteilnehmerInnen wegen relevanter Zusatzinformationen bezüglich des Untersuchungsgegenstandes direkt nachzufragen. Das könnte vor allem bei subjektiven, mehrdimensionalen Konstrukten wie SPP, BS und Reaktionen nachteilig sein, da hierbei potenziell wichtige Details, die eine qualitative Studie mittels Interviews erfassen würde, zum besseren Verständnis nicht erhoben werden können. Das quantitative Fragebogenverfahren bietet einen verallgemeinerten Blick auf SPP, die daraus resultierende Reaktion und die eingesetzten BS. Dadurch, dass BS aus dem konkreten Kontext herausgelöst wurden, können einzelne BS auf deren Angemessenheit angesichts einer konkreten SPP nicht beurteilt werden. Mittels Interview hätten weitere Fragen bzgl. einer konkreten

Schwierigkeit und der eingesetzten Bewältigungsstrategie gestellt und somit mehr Details über die konkrete Situation erfasst werden können.

Auf der anderen Seite bietet die quantitative Untersuchung mittels eines Online-Fragebogens die Möglichkeit nicht ausschließlich isolierte Einzelfälle, sondern mehrere Situationen gleichzeitig sowie weniger zweitaufwendig zu erfassen und so eine große Stichprobe zu rekrutieren. Dadurch kann erstens die Anonymität der StudienteilnehmerInnen gewährleistet und zweitens eine bessere Generalisierbarkeit der Ergebnisse erlangt werden. Die große Stichprobe ist bezüglich der Untersuchung der Reaktionen vorteilhaft, da frühere Studien zu diesem Thema, wie z.B. von Smith und KollegInnen (2007b) und Honda (2014), ausschließlich qualitative Interviews mit sehr kleinen Stichproben durchführten und daher weniger Generalisierbarkeit erlauben.

Als eine Stärke der Studie könnte daher der Versuch gesehen werden, eine neue methodische Vorgehensweise zu entwickeln, um emotionale, somatische und kognitive Reaktionen zu operationalisieren und bezugnehmend auf SPP und BS quantitativ zu untersuchen. Es wurde dadurch ermöglicht, Selbstangaben hinsichtlich der Reaktion auf SPP von über 300 StudienteilnehmerInnen zu sammeln und daraus Schlussfolgerungen zu ziehen. Das Instrument könnte dennoch basierend auf den Erfahrungen mit der vorliegenden Studie verbessert und ggf. so angepasst werden, dass Reaktionen in Bezug auf konkrete SPP untersucht werden können. Die offenen Fragen, welche den Fragebogen ergänzen, können auch als eine Stärke der Studie betrachtet werden. Trotz der relativ niedrigen Teilnahmequote liefern die Antworten auf diese Fragen Hinweise auf relevante Punkte, die zur Weiterentwicklung des eingesetzten Verfahrens beitragen können.

Conclusio

Die Ausübung jedes Berufs geht mit Schwierigkeiten einher, die teils häufiger oder seltener vorkommen, die als für den konkreten Bereich charakteristisch gelten und deren Entstehung von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden. Die Psychotherapie macht dabei keine Ausnahme und PsychotherapeutInnen müssen mit verschiedenen Herausforderungen in ihrem Beruf umgehen. Es wird im Hinblick auf frühere Beschreibungen von SPP und die Ergebnisse dieser Studie schlussfolgernd folgende Definition von SPP vorgeschlagen: SPP sind herausfordernde Situationen, denen kein negativer Wert zugeschrieben werden darf. Für sich genommen sollen SPP

daher nicht als Unzulänglichkeit der TherapeutInnen wahrgenommen werden. SPP stellen auch keine Schuldzuweisung an KlientInnen, die anspruchsvolle Verhaltensweisen aufweisen, dar. Auch therapieimmanente Prozesse wie etwa provokantes Verhalten, komplizierte Beziehungen, eine Gegenübertragung u.a. können als SPP wahrgenommen werden, wenn diese den therapeutischen Prozess oder das eigene Wohlbefinden der PsychotherapeutInnen negativ beeinflussen. SPP sind unumgänglich und daher normal. Sie können von den TherapeutInnen, den KlientInnen oder durch externe Faktoren verursacht werden. Das Ziel von PsychotherapeutInnen sollte daher nicht sein SPP komplett vorzubeugen, sondern erstens an sich selbst zu arbeiten, um SPP, die durch einen selbst verursacht werden, zu verstehen und ggf. zu verringern; und zweitens eine Sensibilität für SPP zu entwickeln, da deren Bewusstwerdung und aktive Bearbeitung sowie die Entscheidung über den angemessenen weiteren Vorgang damit in der Verantwortung der PsychotherapeutInnen liegt.

Es folgt, dass PsychotherapeutInnen zwar oftmals keine Kontrolle über das Entstehen von SPP haben, sie jedoch die Verantwortung für den angemessenen Umgang damit bzw. für die konstruktive Bewältigung der herausfordernden Situationen tragen. Eine Schlussfolgerung darüber, was eine konstruktive Bewältigung ausmacht, wird auf Basis der Antworten auf die offenen Fragen der Studie gezogen. Konstruktive Bewältigung setzt sich aus mehreren sich ergänzenden Elementen zusammen. Der erste Schritt ist die aktive Auseinandersetzung mit der SPP durch Selbstreflexion und/oder Supervision mit dem Ziel sich die Quelle und den Charakter der SPP bewusst zu machen und eine angemessene Entscheidung bzgl. des weiteren Vorgehens zu treffen. Entsprechend kann in Abhängigkeit von den Eigenschaften der SPP entschieden werden, welche Umgangsstrategie konstruktiv ist. Ein und dieselbe Umgangsstrategie könnte in einer Situation effizient und in einer anderen Situation unangebracht sein. Es gibt insofern sowohl allgemein gesehen konstruktive und dysfunktionale BS (aktive Auseinandersetzung vs. Ignoranz) als auch BS deren Angemessenheit erst durch die konkrete Situation bestimmt werden kann. Das letzte Element einer konstruktiven Bewältigung stellt die Selbstfürsorge dar. Abstand zu nehmen und sich mit den persönlichen Hobbys und eigenen Interessen zu beschäftigen, sind notwendige Psychohygienepraktiken, welche die innere Balance pflegen und dadurch eine effiziente Arbeit fördern können. Es folgt, dass BS auf drei Ebenen eingesetzt werden können – allgemeine BS (Selbstreflexion und Supervision), situationsabhängige BS und Selbstfürsorge.

Psychotherapie kann mit herausfordernder Kommunikation, unerwarteten Wendungen und Konfrontation mit schmerzlicher Realität verbunden sein. Die psychotherapeutische Tätigkeit verlangt somit Engagement und Verantwortung gegenüber dem therapeutischen Prozess, den KlientInnen und sich selbst, ein hohes Reflexionsvermögen wie auch eine aktive Selbstexploration, Unterstützung in Form von Supervision und Selbstfürsorge für den Erhalt der inneren Balance. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die an der Studie untersuchten PsychotherapeutInnen ihren KlientInnen und dem therapeutischen Prozesses mit einem hohen Engagement und Verantwortungsgefühl entgegentreten und einen gesunden Umgang mit ihren beruflichen Herausforderungen aufweisen. Die Studie zeigt weiter, dass die Dauer der Berufserfahrung einen Faktor darstellt, der bezüglich SPP von Bedeutung ist. Die Ergebnisse der Studie zeigen auch, dass BerufsanfängerInnen häufiger als erfahrene TherapeutInnen mit SPP konfrontiert sind, was am stärksten den Kompetenzzweifel betrifft. Die Ergebnisse liefern Hinweise darauf, dass es BerufsanfängerInnen schwerer fällt herausfordernde Situationen zu akzeptieren und sich unmittelbar mit ihnen auseinander zu setzen. Darüber hinaus weisen BerufsanfängerInnen intensivere Angstgefühle, Nervosität und somatische Reaktionen, wenn sie mit SPP konfrontiert sind, sowie höher ausgeprägte Rumination nach schwierigen Sitzungen im Vergleich zu erfahrenen PsychotherapeutInnen auf. Supervision und Austausch mit erfahrenen KollegInnen über berufliche Herausforderungen kann eine erleichternde Wirkung für BerufsanfängerInnen haben und die damit verbundenen Angstgefühle und anderen negativen Emotionen und Gedanken normalisieren. Außerdem können mit zunehmender Berufserfahrung wichtige berufsrelevante Skills und mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten gewonnen werden. Eine unterstützende kollegiale Umgebung und die Zunahme an Praxisstunden können jedoch, ohne eine aktive Selbstexploration mit dem Ziel sich selbst und die eigenen Grenzen besser kennenzulernen, kein professionelles und persönliches Wachstum sichern.

Literaturverzeichnis

Blanca, M.J., Alarcón, R., Arnau, J., Bono, R., & Bendayan, R. (2017). Non-normal data: Is ANOVA still a valid option?. *Psicothema, 29*(4), 552-557. doi: 10.7334/psicothema2016.383

Breyer, B., & Bluemke, M. (2016). Deutsche Version der Positive and Negative Affect Schedule PANAS (GESIS Panel). *Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen*. doi: 10.6102/zis242

Buckman, J.R., & Barker, C. (2010). Therapeutic orientation preferences in trainee clinical psychologists: Personality or training?. *Psychotherapy Research, 20*(3), 247-258. doi: 10.1080/10503300903352693

Buchholz, M.B. (2017). Empathie und »Typische Problem-Situationen« (TPS). Plädoyer für einen psychoanalytischen Situationismus. *Psyche, 71*(1), 28-59. doi:10.21706/ps-71-1-28

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Cortina, J.M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology, 78*(1), 98-104.

Davis, J.D., Elliott, R.K., Davis, M.L., Binns, M., Francis, V.M., Kelman, J.E., & Schröder, T.A. (1987a). Development of a taxonomy of therapists' difficulties: Initial report. *British Journal of Medical Psychology, 60*(2), 109–119.

Davis, J. D., Francis, V. M., Davis, M. L., Schröder, T. A., Kelman, J. E., Binns, M. & Elliot, R. K. (1987b) Development of a taxonomy of therapists' coping strategies: Initial report. *Unpublished manuscript*.

Delacre, M., Lakens, D., & Leys, C. (2017). Why psychologists should by default use Welch's *t*-test instead of Student's *t*-test. *International Review of Social Psychology, 30*(1), 92–101. doi:10.5334/irsp.82

Faul, F., Erdelfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175–191. https://doi.org/10.3758/BF03193146

Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3rd ed.). Los Angeles: Sage.

Gopang, M.A., Nebhwani, M., Khatri, A., & Marri, H.B. (2017). An assessment of occupational health and safety measures and performance of SMEs: An empirical investigation. *Safety Science, 93*, 127–133. doi:10.1016/j.ssci.2016.11.024

Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., and Sarstedt, M. (2014). *A primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Heinonen, E., & Orlinsky, D. E. (2013). Psychotherapists' personal identities, theoretical orientations, and professional relationships: Elective affinity and role adjustment as modes of congruence. *Psychotherapy Research, 23*(6), 718–731. doi: 10.1080/10503307.2013.814926

Henkel, M., Michel. S., Gaubatz, S., Keymer, A., Brakemeier, E., Benecke, C. (2019). Schwierige Situationen in der Psychotherapie und wie Therapeuten mit ihnen umgehen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 65*(4), 372-383. doi: 10.13109/zptm.2019.65.4.372

Hess, S., Knox, S., & Hill, C. E. (2006). Teaching graduate student trainees how to manage client anger: A comparison of three types of training. *Psychotherapy Research, 16*(3), 282–292. doi:10.1080/10503300500264838

Hill, C. E., Sullivan, C., Knox, S., & Schlosser, L. Z. (2007). Becoming psychotherapists: Experiences of novice trainees in a beginning graduate class. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training,44*(4), 434–449. doi:10.1037/0033-3204.44.4.434

Hinton, P.R., Brownlow, C., McMurray, I., & Cozens, B. (2004). *SPSS explained*. London, New York: Routledge.

Hoffmann, N. & Hofmann, B. (2012). *Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater* (2. Aufl.). Weinheim Basel: Beltz Verlag.

Honda, K.J. (2014). *Seasoned psychotherapists' experience of difficult clinical moments*. Dissertation, Antioch University Seattle.

Jaeggi, E., & Reimer, C. (2008). Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit von Psychotherapeuten. *Psychotherapeut, 53*(2), 92–99. doi:10.1007/s00278-008-0584-z

Lenhard, W. & Lenhard, A. (2016). *Berechnung von Effektstärken*. Abgerufen unter: https://www.psychometrica.de/effektstaerke.html. Dettelbach: Psychometrica. doi: 10.13140/RG.2.2.17823.92329

Michels, R. (1977). Treatment of the difficult patient in psychotherapy. *Canadian Psychiatric Association Journal, 22*(3), 117-121.

Minnig, N. (2014). *Wie handhaben Praktikantinnen in sozialen Institutionen den Umgang mit der Schweigepflicht?*. Bachelorarbeit, HES-SO Valais-Wallis – Hochschule für Soziale Arbeit.

Moss, S., Prosser, H., Costello, H., Simpson, N., Patel, P., Rowe, S., Turner, S., & Hatton, C. (1998). Reliability and validity of the PAS-ADD Checklist for detecting psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 42*(2), 173-183. doi:10.1046/j.1365-2788.1998.00116.x

Nissen-Lie, H.A., Monsen, J.T., & Rønnestad, M.H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research, 20*(6), 627-646. doi:10.1080/10503307.2010.497633

Nissen-Lie, H.A., Monsen, J.T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M.H. (2012). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research, 23*(1), 1-19. doi:10.1080/10503307.2012.735775

Nissen-Lie, H.A., Rønnestad, M.H., Høglend, P.A., Havik, O.E., Solbakken, O.A., Stiles, T.C., & Monsen, J.T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist?. *Clinical Psychology and Psychotherapy 24*, 48–60. doi:10.1002/cpp.1977

Ogunfowora, B., & Drapeau, M. (2008). A study of the relationship between personality traits and theoretical orientation preferences. *Counselling & Psychotherapy Research, 8*(3), 151-159. doi:10.1080/14733140802193218

Odyniec, P., Victor, P.P., Berner, A., & Willutzki, U. (2016). Schwierigkeiten in der psychotherapeutischen Arbeit. *Psychotherapeut, 61*(3), 216–221. doi:10.1007/s00278-16-0105-4

Odyniec, P., Probst, T., Margraf, J., & Willutzki, U. (2017). Psychotherapist trainees' professional self-doubt and negative personal reaction: Changes during cognitive behavioral therapy and association with patient progress. *Psychotherapy Research, 29*(1), 123-138. doi: 10.1080/10503307.2017.1315464

Orlinsky, D.E., & Rønnestad, M.H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.

Plutchik, R., Conte, H. R., & Karasu, T. B. (1994). Critical incidents in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 48*(1), 75–84. doi:10.1176/appi.psychotherapy.1994.48.1.75

Poznanski, J. J., & McLennan, J. (2003). Becoming a psychologist with a particular theoretical orientation to counseling practice. *Australian Psychologist, 38*(3), 223-226. doi:10.1080/00050060310001707247

Ray, C., Lindop, J., & Gibson, S. (1982). The concept of coping. *Psychological Medicine, 12*(2), 385-395. doi:10.1017/S0033291700046729

Razali, N.M., & Wah, Y.B. (2011). Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics, 2*(1), 21-33.

Robinson, N. L., Schweitzer, R. D., & O´Connor, E. L. (2019). Early reflections on becoming a therapist: Development of reflective practice in clinical training programmes in an Australian context. *Counselling and Psychotherapy Research, 19*(5), 1-11. doi:10.1002/capr.12255

Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist, 41*(7), 813–819. doi:10.1037/0003-066X.41.7.813

Sachse, R. (2004). Schwierige Interaktionssituationen im Psychotherapieprozess. Abgerufen am 15. April 2020 von http://www.ipp-bochum.de/n-kop/schwierige-interaktionssituationen.pdf

Schröder, T.A. (1997). Was lange währt wird auch nicht leichter – Schwierigkeiten und Bewältigungsstrategien in der psychotherapeutischen Arbeit. In P. L. Janssen, M. Cierpka, & P. Buchheim (Hrsg.), *Psychotherapie als Beruf* (S. 223–239). Goettingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schröder, T.A., & Davis, J.D. (2000). Difficulties in therapeutic practice: Rating manual. Abgerufen am 3. April 2020 von https://www.academia.edu/22038074/Difficulties_Rating_Manual

Schröder, T.A., & Davis, J.D. (2004). Therapists' experience of difficulty in practice. *Psychotherapy Research, 14*(3), 328-345. doi:10.1093/ptr/kph028

Schröder, T., Orlinsky, D., Rønnestad, M.H., & Willutzki, U. (2015). Psychotherapeutic process from the psychotherapist's perspective. In O.C.G. Gelo (Ed.), *Psychotherapy Research. Foundation, Process and Outcome* (pp. 351-365). Vienna/New York: Springer.

Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the novice counselor and therapist. *Journal of Career Development, 30*(1), 45-58. doi:10.1023/A:1025125624919

Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. (2016). *The resilient practitioner: Burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions* (3rd ed.). New York: Routledge. doi:10.4324/9781315737447

Smith, A.J.M., Kleijn, W.C., & Hutschemaekers, G.J.M. (2007b). Therapist reactions in self-experienced difficult situations: An exploration. *Counselling and Psychotherapy Research, 7*(1), 34-41. doi:10.1080/14733140601140865

Smith, A.J.M., Kleijn, W.C., Trijsburg, R.W., & Hutschemaekers, G.J.M. (2007a). How therapists cope with clients' traumatic experiences. *Torture: Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture, 17*(3), 203-215.

Tavakol, M. & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education, 2*, 53-55. doi:10.5116/ijme.4dfb.8dfd

Thériault, A., & Gazzola, N. (2005). A grounded theory analysis of feelings of incompetence among experienced therapists. *Counselling and Psychotherapy Research, 5*(1), 11-18. doi: 10.1080/14733140512331343840

Thériault, A., & Gazzola, N. (2008). Feelings of incompetence among experienced clinicians: A substantive theory. *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy, 3*, 19-29.

Thériault, A., & Gazzola, N. (2010). Therapist feelings of incompetence and suboptimal processes in psychotherapy. *Journal of Comtemporary Psychotherapy, 40*(4), 233-243. doi: 10.1007/s10879-010-9147-z

Thériault, A., Gazzola, N., & Richardson, B. (2009). Feelings of incompetence in novice therapists: Consequences, coping, and correctives. *Canadian Journal of Counselling, 43*(2), 105-119.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063-1070. doi:10.1037/0022-3514.54.6.1063

Weig, W. (2009). Der „schwierige“ Patient in der psychiatrischen Versorgung. *Der Nervenarzt, 80*(7), 847–854. doi:10.1007/s00115-009-2789-y

Yalom, I.D. (2002). *The gift of therapy. An open letter to a new generation of therapists and their patients*. Sofia: Colibri.

Zimmerman, D.W. (1987). Comparative power of Student *t* Test and Mann-Whitney *U* Test for unequal sample sizes and variance. *The Journal of Experimental Education, 55*(3), 171-174. doi:10.1080/00220973.1987.10806451

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Häufigkeitsverteilung der Stichprobe: Geschlecht..……..…53

Abbildung 2. Häufigkeitsverteilung der Stichprobe: Dauer der Berufstätigkeit……..…55

Abbildung 3. Häufigkeitsverteilung der Stichprobe: theoretische Orientierung…..……..…56

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 *Ergebnisse der ISDP bezüglich der Unterschiede in den SPP Häufigkeiten zwischen BerufsanfängerInnen und erfahrenen TherapeutInnen (Orlinsky & Rønnestad, 2005, S. 277)*…27

Tabelle 2 *Ergebnisse der ISDP bezüglich der Unterschiede in den BS Häufigkeiten zwischen BerufsanfängerInnen und erfahrenen TherapeutInnen (Orlinsky & Rønnestad, 2005, S. 277)*…28

Tabelle 3 *Reliabilitäten aller FSB Skalen*……..……47

Tabelle 4 *Reliabilitäten der Skalen positive und negative Emotionen und somatische Reaktionen*…….……..…51

Tabelle 5 *Aufteilung der StudienteilnehmerInnen in Altersgruppen*…….……53

Tabelle 6 *Aufteilung der StudienteilnehmerInnen nach Bundesland und Angaben für die Verteilung der PsychotherapeutInnen in Österreich*…...……..54

Tabelle 7 *Deskriptive Beschreibung aller SPP Items der FSB und der drei SPP Dimensionen*...59

Tabelle 8 *Deskriptive Beschreibung aller BS Items der FSB und der sechs BS Dimensionen*.....60

Tabelle 9 *Deskriptive Beschreibung aller PANAS Items zur emotionalen Reaktion auf SPP* …..61

Tabelle 10 *Deskriptive Beschreibung aller Items zu den kognitiven sowie somatischen Reaktionen*…….....61

Tabelle 11 *Nummerische Parameter für die Analyse der Verteilung der Skalen und Items zu SPP, BS und Reaktionen*…..…….....63

Tabelle 12 *Häufigkeitsunterschiede in den erlebten Schwierigkeiten zwischen den Berufserfahrungsgruppen*…….....67

Tabelle 13 *Häufigkeitsunterschiede in den eingesetzten Bewältigungsstrategien zwischen den Berufserfahrungsgruppen*…….....69

Tabelle 14 *Häufigkeitsunterschiede in den erlebten Schwierigkeiten in Abhängigkeit davon, ob der Umgang mit Schwierigkeiten in der Ausbildung abgedeckt wurde*…….....71

Tabelle 15 *Häufigkeitsunterschiede in den eingesetzten Bewältigungsstrategien in Abhängigkeit davon, ob der Umgang mit Schwierigkeiten in der Ausbildung abgedeckt wurde*.....72

Tabelle 16 *Häufigkeitsunterschiede in den erlebten Schwierigkeiten und eingesetzten Bewältigungsstrategien zwischen den Geschlechtern*……...……..…..75

Tabelle 17 *Korrelation zwischen Schwierigkeits- und Reaktionsdimensionen (Spearman´s rho) (N = 323)*…….…….....……...…….....77

Tabelle 18 *Korrelation zwischen Reaktionsdimensionen und Dimensionen zu annäherungsorientierten und vermeidenden BS (Spearman´s rho) (N = 323)*…….....78

Tabelle 19 *Unterschiede in den Mittelwerten der erfassten emotionalen und somatischen Reaktionen zwischen der Berufsanfängergruppe, der mittleren Gruppe und der Gruppe der erfahrenen PsychotherapeutInnen* ……..…..……81

Tabelle 20 *Unterschiede in den Mittelwerten der erfassten somatischen und kognitiven Reaktionen zwischen der Berufsanfängergruppe, der mittleren Gruppe und der Gruppe der erfahrenen PsychotherapeutInnen* ……82

Tabelle 21 *Unterschied in den Mittelwerten ausgewählter Reaktionskategorien in Abhängigkeit davon, ob Schwierigkeiten und ihre Bewältigung in der Ausbildung abgedeckt wurden* …….....83

Tabelle 22 *Mittelwerte von Männern und Frauen für ausgewählte Reaktionsdimensionen*…..…84

Tabelle 23 *Mittelwerten ausgewählter Reaktionsdimensionen für die verschiedenen theoretischen Orientierungen*……...……85

Tabelle 24 *Deskriptive Werte für die neuen SPP Items*…….86

Tabelle 25 *Beispiele für SPP, welche die Oberkategorie Quelle TherapeutIn aufbauen*…...…...88

Tabelle 26 *Beispiele für SPP, welche die Oberkategorie Quelle KlientIn aufbauen*….....…...89

Tabelle 27 *Beispiele für SPP, welche die Oberkategorie Quelle externer Faktoren aufbauen*....91

Abkürzungsverzeichnis

BS = Bewältigungsstrategien

FSB = Fragebogens zu Schwierigkeiten und Bewältigungsstrategien

FTC = Frustrierender Treatment-Case

ISDP = International Study on the Development of Psychotherapists

KZ = Kompetenzzweifel

NRK = Negative Reaktionen gegenüber einem/r Klienten/in

SPP = Schwierigkeiten im psychotherapeutischen Prozess

Studie zu Schwierigkeiten im psychotherapeutischen Prozess und deren Bewältigung

Seite 1

Sehr geehrte Teilnehmerinnen, sehr geehrte Teilnehmer,

die vorliegende Befragung ist ausschließlich an PsychotherapeutInnen gerichtet und soll der Untersuchung von Schwierigkeiten im psychotherapeutischen Prozess dienen. Damit sind problematische berufsbezogene Situationen gemeint, die für die PsychotherapeutInnen eine Herausforderung darstellen. In Zusammenhang damit werden auch mögliche Bewältigungsstrategien erfragt, die von PsychotherapeutInnen verwendet werden, wenn Schwierigkeiten in der Praxis auftauchen. Gegenstand der Befragung ist auch das subjektive Erleben der Situationen, die als schwierig empfunden werden. Das konkrete Ziel der Untersuchung ist es, Unterschiede zwischen erfahrenen PsychotherapeutInnen und Anfängern sowie eventuelle Geschlechtsunterschiede zu erfassen.

Herzlichen Dank für Ihr Interesse an der Studie und viel Spaß beim Ausfüllen des Fragebogens!

Einverständniserklärung

Ihre Rechte:
Selbstverständlich können Sie jederzeit vor, während und auch nach der Studie weitere Informationen über Zweck, Ablauf usw. der Studie von der Studienleiterin erfragen. Die Teilnahme an dieser Studie ist vollkommen freiwillig. Sie können die Untersuchung jederzeit – auch ohne Angabe von Gründen – abbrechen.

Datenschutz:
Sämtliche in dieser Studie erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Ihre Anonymität bleibt stets gewahrt. Die Daten werden ausschließlich gruppenbezogen analysiert.

Einverständniserklärung:
Durch das Ankreuzen des unten stehenden Kästchens bestätigen Sie, dass Sie das vorliegende Informationsblatt gelesen haben. Sie erklären sich mit der Teilnahme an dieser Studie, sowie mit der Analyse Ihrer Daten durch befugte Personen einverstanden.

Ich habe die Information gelesen und möchte an dieser Studie teilnehmen. *

◯ Ja

Fragen zu Schwierigkeiten im psychotherapeutischen Prozess

Wie oft kommen in letzter Zeit folgende Schwierigkeiten in Ihrer Praxis vor?

	0 = nie	1	2	3	4	5 = sehr oft
1. Ich habe wenig Vertrauen darauf, dass ich einen günstigen Einfluss auf eine/n Klientin/en habe.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
2. Ich denke, dass meine Behandlung einem/r Klienten/in mehr schadet als nutzt.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
3. Ich weiß nicht, wie ich in einem bestimmten Fall am besten vorgehen sollte.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
4. Ich befürchte, dass ich die Kontrolle über die therapeutische Situation an eine/n Klientin/en verlieren werde.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
5. Ich habe Schwierigkeiten, mich empathisch in die Erfahrungen eines/r Klienten/in einzufühlen.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
6. Meine persönlichen Wertvorstellungen erschweren es mir, dem/r Klienten/in gegenüber eine angemessene Einstellung beizubehalten.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
7. Macht- und Einflusslosigkeit gegenüber der tragischen Lebenssituation eines/r Klienten/in.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
8. In meiner Arbeit mit einer/m Klientin/en sind moralische oder ethische Probleme aufgetreten.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
9. Ich bin nicht in der Lage, genügend Kraft aufzubringen, um die Therapie mit einem/r Klienten/in in einer konstruktiven Richtung voranzutreiben.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
10. Ein/e Klient/in blockiert aktiv meine Bemühungen.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
11. Ich finden keine Möglichkeit, einem/r Klienten/in zu helfen.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
12. Ich bin in einer kritischen Situation mit einem/r Klienten/in falsch vorgegangen.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
13. Ich bin nicht in der Lage, das Wesentliche an den Problemen eines/r Klienten/in zu erfassen.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
14. Ich bin nicht in der Lage, die emotionalen Bedürfnisse eines/r Klienten/in zu ertragen.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
15. Ich bin nicht fähig, einem/r Klienten/in Sympathie oder Achtung entgegenzubringen.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
16. Meine persönlichen Lebensumstände beeinträchtigen die Arbeit mit einem/r Klienten/in.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
17. Bestimmte Faktoren im Leben eines/r Klienten/in machen einen günstigen Therapieausgang unmöglich.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
18. Konflikt zwischen gleichwertigen Verpflichtungen gegenüber einem/r Klienten/in einerseits und anderen Personen andererseits.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
19. Die Beziehung zu einem/r Klienten/in ist festgefahren und scheint nicht voranzukommen.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
20. Ein/e Klient/in verschwendet meine Zeit.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
21. Ich habe den Verdacht, dass ich meine Schweigepflicht verletzt haben könnte.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
22. Ein/e Klient/in ruft mich außerhalb meiner Arbeitszeit an.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
23. Ein/e Klient/in bringt mir Geschenke.	◯	◯	◯	◯	◯	◯
24. Ich habe die Grenzen einer/s Klientin/en überschritten.	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Welche anderen Schwierigkeiten treffen Sie als PsychotherapeutIn? Würden Sie bitte Beispiele aus der Praxis anführen?

Fragen zu Bewältigungsstrategien

Wenn Sie Schwierigkeiten haben, wie oft...

	0 = nie	1	2	3	4	5 = sehr oft
1. versuchen Sie, das Problem aus einer anderen Perspektive zu sehen?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
2. versuchen Sie, Ihre beunruhigenden Gefühle innerlich zu verarbeiten?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
3. besprechen Sie Ihre Schwierigkeit mit dem/r Klienten/in?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
4. besprechen Sie das Problem mit einem/r Kollegen/in?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
5. konsultieren Sie die Fachliteratur?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
6. ziehen Sie andere Fachleute oder Einrichtungen hinzu?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
7. suchen Sie andere befriedigende Erfahrungen außerhalb der Therapie?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
8. setzen Sie Grenzen, um den/ie Klienten/in in einem angemessenen therapeutischen Rahmen zu halten?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
9. verlassen Sie die Therapeutenrolle, um Ihrem/r Klienten/in eine dringende Hilfestellung zu geben?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
10. ändern Sie Ihre Therapievereinbarungen mit dem/r Klienten/in?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
11. hoffen Sie einfach auf eine günstige Wendung irgendwann einmal?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
12. kritisieren Sie einen/e Klienten/in, weil er/sie Ihnen Schwierigkeiten macht?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
13. ziehen Sie ernsthaft einen Abbruch der Therapie in Betracht?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
14. überlegen Sie für sich allein, wie das Problem entstanden ist?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
15. lassen Sie einfach die Erfahrung schwieriger oder beunruhigender Gefühle zu?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
16. versuchen Sie, das Problem gemeinsam mit dem/r Klienten/in anzugehen?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
17. konsultieren Sie eine/n erfahrenere/n Therapeutin/en?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
18. melden Sie sich zur Teilnahme an einem Kongress oder Workshop an, der mit dem betreffenden Problem zu tun haben	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Workshop an, der mit dem beunruhigenden Problem zu tun haben könnte?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
19. suchen Sie die Zusammenarbeit mit Freunden oder Verwandten der/s Klientin/en?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
20. teilen Sie Ihre beunruhigenden Gefühle einer Ihnen nahestehenden Person mit?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
21. interpretieren Sie den Widerstand bzw. das beunruhigende Verhalten des/r Klienten/in?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
22. verschieben Sie die therapeutische Arbeit, um sich mit den unmittelbaren Bedürfnissen des/r Klienten/in zu befassen?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
23. verändern Sie Ihre therapeutische Einstellung oder Ihren therapeutischen Ansatz gegenüber der/m Klientin/en?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
24. vermeiden Sie es, das Problem sofort anzugehen?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
25. zeigen Sie dem/r Klienten/in Ihre Frustration?	◯	◯	◯	◯	◯	◯
26. überlegen Sie, den/ie Klienten/in einem/r anderen Therapeuten/in zu überweisen?	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Welche anderen Bewältigungsstrategien verwenden Sie, wenn Schwierigkeiten im psychotherapeutishen Prozess vorkommen? Würden Sie bitte Beispiele geben?

Fragen zum subjektiven Erleben von Schwierigkeiten im psychotherapeutischen Prozess

Wenn Sie Schwierigkeiten im Prozess der psychotherapeutischen Arbeit haben, in welchem Ausmaß fühlen Sie sich bzw. erleben Sie...

Denken Sie dabei an die schwierigen Situationen, die Sie im ersten Teil des Fragebogens angegebenen haben bzw. Sie in letzter Zeit in Ihrer Praxis treffen.

Falls Sie einen der folgenden Zustände mehrmals und in unterschiedlichem Ausmaß erlebt haben, markieren Sie bitte das Ausmaß, in dem der entsprechende Zustand am häufigsten erlebt wurde.

	1 = gar nicht	2 = ein bisschen	3 = einigermaßen	4 = erheblich	5 = äußerst
1. Aktiv	◯	◯	◯	◯	◯
2. Bekümmert	◯	◯	◯	◯	◯
3. Interessiert	◯	◯	◯	◯	◯
4. Freudig erregt	◯	◯	◯	◯	◯
5. Verärgert	◯	◯	◯	◯	◯

6. Stark	◯	◯	◯	◯	◯
7. Schuldig	◯	◯	◯	◯	◯
8. Erschrocken	◯	◯	◯	◯	◯
9. Feindselig	◯	◯	◯	◯	◯
10. Angeregt	◯	◯	◯	◯	◯
11. Stolz	◯	◯	◯	◯	◯
12. Gereizt	◯	◯	◯	◯	◯
13. Begeistert	◯	◯	◯	◯	◯
14. Beschämt	◯	◯	◯	◯	◯
15. Wach	◯	◯	◯	◯	◯
16. Nervös	◯	◯	◯	◯	◯
17. Entschlossen	◯	◯	◯	◯	◯
18. Aufmerksam	◯	◯	◯	◯	◯
19. Durcheinander	◯	◯	◯	◯	◯
20. Ängstlich	◯	◯	◯	◯	◯
21. Ärgerlich	◯	◯	◯	◯	◯
22. Schmerzhaft	◯	◯	◯	◯	◯
23. Bedürfnis, die eigenen Gefühle zu verdecken	◯	◯	◯	◯	◯
24. Rumination nach der Sitzung	◯	◯	◯	◯	◯
25. Situation als normal beurteilen	◯	◯	◯	◯	◯
26. Situation als nicht normal beurteilen	◯	◯	◯	◯	◯
27. Situation akzeptieren	◯	◯	◯	◯	◯
28. Versagergefühle	◯	◯	◯	◯	◯
29. Atemlosigkeit	◯	◯	◯	◯	◯
30. Schmetterlinge im Bauch	◯	◯	◯	◯	◯
31. Trockener Mund	◯	◯	◯	◯	◯
32. Erröten	◯	◯	◯	◯	◯
33. Herzrasen	◯	◯	◯	◯	◯
34. Schwitzen	◯	◯	◯	◯	◯
35. Kopfweh	◯	◯	◯	◯	◯
36. Adrenalinstoß	◯	◯	◯	◯	◯

Können Sie sich an andere emotionale oder somatische Reaktionen oder konkrete Gedanken erinnern, die Sie in einer schwierigen berufsbezogenen Situation hatten? Würden Sie bitte Beispiele anführen?

Fragen zu Ausbildung und Beruf

Wann haben Sie Ihre psychotherapeutische Ausbildung abgeschlossen?

- ◯ Ich bin aktuell noch in Ausbildung
- ◯ Vor weniger als 5 Jahren
- ◯ Vor 5 bis 10 Jahren
- ◯ Vor 10 bis 15 Jahren
- ◯ Vor 15 bis 20 Jahren
- ◯ Vor mehr als 20 Jahren

Wurden die Themen ‘‘Schwierigkeiten im psychotherapeutischen Prozess und deren Bewältigung‘‘ in der Ausbildung abgedeckt?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Wenn diese Themen in der Ausbildung diskutiert wurden, können Sie sagen, dass dies Ihnen dabei hilft, mit den schwierigen Situationen in der Arbeit besser umzugehen? Geben Sie bitte Ihre subjektive Einschätzung an:

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Haben Sie zusätzliche Weiterbildungen absolviert?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ Wenn Ja, geben Sie bitte diese Weiterbildungen an: _____

Wie viele Jahre sind Sie als PsychotherapeutIn berufstätig?

- ◯ Weniger als 1.5 Jahre
- ◯ 1.5 bis 3.5 Jahre
- ◯ 3.5 bis 7 Jahre
- ◯ 7 bis 15 Jahre
- ◯ 15 bis 25 Jahre
- ◯ Mehr als 25 Jahre

Geben Sie bitte Ihre theoretische Orientierung an:

- ◯ Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung
- ◯ Humanistisch-existenzielle Orientierung
- ◯ Systemische Orientierung
- ◯ Verhaltenstherapeutische Orientierung
- ◯ Andere: _____

Gibt es ein Merkmal, das für die Mehrheit Ihrer KlientInnen charakteristisch ist (z.B. Störungsbild, konkrete Problematik, soziodemographische Merkmale)?

- ◯ Nein
- ◯ Ja: _____

Soziodemographische Angaben

Geschlecht:

- ◯ weiblich
- ◯ männlich
- ◯ anderes
- ◯ keine Angabe

Alter:

Wohnsitz:

Nationalität:

Familienstand:

- ◯ Ledig
- ◯ Verheiratet
- ◯ Verwitwet
- ◯ Geschieden

Seite 8

Die Studie ist nun abgeschlossen.

Ich möchte mich herzlich bei Ihnen für die Unterstützung und für die Teilnahme an der Studie bedanken!

Freundliche Grüße
Elitsa Marinova

Bitte geben Sie Ihre E-Mail-Adresse an, wenn Sie eine Zusammenfassung der Studienergebnisse zugeschickt bekommen möchten: