

Schuldgefühle bei Psychotherapeuten

Querschnittstudie zur Abgrenzung von Schuld und Scham

Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Dr. phil.
an der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

eingereicht von

Dipl.-Psych. Stefan Junker
Luise-Rinser-Str. 49, 68723 Oftersheim

Erstgutachter: Prof. Dr. Peter Fiedler
Zweitgutachter: PD Dr. Willi Ecker

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT DER RUPRECHT-KARLS-UNIVERSITÄT HEIDELBERG

September 2011

Wenn in der vorliegenden Arbeit von Psychotherapeuten, Klienten, Psychologen, Ärzten, Psychiatern etc. gesprochen wird, sind damit jeweils weibliche und männliche Personen gemeint. Die Erwähnung jeweils der männlichen und weiblichen Form wurde unterlassen, um Satz- und Wortungetüme zu vermeiden.

Erklärung

Mit Abgabe dieser Arbeit erkläre ich ...

... dass ich die vorgelegte Dissertation selbstständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die Zitate gekennzeichnet habe.

(Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. b) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften)

... dass ich die vorgelegte Dissertation in dieser oder einer anderen Form nicht anderweitig als Prüfungsarbeit verwendet oder einer anderen Fakultät als Dissertation vorgelegt habe.

(Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. c) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften)

Name, Vorname

Ort, Datum

Unterschrift

Danksagung

Ich möchte diese Arbeit den wichtigsten Frauen in meinem Leben widmen und Ihnen aus tiefstem Herzen dafür danken, dass Sie mich so nehmen und akzeptieren, wie ich bin:

Meiner jüngst verstorbenen Mutter, meiner lieben Frau Anja, meinen wunderbaren Töchtern Pauline und Josefine.

Des weiteren möchte ich vor allem meinem Doktorvater Prof. Dr. Peter Fiedler danken, insbesondere für die Freiheit bei der Bearbeitung des Themas; meinen Klienten für ihre Lektionen; Freunden und Kollegen, die wunderbare Diskussionen mit mir geführt haben; allen Kollegen, die sich die Zeit genommen haben an der Studie teilzunehmen; allen Korrekturlesern für ihre Ausdauer, Leidenschaft und konstruktive Kritik (danke Anja und Wolfgang!); und schließlich noch einen Dank an meine Schwiegermutter Angela, für ihre Aufmunterungen und Durchhalteparolen.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Inhaltsverzeichnis | I |
| Abbildungsverzeichnis | I |
| Tabellenverzeichnis | I |
| Zusammenfassung | II |
| 1. Einleitung und Anlass für die Arbeit | 1 |
| 2. Theoretischer und empirischer Hintergrund | 3 |
| 2.1. Schuldgefühle et al. | 4 |
| 2.1.1. Was sind Gefühle? | 4 |
| 2.1.2. Was sind Schuldgefühle? | 7 |
| 2.1.3. Differenzierung von Schuldgefühlen und Bedauern | 9 |
| 2.1.4. Differenzierung von Schuld- und Schamgefühlen | 11 |
| 2.1.5. Exkurs: Emotionen, Schuldgefühle und die Grenzen der Erkenntnis | 17 |
| 2.1.6. Differenzierung verschiedener Arten von Schuldgefühlen | 18 |
| 2.1.7. Schuldgefühle und Verantwortung | 21 |
| 2.1.8. Schuldgefühle und kontrafaktisches Denken | 23 |
| 2.1.9. Schuldgefühle(n) vorbeugen, verhindern, reduzieren | 25 |
| 2.2. Entwicklung von Psychotherapeuten | 30 |
| 2.2.1. Die „Minnesota Study of Counselor and Therapist Development“ | 30 |
| 2.2.2. Die „International Study on the Development of Psychotherapists“ | 32 |
| 2.3. Schuldgefühle bei Psychotherapeuten | 37 |
| 2.3.1. Tatsächliche Schuld | 37 |
| 2.3.2. Psychoanalytische Perspektiven | 38 |
| 2.3.3. Schuldgefühle bei Medizinstudenten | 39 |
| 2.3.4. Schuldgefühle bei Suchttherapeuten | 39 |
| 2.3.5. Schuldgefühle nach Patientensuiziden | 40 |
| 2.4. Ableitung der Fragestellung | 45 |
| 3. Methodik der Hauptuntersuchung und Hypothesen | 47 |
| 3.1. Studiendesign | 47 |
| 3.2. Konkrete Hypothesen und deren Operationalisierung | 48 |

| | |
|--|-----------|
| 3.2.1. Schuld- und Schamneigung | 48 |
| 3.2.2. Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen | 48 |
| 3.2.3. Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen | 49 |
| 3.2.4. Therapeutisches Wachstum und therapeutischer Abbau | 49 |
| 3.2.5. Therapeutische Fähigkeiten | 50 |
| 3.2.6. Selbstwirksamkeitserwartungen | 51 |
| 3.2.7. Kohärenzgefühl | 52 |
| 3.2.8. Psychische Symptombelastung | 53 |
| 3.2.9. Komplexitätstoleranz | 54 |
| 3.2.10. Berufserfahrung | 56 |
| 3.2.11. Persönlichkeit | 57 |
| 3.3. Explorative Hypothesen und deren Operationalisierung | 59 |
| 3.3.1. Quantitative Arbeitsbelastung | 59 |
| 3.3.2. Geschlecht | 59 |
| 3.3.3. Familienstand | 59 |
| 3.3.4. Berufliche Herkunft und therapeutische Orientierung | 59 |
| 4. Konstruktion des „Fragebogens zur Erfassung moralischer Emotionen bei Psychotherapeuten (FEMEP)“ | 61 |
| 4.1. Methodische Überlegungen | 62 |
| 4.2. Konstruktdefinitionen | 64 |
| 4.3. Entwicklung von Szenarien und Zusammenstellung einer Erstversion | 65 |
| 4.3.1. Kriterien für die Szenarien | 65 |
| 4.3.2. Transformation von TOSCA-Items | 65 |
| 4.3.3. Qualitative Befragung von psychotherapeutisch Tätigen | 66 |
| 4.3.4. Entwicklung möglicher Reaktionen auf die Szenarien | 66 |
| 4.3.5. Validierung der Szenarien und Reaktionen | 57 |
| 4.4. Empirische Überprüfung der Erstversion des FEMEP | 68 |
| 4.4.1. Stichprobenbeschreibung | 68 |
| 4.4.2. Testtheoretische Überprüfung | 71 |
| 4.4.3. Überprüfung der diskriminanten Validität | 76 |
| 4.4.4. Überprüfung der Itemkennwerte | 79 |
| 4.5. Optimierung der Erstversion des FEMEP | 80 |
| 4.6. Überprüfung der endgültigen FEMEP-Version | 85 |
| 4.6.1. Charakteristika der Skalen und Items | 85 |
| 4.6.2. Überprüfung der diskriminanten Validität | 90 |

| | |
|--|------------|
| 4.7. Kreuzvalidierung anhand der Daten der Hauptuntersuchung | 95 |
| 4.7.1. Skalencharakteristika | 95 |
| 4.7.2. Diskriminante Validität | 97 |
| 4.8. Kritische Reflektion und Diskussion | 101 |
| 5. Stichprobe der Hauptuntersuchung | 106 |
| 5.1. Ein- und Ausschlusskriterien | 106 |
| 5.2. Rekrutierung der Probanden | 108 |
| 5.3. Stichprobenbeschreibung | 109 |
| 6. Ergebnisse der Hauptuntersuchung | 114 |
| 6.1. Auswertungsmethodik | 114 |
| 6.2. Ergebnisse zu den konkreten Hypothesen | 117 |
| 6.2.1. Schuld- und Schamneigung | 117 |
| 6.2.2. Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen | 117 |
| 6.2.3. Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen | 117 |
| 6.2.4. Therapeutisches Wachstum und therapeutischer Abbau | 118 |
| 6.2.5. Therapeutische Fähigkeiten | 118 |
| 6.2.6. Selbstwirksamkeitserwartungen | 119 |
| 6.2.7. Kohärenzgefühl | 119 |
| 6.2.8. Psychische Symptombelastung | 119 |
| 6.2.9. Komplexitätstoleranz | 120 |
| 6.2.10. Berufserfahrung | 120 |
| 6.2.11. Persönlichkeit | 122 |
| 6.3. Ergebnisse zu den explorativen Hypothesen | 123 |
| 6.3.1. Quantitative Arbeitsbelastung | 123 |
| 6.3.2. Geschlecht | 123 |
| 6.3.3. Familienstand | 124 |
| 6.3.4. Berufliche Herkunft und therapeutische Orientierung | 125 |
| 7. Diskussion | 130 |
| 7.1. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse | 130 |
| 7.2. Kritische Reflektion des Forschungsprojektes | 139 |
| 7.3. Implikationen für die Praxis | 143 |
| 7.4. Anregungen für die weitere Forschung | 150 |
| 7.5. Ausblick | 152 |

| | |
|---|------------|
| 8. Literaturverzeichnis | 154 |
| Anhang A | |
| Falldarstellungen: Schuldgefühle nach Suiziden von Patienten des Autors | 168 |
| Anhang B | |
| Transformation von TOSCA-Items | 172 |
| Qualitative Befragung | 174 |
| Szenarien aus der qualitativen Befragung | 175 |
| Mögliche Reaktionen auf die Szenarien | 178 |
| FEMEP Erstversion (1.0) | 180 |
| FEMEP Erstversion: Itemschlüssel | 188 |
| FEMEP Erstversion: Itemkennwerte | 189 |
| FEMEP endgültige Version (2.0) | 191 |
| FEMEP endgültige Version: Itemschlüssel | 197 |
| FEMEP endgültige Version: Itemkennwerte | 198 |
| FEMEP endgültige Version: Itemkennwerte bestimmt an Hand des Datensatzes der Hauptuntersuchungsstichprob | 199 |
| Anhang C | |
| Hauptuntersuchung: Anschreiben zur Probandenrekrutierung | 200 |
| Hauptuntersuchung: Fragebogenbatterie | 201 |
| Hauptuntersuchung: Überprüfung der Normalverteilungsannahmen | 213 |
| Hauptuntersuchung: Variablenkennwerte | 225 |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|-----------------|---|----|
| Abb. 1: | Achtstufiges Modell der beruflichen Entwicklung nach Skovholt und Rønnestad (1995) | 31 |
| Abb. 2: | Prototypische Muster aktueller Erfahrungen der eigenen Entwicklung nach Rønnestad und Orlinsky (2006) | 35 |
| Abb. 3: | Altersverteilung der Probanden in Lebensjahren in der Stichprobe zur Überprüfung der Erstversion des FEMEP | 70 |
| Abb. 4: | Verteilung der Berufserfahrung der Probanden in Lebensjahren in der Stichprobe zur Überprüfung der Erstversion des FEMEP | 70 |
| Abb. 5: | Verteilung der wöchentlichen psychotherapeutischen Tätigkeitsdauer in Stunden in der Stichprobe zur Überprüfung der Erstversion des FEMEP | 70 |
| Abb. 6: | Screeplot der Erstversion der Skala „Neigung zu Schuldgefühlen“ | 72 |
| Abb. 7: | Häufigkeitsverteilung der Werte der Erstversion der Skala „Neigung zu Schuldgefühlen“ | 72 |
| Abb. 8: | Screeplot der Erstversion der Skala „Neigung zu Schamgefühlen“ | 73 |
| Abb. 9: | Häufigkeitsverteilung der Werte der Erstversion der Skala „Neigung zu Schamgefühlen“ | 73 |
| Abb. 10: | Screeplot der Erstversion der Skala „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“ | 74 |
| Abb. 11: | Häufigkeitsverteilung der Werte der Erstversion der Skala „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“ | 74 |
| Abb. 12: | Screeplot der Erstversion der Skala „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“ | 75 |
| Abb. 13: | Häufigkeitsverteilung der Werte der Erstversion der Skala „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“ | 75 |
| Abb. 14: | Screeplot der endgültigen Skala „Neigung zu Schuldgefühlen“ | 86 |
| Abb. 15: | Häufigkeitsverteilung der Werte der endgültigen Skala „Neigung zu Schuldgefühlen“ | 86 |
| Abb. 16: | Screeplot der endgültigen Skala „Neigung zu Schamgefühlen“ | 87 |
| Abb. 17: | Häufigkeitsverteilung der Werte der endgültigen Skala „Neigung zu Schamgefühlen“ | 87 |
| Abb. 18: | Screeplot der endgültigen Skala „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“ | 88 |

| | | |
|-----------------|--|-----|
| Abb. 19: | Häufigkeitsverteilung der Werte der endgültigen Skala „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“ | 88 |
| Abb. 20: | Screeplot der endgültigen Skala „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“ | 89 |
| Abb. 21: | Häufigkeitsverteilung der Werte der endgültigen Skala „Neigung zu kontrafaktischen Abwärts-vergleichen“ | 89 |
| Abb. 22: | Screeplot der endgültigen Skala „Neigung zu Schuldgefühlen“ gemäß der Daten der Hauptuntersuchung | 96 |
| Abb. 23: | Screeplot der endgültigen Skala „Neigung zu Schamgefühlen“ gemäß der Daten der Hauptuntersuchung | 96 |
| Abb. 24: | Screeplot der endgültigen Skala „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“ gemäß der Daten der Hauptuntersuchung | 96 |
| Abb. 25: | Screeplot der endgültigen Skala „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“ gemäß der Daten der Hauptuntersuchung | 96 |
| Abb. 26: | Altersverteilung der Probanden der Hauptuntersuchung in Lebensjahren | 110 |
| Abb. 27: | Verteilung der Berufserfahrung der Probanden der Hauptuntersuchung in Lebensjahren | 110 |
| Abb. 28: | Verteilung der therapeutischen Arbeitszeit auf unterschiedliche Settings bei den Probanden der Hauptuntersuchung | 113 |
| Abb. 29: | Verteilung der wöchentlichen psychotherapeutischen Tätigkeitsdauer in Stunden bei den Probanden der Hauptuntersuchung | 113 |
| Abb. 30: | Mittelwertunterschiede in der Neigung zu Schamgefühlen zwischen Kohorten mit unterschiedlicher Berufserfahrung | 121 |
| Abb. 31: | Mittelwertunterschiede in der Neigung zu Schamgefühlen in Abhängigkeit vom Familienstand | 125 |
| Abb. 32: | Mittelwertunterschiede in der Neigung zu Schuldgefühlen zwischen Therapeuten mit unterschiedlicher therapeutischer Ausbildung | 126 |
| Abb. 33: | Der „Nürnberger Trichter“ – Postkarte um 1940 | 136 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|-----------------|--|----|
| Tab. 1: | Vergleich der Korrelate von Scham und Schuld | 15 |
| Tab. 2: | Kognitive Abwehrstrategien gegen Schuldgefühle nach Miceli und Castelfranchi | 28 |
| Tab. 3: | Die vier Muster aktueller therapeutischer Arbeitserfahrung nach Rønnestad und Orlinsky (2006) | 34 |
| Tab. 4: | Zusammensetzung der Stichprobe zur Überprüfung der Erstversion des FEMEP | 69 |
| Tab. 5: | Eigenwertestruktur der Erstversion der Skala "Neigung zu Schuldgefühlen" | 72 |
| Tab. 6: | Eigenwertestruktur der Erstversion der Skala "Neigung zu Schamgefühlen" | 73 |
| Tab. 7: | Eigenwertestruktur der Erstversion der Skala "Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen" | 74 |
| Tab. 8: | Eigenwertestruktur der Erstversion der Skala "Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen" | 75 |
| Tab. 9: | Gemeinsame Hauptkomponentenmatrix aller Schuld- und Schamitems der FEMEP-Erstversion | 78 |
| Tab. 10: | Gemeinsame Hauptkomponentenmatrix aller kontrafaktischen Items der FEMEP-Erstversion | 78 |
| Tab. 11: | Nachteile einzelner Szenarien bzw. Items der FEMEP-Erstversion im Überblick | 81 |
| Tab. 12: | Gemeinsame Hauptkomponentenmatrix aller Schuld- und Schamitems der um die Szenarien 1,2,3,8 und 13 reduzierten FEMEP-Erstversion | 83 |
| Tab. 13: | Gemeinsame Hauptkomponentenmatrix aller kontrafaktischen Items der um die Szenarien 1,2,3,8 und 13 reduzierten FEMEP-Erstversion | 83 |
| Tab. 14: | Eigenwertestruktur der endgültigen Skala "Neigung zu Schuldgefühlen" | 86 |
| Tab. 15: | Eigenwertestruktur der endgültigen Skala "Neigung zu Schamgefühlen" | 87 |
| Tab. 16: | Eigenwertestruktur der endgültigen Skala "Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen" | 88 |

| | | |
|-----------------|---|-----|
| Tab. 17: | Eigenwertestruktur der endgültigen Skala “Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen” | 89 |
| Tab. 18: | Gemeinsame Hauptkomponentenmatrix aller Schuld- und Schamitems der endgültigen FEMEP-Version | 91 |
| Tab. 19: | Gemeinsame Hauptkomponentenmatrix aller kontrafaktischen Items der endgültigen FEMEP-Version | 91 |
| Tab. 20: | Gemeinsame Hauptkomponentenmatrix aller Items der endgültigen FEMEP-Version | 92 |
| Tab. 21: | Skaleninterkorrelationen der Subskalen der endgültigen FEMEP-Version | 94 |
| Tab. 22: | Gemeinsame Hauptkomponentenmatrix aller Schuld- und Schamitems der endgültigen FEMEP-Version, berechnet mit den Daten der Hauptuntersuchung | 98 |
| Tab. 23: | Gemeinsame Hauptkomponentenmatrix aller kontrafaktischen Items der endgültigen FEMEP-Version, berechnet mit den Daten der Hauptuntersuchung | 98 |
| Tab. 24: | Gemeinsame Hauptkomponentenmatrix aller Items der endgültigen FEMEP- Version, berechnet mit den Daten der Hauptuntersuchung | 99 |
| Tab. 25: | Skaleninterkorrelationen der Subskalen der endgültigen FEMEP-Version, berechnet mit den Daten der Hauptuntersuchung | 100 |
| Tab. 26: | Demografische Zusammensetzung der Stichprobe der Hauptuntersuchung | 110 |
| Tab. 27: | Akademischer Hintergrund und Therapieausbildungen bei den Probanden der Hauptuntersuchung | 112 |

Zusammenfassung

An Psychotherapeuten werden viele, unterschiedliche und hohe Erwartungen gestellt. Unter teils schwierigen Rahmenbedingungen sollen sie stets ethisch korrekt und moralisch verantwortlich handeln. Folgerichtig hat sich die Forschung in den letzten Jahrzehnten mit der beruflichen Entwicklung von Psychotherapeuten auseinandergesetzt, und auch die negativen Folgen emotional aufreibender Tätigkeiten sind unter dem Stichwort „Burnout“ intensiv beforscht worden. Parallel dazu haben sich die psychologischen Grundlagenfächer mit unterschiedlichsten Emotionstheorien beschäftigt, und auch empirisch gut abgesicherte Modelle zu normativ-moralischen Emotionen wie den Schuld- und Schamgefühlen entwickelt. Schamgefühle entstehen, wenn Menschen sich in Situationen als unangemessen oder unzulänglich erleben, und Misserfolge tendenziell dem gesamten Selbst zuschreiben. Bei Schuldgefühlen hingegen werden nur konkrete eigene Verhaltensweisen negativ bewertet.

Bis heute gibt es jedoch keine systematische Untersuchung dazu, welche Rolle Schuldgefühle in der beruflichen Entwicklung von Psychotherapeuten spielen, und ob sich dabei relevante Unterschiede zur Rolle von Schamgefühlen zeigen. Um diesen Fragen nachzugehen, wurde in der vorliegenden Arbeit zunächst rational-deduktiv ein szenariobasiertes Fragebogeninstrument entwickelt („FEMEP: Fragebogen zur Erfassung moralischer Emotionen bei Psychotherapeuten“). Der FEMEP erlaubt es, die individuelle Neigung psychotherapeutisch Tätiger zu erfassen, Schuld- oder Schamgefühle in beruflichen Situationen zu entwickeln. Darüber hinaus werden die Neigungen zu kontrafaktischen Auf- bzw. Abwärtsvergleichen erfasst. Die FEMEP-Erstversion wurde anhand einer Stichprobe von $N=142$ psychotherapeutisch Tätigen faktorenanalytisch überprüft und weiter optimiert. Die Skalen der endgültigen FEMEP-Version weisen gute testtheoretische Charakteristika auf. Alle haben eine Einfachstruktur mit starkem erstem Faktor. Schuld- und Schamskala weisen, ebenso wie die beiden kontrafaktischen Skalen, in Bezug aufeinander eine sehr gute diskriminante Validität auf. Die Reliabilitäten der Skalen liegen zwischen $\alpha=.69$ und $\alpha=.83$. Der FEMEP wurde anhand der Daten der Hauptstudie abschließend kreuzvalidiert und zeigte sich dabei von seinen Charakteristika weitgehend stabil.

Für die Hauptstudie wurde eine größere Anzahl an Hypothesen, zu möglichen Zusammenhängen von Schuld- und Schamneigung mit anderen interessierenden Größen, aufgestellt. Zur Überprüfung der Hypothesen wurde der FEMEP zusammen mit weiteren Erhebungsinstrumenten von einer Stichprobe von $N=374$ psychotherapeutisch Tätigen im deutschen Sprachraum bearbeitet (quantitative Querschnittstudie). Es zeigte sich erwartungsgemäß, dass eine erhöhte Neigung zu Schamgefühlen mit einer Reihe von negativen Aspekten einhergeht, wenn auch teilweise nur schwach:

- Erhöhte psychische Symptombelastung.
- Höhere Burnoutwerte.
- Vermindertes Kohärenzgefühl und niedrigere Selbstwirksamkeitserwartungen.
- Aktuell empfundener therapeutischer Abbau.
- Höhere Neurotizismuswerte, und somit ein, von der Veranlagung her, erhöhtes Risiko, an psychischen Störungen, wie beispielsweise einer Depression, zu erkranken.
- Komplexe Situationen werden eher als Belastung erlebt, und weniger als Gegebenheit akzeptiert.

Die Neigung zu Schuldgefühlen zeigte sich hingegen als eine Größe, die unabhängig ist von psychischer Symptombelastung, Burnout, oder salutogenetischen Maßen wie dem Kohärenzgefühl und Selbstwirksamkeitserwartungen. Dafür zeigten sich positive Zusammenhänge mit einer Reihe lern- und wachstumsassoziierter Aspekte:

- Mehr persönliche Erfüllung.
- Mehr aktuell empfundenes therapeutisches Wachstum.
- Positivere Einschätzung der eigenen therapeutischen Fähigkeiten.
- Erhöhte Neigung, die Komplexität der Welt als Notwendigkeit zu akzeptieren.
- Erhöhte Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen, und somit „lernorientierten“ Kognitionen.

Weitere Befunde der Studie sind:

- Systemische Therapeuten und Tiefenpsychologen / Psychoanalytiker neigen bedeutsam weniger zu Schuldgefühlen als Gesprächstherapeuten; bei der Schamneigung zeigen sich hingegen keine Unterschiede.

- Psychotherapeutisch Tätige mit pädagogischem Grundberuf neigen bedeutsam mehr zu Schamgefühlen als Psychologen und Mediziner. Hinsichtlich der Neigung zu Schuldgefühlen zeigen sich keine Unterschiede.
- Die Neigung zu Schuldgefühlen zeigte sich in Kohorten mit unterschiedlich langer Berufserfahrung nahezu immer in gleichem Ausmaß. Die Neigung zu Schamgefühlen war jedoch in Kohorten mit längerer Erfahrung niedriger.
- Schuld- und Schamneigung hängen in mittlerem Ausmaß miteinander zusammen. Bei Frauen ist der Zusammenhang stärker als bei Männern.
- Weibliche Therapeuten neigen mehr zu Schuldgefühlen als männliche. Bei der Schamneigung zeigt sich kein Unterschied.

Die möglichen Erklärungen und Ursachen für die verschiedenen empirischen Befunde werden in der Arbeit diskutiert. Es werden Empfehlungen ausgesprochen, wie Schamreaktionen vorgebeugt und begegnet werden kann, und wie man Schuldgefühle als lernassoziierte Phänomene aktiv nutzen kann. Abschließend werden Anregungen für die weitere Forschung gegeben. Zur Verbesserung des kausalen Verständnisses der hier skizzierten korrelativen Befunde, werden Längsschnittstudien und experimentelle Designs empfohlen, zur Vertiefung des inhaltlichen Verständnisses qualitative Studien. Es wird angeraten, bei zukünftigen Forschungsprojekten neben Selbstauskünften der Psychotherapeuten auch Fremdeinschätzungen und Therapieevaluationsdaten heranzuziehen.

1. Einleitung und Anlass für die Arbeit

Psychotherapeuten haben einen abwechslungsreichen (siehe z. B. Kernberg, Dulz & Eckert, 2005) und häufig auch sehr befriedigenden Beruf (Willutzki, Ambühl et al., 1997). Dennoch sehen sie sich mit einer Reihe von Belastungen (Deutsch, 1984; Jaegi, 2001) konfrontiert. Die Belastungen beginnen schon bei den Rahmenbedingungen für das Erlernen des Berufes. Nach einer Studie (Busche, Mösko, Kliche et al., 2006) zur Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung (PIA) leben über 61% unterhalb des Existenzminimums, die Dunkelziffer liege vermutlich sogar bei ca. 80 %. 57% erhalten kein Gehalt, in den Stadtstaaten sind es sogar 96%, in Baden-Württemberg 77%. Eine befriedigende Einarbeitung und Anleitung erfolgt in der Regel nicht, dafür müssen viele PiA ärztliche Aufgaben mit übernehmen. Geschätzte über 55% leisten mehr Stunden als gesetzlich gefordert. 20% haben in ihrer Einrichtung dann nicht einmal Teamsupervision, nur 5% haben den Luxus eines externen Supervisors – und dies obwohl Therapeuten, die keine regelmäßige Supervision genießen, signifikant mehr unter emotionaler Erschöpfung, innerer Leere und Arbeitsüberdruß leiden (Schwab & Liese, 2000).

Ob noch in Ausbildung oder nicht: Psychotherapeuten sollen sich einerseits emotional in die belastenden Lebenssituationen ihrer Klienten einfühlen („Empathie“), und andererseits, im Sinne der eigenen Psychohygiene, ausreichend emotionale Distanz wahren. Sie sollen zwar die freie Entfaltung ihrer Klienten fördern und unterstützen, aber auch kontrollieren, dass diese keine unerwünschten Verhaltensweisen an den Tag legen, wie beispielsweise Suizidversuche oder Drogenkonsum. An uns Psychotherapeuten werden viele, teils widersprüchliche und hohe Erwartungen gestellt. Unsere Klienten erwarten seelische Erleichterung. Die Gesellschaft erwartet von uns, dass wir das regelorientierte „Funktionieren“ psychisch „kranker“ Mitbürger (wieder) herstellen. Die Krankenkassen erwarten die Produktion von „Gesundheit“ im Sinne der Abwesenheit von Krankheitskosten, die Rentenversicherungsträger erwarten die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ihrer Rentenzahler. Und wir selbst erwarten von uns, „gute“ Therapeuten zu sein, was immer dies auch bedeuten mag. Ergo: unterschiedlichste Forderungen, deren Schnittmenge häufig klein ist. Wie wird man da dem Anspruch gerecht, therapeutisch „lege artis“, ethisch korrekt und moralisch verantwortungsvoll zu handeln? Sich nicht falschen Handelns schuldig zu machen?

Zur psychischen Belastung von Therapeuten und anderen psychosozialen „Helfern“ ist viel unter den Schlagworten „Burnout“ (Schmidbauer, 2005; Volgger, Laireiter & Sauer, 2004; Farber, 1990; Enzmann & Kleiber, 1989) und „Helfersyndrom“ (Schmidbauer, 2002; Schmidbauer, 1977) geforscht, und noch weitaus mehr geschrieben worden. Auch haben sich gerade in den letzten zwei Jahrzehnten international eine

nennenswerte Anzahl Forscher bemüht, die berufliche sowie private Entwicklung von Psychotherapeuten mit all ihren Höhen und Tiefen besser zu verstehen. Im Rahmen der „Minnesota Study of Counselor and Therapist Development“ (Skovholt & Rønnestad, 1995) wurden kontinuierlich Interviews mit 100 Therapeuten geführt und qualitativ ausgewertet. Parallel dazu wurde unter dem Dach des „Collaborative Research Network“ eine weltweite Studie mit bislang über 7000 Psychotherapeuten durchgeführt (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Otto Kernberg, Birger Dulz und Jochen Eckert (2005) bewegten 60 Kollegen dazu, „über sich und ihren unmöglichen Beruf“ zu sinnieren, die eigene Profession ins „Visier“ zu nehmen, ihre Entwicklungen zu schildern und Selbstkritik zu üben.

Bislang wurde jedoch nicht empirisch und systematisch untersucht, welche Rolle die so genannte 'selbst-bewusste' normativ-moralische Emotion Schuld (vor allem in Abgrenzung zur Scham) in der beruflichen Entwicklung von Psychotherapeuten spielt. Dieser bisweilen kaum beachtete Aspekt des psychotherapeutischen Daseins soll nun durch die vorliegende Arbeit genauer untersucht werden.

Unter Betrachtung der in den letzten 20 Jahren stark angewachsenen Forschungsergebnisse der Kognitions- und Sozialpsychologie zum Thema Schuld- und Schamgefühle (für eine Übersicht siehe Tangney, Stuewig & Mashek, 2007) wird angenommen, dass eine systematische Anwendung der dort stattgefundenen Theorienbildung fruchtbar zum Verständnis der Entwicklung von Psychotherapeuten sowie ihrer praktischen Aus- und Weiterbildung beitragen kann.

2. Theoretischer und empirischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden die empirischen und theoretischen Grundlagen dargestellt, welche die Basis für die Entwicklung der Fragestellung (siehe Kapitel 3) dieser Arbeit bilden. Zunächst wird ein Überblick gegeben, welche grundlegenden Modelle, Theorien und Befunde die Psychologie zum Thema „Emotionen“ bereitstellt (2.1.1.). In den folgenden Abschnitten wird dann der aktuelle Forschungsstand zum Thema „Schuldgefühle“ beleuchtet. Der Gegenstand wird genauer definiert (2.1.2.) und von Bedauern (2.1.3.) und Scham (2.1.4.) abgegrenzt. In einem Exkurs wird auf die erkenntnistheoretischen Grenzen bei der Erforschung von Gefühlen in Form des Qualia-Problems eingegangen (2.1.5.). Danach werden unterschiedliche Aspekte von Schuldgefühlen voneinander abgegrenzt (2.1.6.). Anschließend wird auf das Verhältnis von Schuldgefühlen und Verantwortung (2.1.7.) eingegangen und die Reaktionen auf schulduzierende Situationen in Form kontrafaktischer Gedanken genauer betrachtet (2.1.8.). Ein weiterer Abschnitt beschäftigt sich dann schließlich mit der Frage, wie man Schuldgefühlen vorbeugen kann und sie wieder los wird (2.1.9.).

Im Folgenden werden dann die wichtigsten Befunde und Theorien über die Entwicklung von Psychotherapeuten referiert (2.2.). Zuerst wird ein empirisch fundiertes achtstufiges Modell der beruflichen Entwicklung von Psychotherapeuten vorgestellt (2.2.1). Im darauffolgenden Abschnitt werden die wichtigsten Ergebnisse der bislang größten internationalen Studie zu diesem Thema behandelt (2.2.2.).

Der dritte Teil des Theorie- und Empiriekapitels beschäftigt sich mit dem aktuellen Stand des Wissens über Psychotherapeuten und ihre Schuldgefühle (2.3.).

Im vierten Teil erfolgt dann die Ableitung der Fragestellung dieser Arbeit (2.4.).

2.1. Schuldgefühle et al.

2.1.1. Was sind Gefühle?

Diese Arbeit erhebt nicht den Anspruch, den aktuellen Stand von Theoriebildung und empirischer Fundierung des Themas Emotionspsychologie auch nur annähernd wiederzugeben. Hier sei auf entsprechende weiterführende Literatur hingewiesen (bspw. Meyer, Schützwohl & Reisenzein, 1999, 2003a, 2003b; Otto, Euler & Mandl, 2000; Reisenzein & Hostmann, 2006; Sokolowski, 2007). Es soll jedoch ein Überblick gegeben werden, um das Thema „Schuldgefühle“ im Rahmen der Emotionspsychologie verorten zu können.

Gefühle, oder auch Emotionen, sind grundlegende Erscheinungen des menschlichen Verhaltens und Erlebens. Wenn man die einschlägige Literatur der Emotionspsychologie sichtet (s.o.), dann lässt sich unter rein phänomenologischen Aspekten folgendes festhalten: Emotionen stehen häufig in Beziehung zu körperlichen Empfindungen und motivationalen Zuständen. Kognitive Bewertungen innerer und äußerer Stimuli spielen eine Rolle. Sie sind durch charakteristisches subjektives Erleben gekennzeichnet. In allen menschlichen Kulturen gibt es sprachlich-symbolische Repräsentationen für spezifische Emotionen. Emotionen hängen auch mit dem menschlichen Ausdrucks- (Mimik, Gestik) und Interaktionsverhalten zusammen. Schneider (1990) schreibt Emotionen folgende primäre Funktionen zu: Sie ermöglichen die bedürfnis- und situationsgerechte Auswahl von Verhaltensweisen, regulieren deren Intensität und Ausdauer und bewirken das Lernen (Abspeichern) solcher Verhaltensweisen.

Von Emotionen abgegrenzt werden können Stimmungen und Affekte. Stimmungen sind länger anhaltende überdauernde Zustände, die das individuelle menschliche Erleben in seiner Qualität färben, dabei aber weniger intensiv sind. Affekte hingegen sind emotionale Zustände von großer und heftiger Intensität, die Personen sehr rasch völlig ergreifen und beherrschen können (vgl. Traue & Kessler, 2003).

Es fällt auf, dass es bisher keine einheitliche Emotionstheorie gibt, und auch die Definitionen weichen teilweise erheblich voneinander ab. Ein kurzer Abriss soll die Bandbreite der Theorienbildung skizzieren:

Charles Darwin (1872) definierte Emotionen als bewusste mentale Zustände von Personen und höheren Tieren, wie zum Beispiel Furcht, Wut, Traurigkeit und

Überraschung, die durch Einschätzungen und Bewertungen von Objekten, Situationen oder Ereignissen entstehen. Emotionen verursachen einen Emotionsausdruck (Mimik, Gestik, Körperhaltung, Vokalisation, physiologische Veränderungen). Darwins Arbeiten zur Ähnlichkeit des Emotionsausdrucks bei Menschen und Tieren müssen auf Basis seiner damals revolutionären Theorie gesehen werden, dass der Mensch vom Affen abstammt.

Einige Forscher gehen davon aus, dass es eine bestimmte Anzahl von Basis- oder auch Primäremotionen gibt (z.B. Instinkttheorie von McDougall, 1908; Emotionstheorie von Plutchik, 1958, 1980). Diese würden auf psychophysischen Mechanismen beruhen, die sich im darwinschen Sinne zur Lösung bestimmter Umwelt-Anpassungsprobleme entwickelt hätten. Weitere (sekundäre) Emotionen seien Mischungen der Basisemotionen oder würden sich von diesen ableiten.

Ein Jahrhundert nach Darwin beschäftigte sich Paul Ekman intensiv mit der vermuteten interkulturellen Universalität des Emotionsausdrucks. Auf Basis seiner Forschungen verfasste er seine „Neuro-kulturelle Emotionstheorie“. Auch Ekman (1992) ging davon aus, dass es eine begrenzte Anzahl von Basisemotionen (Ärger, Ekel, Furcht, Freude, Traurigkeit, Überraschung) gibt. Jede Basisemotion gehe mit einer charakteristischen physiologischen Veränderung und einem charakteristischen mimischen Ausdruck einher. Werde eine Basisemotion in einer Situation ausgelöst, so werde gleichzeitig das zugehörige angeborene Mimikprogramm aktiviert. Dies bedinge unwillkürlich eine Tendenz, den entsprechenden charakteristischen mimischen Ausdruck zu zeigen. Der Gefühlsausdruck könne allerdings willentlich kontrolliert werden.

Die James-Lange-Theorie (Häcker & Stapf, 1998; s.a. James, 1884 u. Lange, 1887) besagt, dass Gefühle lediglich zeitlich nachgeordnete Reaktionen auf Veränderungen körperlicher Zustände sind. Eine weitere kognitive Verarbeitung sei nicht notwendig. Cannon (1927) kritisierte an dieser Auffassung unter anderem, dass körperliche Veränderungen viel zu langsam von statten gingen, um für die plötzliche Entstehung von Emotionen herangezogen werden zu können. Auch gingen viele Emotionen mit gleichen physiologischen Veränderungen einher.

In der behavioristischen Tradition werden Emotionen als intersubjektiv beobachtbare Reaktionsmuster betrachtet, die verlässlich auf bestimmte Umweltgegebenheiten hin ausgelöst werden. Nach Watson (1968) gibt es drei angeborene emotionale Reaktionsmuster (=Unconditioned Reactions UCR): Furcht, Wut und Liebe. Furcht wird dabei beispielsweise ausgelöst durch laute Geräusche (=Unconditioned Stimulus UCS), so geschehen im klassischen Experiment vom „kleinen

Albert“ (1920 / 2000). Wut kann beispielsweise durch Festhalten (=UCS) ausgelöst werden, Liebe durch Streicheln (=UCS). Alle weiteren emotionalen Reaktionen werden als klassisch konditioniert angesehen. Dieses Modell der „Konditionierten emotionalen Reaktion“ soll erklären, wie aus nur drei elementaren Emotionen ein so großer Reichtum an unterschiedlichsten Reaktionen entstehen kann.

Nach Schachter und Singers (1962) Zwei-Faktoren-Theorie der Emotion ist emotionales Erleben das Ergebnis der Wahrnehmung einer physiologischen Erregung und einer kognitiven Erklärung dafür. Dabei werden situationsbedingte Informationen berücksichtigt, so dass gleiche physiologische Erregungen in unterschiedlichen Situationen zur Wahrnehmung unterschiedlicher Emotionen führen können.

Valins (1966) ging noch über Schachter und Singer hinaus. Er postulierte, dass nicht die Empfindung tatsächlicher physiologischer Erregung für das Entstehen von Emotionen notwendig sei, sondern bereits die subjektiven Überzeugungen über die eigene physiologische Erregung. Somit wären allein Kognitionen für die Entstehung von Emotionen ausreichend. Physiologische Erregung wäre nur durch Ihre Funktion als Stimulus für kognitive Information an der Emotion beteiligt.

Bermond et al. (1991) konnten an einer Stichprobe Querschnittsgelähmter zeigen, dass Rückenmarksverletzungen nicht zu einer allgemeinen Reduktion der emotionalen Erregbarkeit führen. Dies spricht dafür, dass physiologische Erregung wohl eher nicht eine notwendige Bedingung für die Emotionsentstehung ist.

Weiner (1986) spezifizierte in seiner Attributionstheorie genauer, welche kognitiven Muster welche Emotionen hervorrufen. Nach Weiner entstehen Emotionen in drei Schritten. Zu Beginn steht die subjektive Überzeugung eines Individuums, dass ein Sachverhalt vorliegt. Anschließend wird dieser in Bezug darauf bewertet, inwieweit ein angestrebtes Ziel erreicht oder nicht erreicht wurde. Dann wird nach den Ursachen für den Sachverhalt gesucht. Die Ursachen werden auf den drei Attributionsdimensionen stabil/variabel, intern/extern und kontrollierbar/unkontrollierbar eingeordnet. Emotionen entstünden nun schließlich aus der Wechselwirkung von subjektiver Bewertung und Ursachenzuschreibung. Stolz entsteht in diesem Modell beispielsweise durch die interne Attribution eines positiv bewerteten Ereignisses. Hilflosigkeit entsteht durch die stabile Attribution eines negativ bewerteten Ereignisses. In Weiners Modell spielt die physiologische Erregung also keine Rolle – wie wir fühlen hängt also weitestgehend von unserem Denken ab. Allerdings merkt Weiner an, dass nicht alle Emotionen auf der Basis von kognitiven Prozessen verstanden werden können. Ausnahmen seien z.B. konditionierte Angst oder hormonell bedingte affektive Störungen.

Lazarus (1991) vertritt die These, dass zu jeder Emotion ein bestimmter kognitiver Bewertungsprozess gehört, ebenso wie spezifische Handlungsimpulse und physiologische Veränderungen: *„Emotionen sind im Grunde organisierte kognitiv-motivationalrelationale Konfigurationen, deren Status sich mit Änderungen der Person-Umwelt Beziehung, wie sie wahrgenommen und bewertet wird, ändert.“* Zajonc (1980) bezweifelt hingegen, dass bewusste kognitive Bewertungsprozesse eine primäre Rolle bei der Entstehung von Emotionen spielen. Seiner Auffassung nach gehen affektive Präferenzen und Emotionen der kognitiven Bewertung oder gar dem Erkennen eines Reizes voraus. Bewertungsprozesse müssen nicht notwendigerweise bewusst ablaufen. Auch primitive, globale, automatisch ablaufende Prozesse können von ihrer Natur her als kognitiv angesehen werden, unter der Voraussetzung, dass sie für das Individuum die Funktion erfüllen, einer Situation eine Bedeutung zuzuschreiben, sprich: Eine Situation als eher gefährvoll oder eher nützlich zu bewerten (vgl. Miceli & Castelfranchi, 1998).

2.1.2. Was sind Schuldgefühle?

Am Anfang jeder Forschung steht die Frage der Bestimmung des Gegenstandes. Was genau ist mit „Schuldgefühlen“ überhaupt gemeint, und was nicht? Freud (1923) verstand die Wahrnehmung von Schuldgefühlen als Kritik des Über-Ich am Ich und fokussierte somit auf intrapsychische Aspekte von Schuldgefühlen. Ekman (z. B. 1992) zählt Schuldgefühle in seinen Arbeiten zu den Basisemotionen. In ihrer ersten Konzeption berücksichtigten Ekman und Friesen (1978) Schuldgefühle jedoch noch nicht, weil ihnen kein eindeutiges mimisches Ausdrucksmuster zugeordnet werden konnte. Auch Carroll (1985) hält Schuldgefühle für grundlegende Emotionen, konzeptionalisiert sie aber als eine spezifische Form von Angst. Den Ursprung von Schuldgefühlen sehen Berrios et al. (1992) in evolutionären Selektionsprozessen mit klarem Anpassungsvorteil an bestimmte Umwelten und mit neurobiologischer Verankerung. Demnach wurden erbarmungslose Regelbrecher eher von ihren Artgenossen getötet und ausgestoßen. Die meisten Autoren betrachten Schuldgefühle als ein Resultat komplexer Formen des moralischen Lernens (z. B. Abramson & Sackheim, 1977). So werden Schuldgefühle heute weitgehend übereinstimmend als „moralische Emotionen“ bezeichnet. Haidt (2003a) definiert moralische Emotionen als diejenigen, *„...that are linked to the interests or welfare either of society as a whole or at least of persons other than the judge or agent“* (S. 276). Moralische Emotionen sind die motivationale Triebfeder Gutes zu tun – und Schlechtes zu vermeiden (vgl. Kroll & Egan, 2004). Tangney, Stuewig und Mashek (2007) zählen Schuldgefühle, ebenso wie Scham, Peinlichkeit und Bedauern, genauer betrachtet, zu

den befangen-machenden¹, negativ konnotierten moralischen Emotionen im Gegensatz zu den positiv konnotierten moralischen Emotionen wie z. B. Dankbarkeit.

Baumeister, Stillwell und Heatherton (1994) definieren Schuld als „... *an individual's unpleasant emotional state associated with possible objections to one's own actions, inaction, circumstances, or intentions. It is an aroused form of emotional distress that is distinct from fear and anger, and based on the possibility that one may be in the wrong.*“ (S. 245). Baumeister führt (1998, S. 129) weiter aus, dass Schuldgefühle eine emotionale Antwort darauf sind, wenn man jemandem Leid antut oder verletzt, zu dem man eine positive soziale Bindung unterhält². Im Gegensatz zur intrapsychisch-lastigen Perspektive Freuds finden die interpersonellen Aspekte von Schuldgefühlen heute mehr Beachtung (Parkinson, Fischer & Manstead, 2005). Baumeister et al. (1994) integrieren intrapsychische und interpersonelle Prozesse indem sie vorschlagen, dass interpersonelle Faktoren die intrapsychische Erfahrung von Schuldemotionen auslösen können. Sie differenzieren drei interpersonelle Funktionen von Schuldgefühlen:

Die erste Funktion besteht laut den Autoren darin, dass Schuldgefühle helfen, Beziehungen zu reparieren, indem sie das Ausmaß unangenehmer Gefühle von Missetätern und Opfern annähern und ausgleichen. Demnach fühlt man sich nicht ganz so verletzt durch das schlechte Verhalten eines anderen, wenn der Missetäter selbst unter seiner Tat leidet und offenkundig Gewissensbisse hat.³

Die zweite interpersonelle Funktion besteht darin, dass Schuldgefühle Verhaltensweisen begünstigen, die die Aufrechterhaltung von Beziehungen unterstützen, beispielsweise Entschuldigungen und andere Formen der Wiedergutmachung. Schuldgefühle motivieren uns also dazu, mit anderen gut auszukommen.

Die dritte Funktion besteht darin, dass die Induktion von Schuldgefühlen eine Möglichkeit bietet, aus einer relativ schwachen Position heraus das Verhalten anderer zu beeinflussen. Vorausgesetzt man ist einem anderen Menschen nicht völlig gleichgültig, kann man andere etwa durch das Betonen eigener unfairer Nachteile eher zu Hilfeleistungen bringen. Unter soziomoralischen Aspekten kann „Schuld“ also auf dem Hintergrund einer kommunikativen Strategie gesehen werden, welche spezifische Effekte auf bestimmte andere Menschen hat.

¹ engl. „self-conscious“

² Zitat: „...*originates as an emotional response to hurting or harming someone with whom one has a positive social bond*“

³ Reinhard May hat das in seinem Lied 'Wunden' sehr eindrucksvoll umschrieben mit der Textzeile: „*Von jeder Wunde, die ich dir zugefügt hab', bleibt auch mir eine Narbe zurück.*“

Für die interpersonelle Funktionalität von Schuldgefühlen spricht auch, dass sie unter sonst gleichen Bedingungen stärker sind, wenn die andere Person leidet und der handelnden Person nahe steht. Sie können jedoch auch entstehen, wenn man selbst die geschädigte Person ist. Schuldgefühle haben möglicherweise also auch etwas mit der Regulation der Beziehung zu sich selbst zu tun. Schuldgefühle sich selbst gegenüber sind jedoch seltener oder weniger intensiv als Dritten gegenüber (Montada, 1993). Es bleibt offen, ob Schuldgefühle qualitativ oder funktionell etwas anderes sind als intrapersonelles Bedauern (siehe Abschnitt 2.1.3.).

2.1.3. Differenzierung von Schuldgefühlen und Bedauern

Gibt es systematische und bedeutsame Unterschiede zwischen Gefühlen des Bedauerns und Schuldgefühlen? Um sich dieser Frage zu nähern soll zuerst betrachtet werden, wie „Bedauern“ überhaupt spezifiziert werden kann. Gilovich und Medvec (1995) unterscheiden hierzu zwei Arten von Bedauern, abhängig von der Entstehung: Eine Art des Bedauerns resultiert aus misslingender Selbstverwirklichung (*„Ich bereue, damals nicht das Abitur gemacht zu haben.“*). Die andere aus moralischen Verfehlungen, bei denen andere Schaden erlitten haben (*„Ich bereue mir damals keine Zeit für dich genommen zu haben, als du mich gebraucht hast“*). In Übereinstimmung damit spezifizieren auch Berndsen et al. (2004) unterschiedliche Arten des Bedauerns. Sie stellen die Hypothese auf, dass man Bedauern danach unterscheiden kann, wer einen Nachteil oder Schaden davonträgt. Ist die eigene Person betroffen, resultiert „intrapersonelles Bedauern“ als vorherrschende Emotion, kommt eine andere Person zu Schaden, sprechen sie von „interpersonellem Bedauern“. Die zweite Variante entspricht laut der Autoren dem Konzept der Schuld von Baumeister und Kollegen (siehe Abschnitt 2.1.1.). In einer ersten Studien konnten die Autoren tatsächlich zeigen, dass Schuldgefühle (=interpersonelles Bedauern) und intrapersonelles Bedauern tendenziell danach unterschieden werden können, ob Andere ein Leid davon tragen oder man selbst. Sie legten ihren Versuchsteilnehmern vier verschiedene Szenarien vor, bei denen Personen (sie selbst vs. andere) einen Nachteil / Schaden (großes Ausmaß vs. kleines Ausmaß) erleiden und erfassten, wieviel Schuldgefühle bzw. Gefühle des Bedauerns die Teilnehmer in der entsprechenden Situation als handelnde wohl erleben würden. Es zeigte sich, dass Situationen mit großem interpersonellen Schaden tatsächlich mehr Gefühle von Schuld als Bedauern verursachen. In einer zweiten Studie konnten sie zeigen, dass Schuldgefühle, zumindest bis zu einem gewissen Grad, mit dem Ausmaß negativer (interpersoneller) Konsequenzen für den anderen ansteigen, und Gefühle des

Bedauerns mit dem Ausmaß negativer intrapersoneller Konsequenzen. Schuldgefühle werden folglich in erster Linie durch interpersonelle Faktoren bestimmt, Gefühle des Bedauerns in erster Linie von intrapersonellen Faktoren. Die Autoren schlussfolgern, dass „Schuld“ ein angemessenerer Terminus als „Bedauern“ ist, um emotionale Pein in Situationen zu beschreiben, in der interpersonaler Schaden verursacht wurde. Allerdings muss an dieser Stelle kritisiert werden, dass dies keine zulässige Schlussfolgerung aus den empirischen Daten ist. Vielmehr spiegelt es den Wunsch der Autoren nach begrifflicher Eindeutigkeit wider - auch wenn im Feld offensichtlich keine Eindeutigkeit zur Bezeichnung emotionaler Qualitäten in konkret definierten Situationen von interpersonellem oder intrapersonellem Schaden herrscht. Man kann die Daten lediglich als eine Tendenz zur Benutzung der jeweiligen Begriffe Schuld bzw. Bedauern deuten. Dennoch gibt es sehr große Überschneidungen.

Ähnlich sehen das auch Smits et al. (2002). Sie betonen, dass die verschiedenen Emotionen zwar jeweils bestimmte Eigenarten haben (vgl. Izard, 1978), aber dennoch dazu tendieren, miteinander korreliert zu sein. Mittels einer Studie, in der die Teilnehmer aufgefordert waren, individuell erlebte negative besetzte Situationen aus drei verschiedenen Lebensbereichen (Arbeit/Studium, persönliche Beziehungen, Freizeit) zu beschreiben und emotional zu bewerten, zeigten sie, dass der Bereich der negativen Emotionen faktorenanalytisch sinnvoll interpretierbar und umfassend mit fünf Dimensionen beschreibbar ist. Sie bezeichnen die Dimensionen als Angst, Ärger, Traurigkeit, Scham/Peinlichkeit sowie Schuld/Bedauern. Die Faktorenstruktur fand sich übergreifend in den drei verschiedenen Lebensbereichen. In Anbetracht ihrer Daten stellen die Autoren fest

„each situation seems to have its own five emotion factors, meaning that the emotions in different situations are at most only moderately correlated .. depending on the situations, the specific emotion terms have slightly different loadings, meaning that the quality of an emotion is slightly different from one situation to another.“ (S. 138).

2.1.4. Differenzierung von Schuld- und Schamgefühlen

Scham ist ein Konstrukt, welches eng mit dem Konstrukt der Schuld verwandt ist. Beide weisen eine Reihe von Gemeinsamkeiten auf. Beide Gefühle beinhalten negative Selbsteinschätzungen die schmerzlich sind, Anspannungen verursachen, anrühren, real und gegenwärtig sind und bedrücken (Wicker, Payne & Morgan, 1983). Empirisch betrachtet zeigt sich, dass beide Gefühlszustände mit sehr ähnlichen Gesichtsausdrücken einhergehen (Tomkins, 1964) und mit ähnlichen Adjektiven assoziiert werden (Lindsay-Hartz, 1984; Tangney, 1990). Sowohl Schuld als auch Scham sind interpersonelle Gefühle und ohne sozialen Bezug nicht denkbar. Beide Emotionsbegriffe werden in der Bevölkerung häufig austauschbar verwendet (Tangney, 1995, zitiert nach Kocherscheidt et al., 2002). Manche Autoren vertreten sogar die Auffassung, dass es sich bei Scham und Schuld um nicht unterscheidbare Konstrukte handelt (z. B. Kugler & Jones, 1992). Die Differenzierung der beiden Phänomene scheint also diffizil zu sein.

Dennoch gibt es deutliche phänomenologische Unterschiede zwischen Schuld- und Schamgefühlen. Wenn ein Mensch Scham empfindet, hat das mit Bloßgestellt sein zu tun. Man fühlt sich der öffentlichen sozialen Missbilligung ausgesetzt (Mead, 1961). Schamgefühle entstehen, wenn Menschen sich in Situationen als unangemessen oder unzulänglich erleben (Einstein & Lanning, 1998). Die Ursachen für die Unzulänglichkeit werden dabei außerhalb der eigenen Kontrolle verortet und stabil auf die Unfähigkeit der eigenen Person attribuiert (Weiner & Graham, 1999; Tracy & Robins, 2006).

Schuldgefühle hingegen folgen typischerweise auf Verfehlungen gegenüber Mitmenschen (Baumeister, Stillwell & Heatherton, 1994; Rawls, 1971), wobei die Verfehlungen als prinzipiell durch eigenes Handeln kontrollierbar attribuiert werden (Tracy & Robins, 2006).

Miceli und Castelfranchi (1998) sehen den Unterschied vor allem in der Art der negativen Selbstbewertung. Scham entstehe, wenn man sich selbst im Hinblick auf bestimmte Ziele als inkompetent oder unangemessen bewerte. Schuld sei hingegen dadurch gekennzeichnet, dass man sich mit negativer Macht in Bezug auf ein Ziel / eine Handlung ausgestattet sehe.

Zur Differenzierung der Konstrukte Scham und Schuld maßgeblich beigetragen hat Lewis (1971). Sie vertrat die Auffassung, bei Scham bestehe die Tendenz, einen Misserfolg dem *gesamten Selbst*, und nicht nur spezifischen Handlungen zuzuschreiben, sowie eine generell erhöhte Selbstaufmerksamkeit. Akute Schamgefühle würden die betroffene Person zum Rückzug aus der auslösenden Situation veranlassen und in der Folge Gefühle von Wertlosigkeit, Machtlosigkeit und Kleinsein begünstigen. Schuld hingegen resultiere aus der negativen Bewertung *konkreten eigenen Verhaltens* und

motiviere demnach zu Bedauern, Reue und Wiedergutmachung, führe jedoch nicht zu einer negativen Bewertung des gesamten Selbst, und sei dadurch nicht so schmerzlich wie die Scham (vgl. auch Tangney, Stuewig & Mashek, 2007). Inzwischen haben verschiedene Autoren gute Belege für die diskriminante Validität von Scham und Schuld geliefert (z. B. Tangney, Burggraf & Wagner, 1995; Einstein & Lanning, 1998; Kocherscheidt et al., 2002; Tracy & Robins, 2006; Review hierzu siehe Tangney & Dearing, 2002). Selbst auf physiologischer (immunologischer) Ebene gibt es mittlerweile Belege für die diskriminante Validität von Scham und Schuld. Dickerson und andere (2004) konnten zeigen, dass schamvolle Erinnerungen eine deutliche Immunantwort hervorrufen. Insbesondere der Botenstoff „Tumor-Nekrose-Faktor alpha“, ein Indikator für proinflammatorische Cytokin-Aktivität, fand sich umso mehr in der Analyse von Speichelproben, je größer die empfundene Scham war. Scham geht also mit der Aktivierung von Immunreaktionen einher, die bei einer Infektion üblicherweise dafür sorgen, dass man kürzer tritt, sich zurückzieht, damit der Körper sich auf die Immunarbeit konzentrieren kann. Bei Schamgefühlen finden sich somit physiologische Entsprechungen für die Tendenz, sich zurückzuziehen, sich klein und machtlos zu fühlen. Für Schuldgefühle und negative Emotionen im allgemeinen fand sich hingegen kein Zusammenhang mit der Cytokin-Aktivität.

Tangney, Stuewig und Mashek (2007) vertreten in Anlehnung an die Schuld- und Schamkonzeption von Lewis (1971) die Auffassung, dass Schuldgefühle eine positive adaptive Funktion haben, wohingegen die Scham hohe verborgene Kosten mit sich bringt. Bei Betrachtung der bisherigen Befunde zur Scham kommen sie zu dem Schluss, dass Scham und Wut Hand in Hand gehen. Wenn Menschen verzweifelt versuchen ihren schmerzhaften Schamgefühlen zu entkommen, kommt es damit verbunden häufig zu Wut bis hin zu Raserei. Die Neigung zu Schamgefühlen ist über alle Altersgruppen hinweg positiv korreliert mit Wut, Feindseligkeit und der Neigung Aspekte jenseits der eigenen Person verantwortlich für das eigene Unglück zu machen. Dabei sind sich die zur Scham Neigenden bewusst, dass sich ihre Wut langfristig negativ auf sie selbst und ihre Beziehungen zu anderen auswirkt (Andrews et al., 2000; Bennett, Sullivan & Lewis, 2005; Harper & Arias, 2004; Paulhus et al., 2004; Tangney & Dearing, 2002). Lewis (1971) und Scheff (1987) haben diese Zusammenhänge bereits vor längerer Zeit beschrieben („shame-rage spiral“). Schamgefühle befördern somit eine oft wütend-aggressive Verteidigungshaltung und den Rückzug von sozialen Beziehungen. Schamgefühle behindern sogar das empathische Einfühlen in andere. Die Aufmerksamkeit wird auf die Unzulänglichkeiten der eigenen Person gerichtet, steht somit nur noch eingeschränkt für die Wahrnehmung der Situation der Mitmenschen zur Verfügung. Folge: Das einfühlsame Interesse am Wohlergehen der anderen geht zurück (Marschall, 1996, zit. nach Tangney,

Stuewig & Mashek, 2007). Die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die eigene Person zeigt sich auch in der verminderten Fähigkeit zur Lösung interpersoneller Probleme: Es gelingt nicht sonderlich gut Lösungen zu produzieren, die einen Aufmerksamkeitsfokus auf Beziehungen statt auf das Selbst erfordern. Auch haben Personen mit erhöhter Schamneigung Glaubenssätze im Hintergrund, die das Vertrauen in die Fähigkeiten des Selbst schwächen. In einer Studie mit 233 Collegestudenten zeigten Covert et al. (2003), dass die Neigung zu Schamgefühlen negativ korreliert ist mit der Fähigkeit, Lösungen für alltägliche zwischenmenschliche Probleme zu finden, ebenso wie das Selbstvertrauen in die Umsetzung dieser Lösungen und die Erwartung, dass die erdachten Lösungen auch funktionieren.

Die Neigung zu Schamgefühlen, und damit die Infragestellung des Kerns des Selbst, verstärkt die Vulnerabilität für eine große Anzahl psychopathologischer Symptome, angefangen von niedrigem Selbstwert, Depressivität, über Essstörungen, PTSD bis hin zu Suizidgedanken (Andrews et al., 2000; Ashby et al., 2006; Brewin et al., 2000; Crossley & Rockett, 2005; Feiring & Taska, 2005; Feiring et al., 2002; Ferguson et al., 2000; Ghatavi et al., 2002; Harper & Arias, 2004; Henderson & Zimbardo, 2001; Leskela et al., 2002; Mills, 2003; Murray et al., 2000; Orsillo et al., 1996; Sanftner et al., 1995; Stuewig & McCloskey, 2005). Überdauernde Schamerfahrungen stehen auch im Verdacht, die rein körperliche Gesundheit negativ zu beeinflussen. In einer Neun-Jahres-Studie an HIV-infizierten Männern zeigte sich ein rascheres Voranschreiten der AIDS-Erkrankung bei denjenigen, die auf Missgeschicke besonders empfindlich mit schambezogenen Kognitionen und Affekten reagierten (Dickerson, Gruenewald & Kemeny, 2004). Des Weiteren gibt es Hinweise auf Zusammenhänge zwischen der Neigung zu Schamgefühlen und der Neigung zu illegalen Handlungen und der Steigerung der Risikobereitschaft. So fand Tibbetts (1997) in einer Studie mit Collegestudenten positive Effekte der Neigung zu Schamgefühlen auf die mögliche Absicht, betrunken Auto zu fahren oder Ladendiebstahl zu begehen. In einer anderen Untersuchung hing die bei Fünftklässlern erfasste Neigung zu Schamgefühlen positiv zusammen mit späterem riskanten Fahrverhalten, dem früher einsetzenden Gebrauch von Alkohol- und Drogenkonsum sowie der geringen Wahrscheinlichkeit, Safer-Sex zu praktizieren (Tangney & Dearing, 2002). Bei jungen Straftätern stieg durch vorhandene Schamgefühle die Wahrscheinlichkeit, nach einer ersten Inhaftierung binnen zwei Jahren nach Entlassung erneut straffällig zu werden (Hosser, Windzio & Greve, 2008).

Schuldgefühle hingegen sind konstruktiv und befördern die Eigeninitiative zur Aufrechterhaltung und Reparatur von Beziehungen. Die Neigung zu Schuldgefühlen ist positiv korreliert mit dem empathischen Interesse für andere (Joireman, 2004; Leith & Baumeister, 1998; Tangney, 1991, 1995; Tangney & Dearing, 2002). Ebenso geht die

Neigung zu Schuldgefühlen einher mit der Fähigkeit, Lösungen für alltägliche zwischenmenschliche Probleme zu finden, dem Selbstvertrauen diese Lösungen umsetzen zu können, der Erwartung der Wirksamkeit erdachter Lösungen und dem Wunsch, zwischenmenschliche Probleme zu lösen (Covert et al., 2003). Tangney et al. (2007) betonen nachdrücklich, dass Schuldgefühle, solange sie nicht mit Schamgefühlen vermengt sind oder aus übertriebener bzw. verzerrt wahrgenommener eigener Verantwortlichkeit resultieren, keinen Zusammenhang zu psychopathologischen Symptomen aufweisen. Weder Kinder und Jugendliche noch Erwachsene mit der Neigung zu Schuldgefühlen weisen ein erhöhtes Risiko für Depressionen, Ängste, niedrigem Selbstwert etc. auf (Gramzow & Tangney, 1992; Leskela et al., 2002 ; McLaughlin, 2002 ; Quiles & Bybee, 1997 ; Schaefer, 2000 ; Stuewig & McCloskey, 2005; Tangney, 1994; Tangney & Dearing, 2002; Tangney et al., 1991, zit. nach Tangney et al. 2007; Tangney et al., 1995). Darüber hinaus ist die Neigung zu Schuldgefühlen offensichtlich negativ korreliert mit der Neigung zu antisozialen, riskanten und illegalen Verhaltensweisen (vgl. Tangney, Stuewig & Mashek, 2007). Tibbetts (2003) konnte beispielsweise zeigen, dass bei Collegestudenten die Schuldgefühlneigung invers mit selbstberichteten kriminellen Handlungen zusammenhängt. Im Kontrast zu den von Tangney und Dearing (2002) berichteten Befunden zur Schamneigung bei Fünftklässlern (siehe vorheriger Absatz), praktizierten Fünftklässler mit Schuldgefühlneigung später, in der Adoleszenz, eher Safer-Sex, neigten weniger zum Drogenmissbrauch und unterlagen einer geringeren Wahrscheinlichkeit, verhaftet und verurteilt zu werden⁴. Hosser, Windzio und Greve (2008) konnten in einer Studie nachweisen, dass Schuldgefühle bei jungen Strafgefangenen während einer ersten Haftzeit die Wahrscheinlichkeit verminderten, nach Haftentlassung erneut straffällig zu werden.

⁴ Diese Befunde zeigten sich auch noch, wenn das Familieneinkommen und die Bildung der Mutter mit berücksichtigt wurde.

Tabelle 1: Vergleich der Korrelate von Scham und Schuld⁵

| Merkmal | Scham | Schuld |
|---|---|--|
| Motivationale Reaktionen und Verhaltensweisen | Flucht und Rückzug aus der Situation Verleugnung der Situation Verteidigungsreaktionen Distanzierung und Abgrenzung | Wiedergutmachung Konstruktive Reaktionen |
| Problemlösefähigkeit bei alltäglichen zwischenmenschlichen Problemen | Negativ korreliert mit Problemlösefähigkeit, dem Selbstvertrauen in die Ausführung erdachter Lösungen und Erwartung des Funktionierens der erdachten Lösungen | Positiv korreliert mit Problemlösefähigkeit, dem Selbstvertrauen in die Ausführung erdachter Lösungen, der Erwartung des Funktionierens der erdachten Lösungen und dem Wunsch, zwischenmenschliche Probleme zu lösen |
| Empathie | negativ assoziiert mit Empathie | positiv assoziiert mit Empathie |
| Wut | Neigung zu Wut und Feindseligkeit Maladaptive und unkonstruktive Reaktionen auf Wut Tendenz zu aggressiven Verhaltensweisen in Paarbeziehungen | Konstruktive Herangehensweisen zum Umgang mit Wut In Paarbeziehungen besser dazu fähig den Partner versöhnlich zu stimmen |
| Risiko | Neigung zu riskanten, illegalen und potentiell schädigenden Verhaltensweisen | Kein Zusammenhang |
| Illegale Verhaltensweisen | positiv assoziiert mit strafbaren Handlungen | Negativ assoziiert mit strafbaren Handlungen |
| Psychopathologische Symptome | Depressivität Angst Zwanghaftes Denken Paranoides Denken Gestörtes Essverhalten Vermindertes Selbstwertgefühl | Kein Zusammenhang Kein Zusammenhang Kein Zusammenhang Kein Zusammenhang Kein Zusammenhang Kein Zusammenhang |
| Physiologische Reaktionen | Immunreaktion: proinflammatorische Cytokin-Aktivität; langfristig der körperlichen Gesundheit abträglich | Kein Zusammenhang |

⁵ Vgl. Tangney & Mashek, 2004 (S. 159); Tabelle hier im Vergleich dazu etwas modifiziert und erweitert

Es zeigt sich somit, dass Schuldgefühle effektiver als Schamgefühle sind, wenn es darum geht, Menschen zu moralischen Verhaltensweisen zu motivieren. Tangney et al. (2007) kommen beim Vergleich der Positiv-Negativ-Bilanzen von Scham- und Schuldgefühlen (siehe Tabelle 1) zu dem Fazit *„Thus, when considering the welfare of the individual, his or her close relationships, or society, feelings of guilt represent the moral emotion of choice.“* (S. 355). Dabei ist eine Person jedoch nicht umso moralischer, je mehr sie von moralischen Emotionen gepeinigt wird. Im Reich der moralischen Emotionen ist mehr nicht unbedingt besser. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass Schamgefühle deutlich schmerzhafter als Schuldgefühle erlebt werden (Lewis, 1971; Tangney, 1992; Tangney et al., 1996; Wicker, Payne & Morgan, 1983). In der Folge führt dies aber nicht zu mehr adaptiven, konstruktiven Kognitionen und moralischen Verhaltensweisen, sondern eben zu mehr Stress, Leugnung, Distanz, Rückzug, Aggressionen. Bei Durchsicht der relevanten Literatur kommen Tangney und Mashek (2004) zu dem Schluss:

„Taken together, theory and research seriously challenge the notion that suffering is a useful barometer of moral worth. Instead, the psychological literature underscores that feeling good is not incompatible with being good. Some guilt now and then is appropriate and useful to help keep us on the moral path and, more important, to motivate us to correct and repair. But, ultimately, people need to be able to get on with the business of life, taking care of one another rather than condemning the self.“

Bei allen Überlegungen zur Differenzierung der Emotionen Scham und Schuld gilt es immer zu beachten, dass moralisches Denken, Fühlen und Handeln von dem Kulturkreis abhängt, in dem es stattfindet. Es muss folglich davon ausgegangen werden, dass die (westlichen) Aussagen und Theorien, die in dieser Arbeit zu Schuld- und Schamgefühlen zitiert und gemacht werden, in das westliche Verständnis von Schuld und Scham eingebettet sind – und selbst dort lokalen Eigenheiten unterliegen. Anthropologen merken an, dass Nicht-Westliche Kulturen die Sache mit den moralischen Emotionen anders sehen. Die meisten asiatischen Kulturen unterscheiden beispielsweise lexikalisch nicht zwischen Scham und Peinlichkeit. Vielmehr gibt es dort eine einzelne zentrale kulturelle Emotion, die vereint, was wir unter Scham, Peinlichkeit, Schüchternheit und sozialer Angst verstehen. Es gibt sogar nicht-westliche Kulturen, in denen ein elaboriertes und explizit kognitiv bewusstes Konzept von Schuld nahezu nicht vorhanden ist. Die Ausgestaltung moralischer Emotionen hängt vermutlich entscheidend davon ab, ob man

es eher mit einer individualistisch oder einer kollektivistisch geprägten Kultur zu tun hat, und ob die soziale Struktur eher hierarchisch oder egalitär geprägt ist (vgl. Haidt, 2003b).

2.1.5. Exkurs: Emotionen, Schuldgefühle und die Grenzen der Erkenntnis

„Wir leben miteinander, wir beeinflussen uns gegenseitig und reagieren aufeinander; aber immer und unter allen Umständen sind wir einsam. ... Die Natur verurteilt jeden Geist, der in einem Körper lebt, dazu, Leid und Freud in Einsamkeit zu erdulden und zu genießen. Empfindungen, Gefühle, Einsichten, Einbildungen – sie alle sind etwas Privates und nur durch Symbole und aus zweiter Hand mitteilbar. Wir können Berichte über Erfahrungen austauschen und sammeln, niemals aber die Erfahrungen selbst.“⁶

Aldous Huxley, am. Schriftsteller, *1894 - †1963

Bei der wissenschaftlichen Näherung an das Phänomen der Emotionen stellt sich nicht nur die Frage, welche Aussagen man über Emotionen machen kann, sondern auch, welche man nicht treffen kann. Welches sind die Grenzen der Erkenntnis?

Beim Versuch der Definition und Differenzierung von Emotionen stößt man mithin an die Grenzen des wissenschaftlich Erkennbaren in Form des Qualia-Problems: Kein Mensch kann je wissen, wie ein anderer irgend etwas tatsächlich empfindet. Der subjektive, phänomenale Erlebnisgehalt mentaler Zustände entzieht sich dem Vergleich. Ein objektiver und beobachterunabhängiger Vergleich ist nicht möglich. Was sich vergleichen lässt sind beobachtbare Verhaltensweisen wie z.B. Gesichtsausdrücke, verbale Äußerungen und Selbstauskünfte, physiologische Parameter, Interaktionen etc., nicht jedoch tatsächliche Gefühle.

Zwar existieren kulturelle Konventionen darüber, in welchen (operationalisierbaren und definierten) Situationen die damit einhergehenden subjektiv wahrnehmbaren Qualitäten zu bezeichnen sind. Dennoch kann man nie wissen, ob die emotionale Qualität, die ein Mensch in einer Situation wahrnimmt, auch tatsächlich die ist, die ein anderer in dieser Situation wahrnimmt – auch wenn sie die gleichen Begriffe verwenden.

⁶ Huxley (1981, S.11) in „Die Pforten der Wahrnehmung“; Zitat in der engl. Originalfassung von 1954 (“The doors of perception”): “We live together, we act on, and react to, one another; but always and in all circumstances we are by ourselves. ... By its very nature every embodied spirit is doomed to suffer and enjoy in solitude. Sensations, feelings, insights, fancies - all these are private and, except through symbols and at second hand, incommunicable. We can pool information about experiences, but never the experiences themselves.” (Quelle: <http://www.mescaline.com/huxley.htm>, aufgerufen am 1.11.2010)

Zeigen sich Übereinstimmungen bei der Verwendung von Emotionswörtern, so ist das noch kein Beweis dafür, dass das gleiche empfunden wird. Zeigen sich hingegen Unterschiede, ist das hingegen noch kein Beweis dafür, dass *nicht* das gleiche empfunden wird. Man kann also theoretisch fundierte und empirisch überprüfbare Aussagen über systematische Zusammenhänge und Unterschiede von messbaren Verhaltensweisen und auch komplexeren Verhaltensclustern machen. Man darf jedoch nicht Zeichen und Bezeichnetes miteinander verwechseln. Verhaltensweisen sind nicht das Gefühl.

Das subjektiv wahrgenommene Schuldgefühl des einen Menschen muss nicht der Qualität des Schuldgefühls eines anderen entsprechen – vielleicht aber doch. Wissen kann man es nicht, die Erkenntnis hat eine Grenze erreicht.

2.1.6. Differenzierung verschiedener Arten von Schuldgefühlen

Schuldgefühle werden maßgeblich durch ihren Inhalt bestimmt, haben also eine *kognitiv-inhaltliche Ebene*, auf der sie unterscheidbar sind. So kann man sich beispielsweise schuldig fühlen wegen eines vergessenen Geburtstages, wegen unterlassener Hilfeleistung oder wegen schlechter Arbeitsleistungen. Auf der Inhaltsebene betrachtet gibt es eine nahezu unbegrenzte Anzahl unterschiedlicher Schuldgefühle.

Des Weiteren unterscheiden sich Schuldgefühle aber auch auf einer *formalen Ebene*. Die bisherige Forschung hat gezeigt, dass „Schuld“ kein homogenes Konstrukt ist, sondern verschiedene empirisch unterscheidbare Formen von Schuld existieren.

Montada und Reichle (1983) unterscheiden beispielsweise zwischen Schuldgefühlen aus Handlungsschuld und aus existentieller Schuld. *Handlungsschuldgefühle* entstehen aus vollzogenen oder unterlassenen Handlungen, mit schädlichen Folgen für andere. Demnach macht sich eine Person für etwas verantwortlich, hat mit ihrem Verhalten aus eigener Sicht gegen eine konventionelle, gesetzliche oder moralische Regel verstoßen, und kann das Verhalten nicht kognitiv rechtfertigen. Das Ausmaß von Handlungsschuldgefühlen hängt laut Montada, zumindest theoretisch, vom Grad der wahrgenommenen Verantwortlichkeit und vom Ausmaß des Schadens ab. Laut Albs (1998, 1997) hat die Entstehung von aktuellen Handlungsschuldgefühlen nicht zur Voraussetzung, dass andere von den eigenen vollzogenen oder unterlassenen Handlungen Kenntnis haben. Publikum oder Zeugen sind nicht notwendig. Eine Person mit Handlungsschuldgefühlen muss nicht durch andere in Frage gestellt werden, sie klagt sich selbst an und verurteilt sich selbst.

Existenzielle Schuldgefühle hingegen resultieren aus einer ungleichen Güterverteilung zu eigenen Gunsten. Zur Messung existenzieller Schuldgefühle haben Montada und seine Arbeitsgruppe das Existenzielle Schuld Inventar (ESI) entwickelt (Montada, Schmitt & Dalbert, 1983; Schneider, Reichle, Montada, 1986). Voraussetzung für existenzielle Schuldgefühle ist, dass die Diskrepanzen in der ungleichen Güterverteilung auch als ungerecht bewertet werden (Montada, Dalbert, Reichle & Schmitt, 1986). Hat man eine kognitive Rechtfertigung für die eigenen Vorteile, leidet man auch nicht unter einem schlechten Gewissen. Aber auch bei Zweifeln an der Gerechtigkeit eigener Privilegien resultieren nicht immer Schuldgefühle (Montada, Schmitt & Dalbert, 1986). Reichle, Montada und Schneider (1985) gingen davon aus, dass die Privilegierten einen Kausalzusammenhang zwischen eigenen Vorteilen und der Lage der Benachteiligten wahrnehmen müssen. Nach Meinung von Montada (1988) und Schmitt et al. (1989) sollte es ohne die Wahrnehmung eigener Verantwortlichkeit keinen Grund für Schuldgefühle geben. Die Wahrnehmung von relativer Benachteiligung anderer führt dann also eher zu Mitleids-Emotionen (Montada & Schneider, 1988; Schmitt et al., 1989).

Schuld kann man auch in „*gesunde*“ *Schuld* und *pathologische Schuld* unterteilen. So kann Schuld als abstraktes Phänomen beispielsweise prosoziale und moralische Aspekte beinhalten (Mosher, 1966). Genauso kann Schuld aber auch dysfunktionale Aspekte wie Angst und Reue bis hin zum Selbsthass beinhalten (Kugler & Jones, 1992). Auch Einstein und Lanning (1998) unterstützen eine fundamentale Teilung von Schuld in zwei unabhängige Komponenten. Im Rahmen einer konfirmatorischen Faktorenanalyse fanden sie bei einer Population von 92 australischen Studenten zwei nahezu orthogonale Faktoren vor: „ängstliche Schuld“, assoziiert mit dysfunktionalen und psychopathologischen Aspekten, und „empathische Schuld“, assoziiert mit moralischen Aspekten. Ängstliche Schuld korrelierte positiv ($r=.53$) mit der Neurotizismus-Skala des NEO-PI-R, empathische Schuld korrelierte positiv ($r=.38$) mit der Skala „Verträglichkeit“ des NEO-PI-R. Von einer ähnlichen Zweiteilung der Schuldgefühl-Phänomenologie gingen zuvor auch Caprara, Manzi und Perugini (1992) aus, indem sie die Konstrukte „Angst vor Bestrafung“ (analog zur ängstlichen Schuld) und „Bedürfnis nach Wiedergutmachung“ (analog zur empathischen Schuld) postulierten.

Um *maladaptive und dysfunktionale Aspekte von Schuldgefühlen* zu erfassen, entwickelten Berrios et al. (1992) ein Instrument zur Erfassung von Schuldgefühlen bei depressiven Patienten, und kondensierten dabei auf faktorenanalytischem Weg zwei pathologische Aspekte von Schuld: einen *kognitiven Aspekt*, der sich beispielsweise in schuldhaftem Wahn zeigen kann. Hier ist die Eigenwahrnehmung der Schuld kausal auf eine konkrete Missetat bezogen. Diese Missetat ist dann entweder nur eine Einbildung, oder die eigene „Bösartigkeit“ wird heftig übertrieben; und einen *affektiven Aspekt*, bei der

sich die Schuldgefühle deutlich in der Stimmung ausdrücken, aber nicht auf konkrete Verfehlungen bezogen werden. Diese Befunde sind konsistent mit Lang's Auffassung (1968), dass Emotionen aus drei Komponenten bestehen (verbal-kognitiv, motorisch, physiologisch) und diese partiell unabhängig voneinander sind. Rachman und Hodgson (1974; Hodgson & Rachman, 1974) postulieren, dass es unter bestimmten Bedingungen zu einer regelrechten „Desynchronisation“ der Komponenten einer emotionalen Reaktion kommen kann. Kihlstrom (1999) spricht in diesem Zusammenhang sogar von impliziten Emotionen und einem emotionalen Unbewussten. Somit könnten auch *Schuldgefühle unbewusst* sein und zu zielorientierten Verhaltensweisen (z. B. Wiedergutmachung) führen, ohne Bewusstsein der zugrunde liegenden Motive.

Mit dem „Interpersonal Guilt Questionnaire (IGQ)“ stellten O'Connor et al. (1997) einen weiteren Test zur Erfassung maladaptiver Aspekte von Schuldgefühlen vor. Der IGQ wurde auf Basis der Control-Mastery-Theory (Weiss et al., 1986; Weiss, 1993), einer kognitiv-affektiv orientierten, psychoanalytischen Behandlungstheorie entwickelt. Auf Basis des IGQ wurde auch eine faktorenanalytisch konstruierte deutsche Kurzform entwickelt. („Fragebogen zu interpersonellen Schuldgefühlen (FIS)“, (Albani et al., 2002)). Diese beinhaltet drei verschiedene Skalen: Die Skala „*Überlebensschuldgefühl*“ besteht aus Items, die die Überzeugung ausdrücken, dass persönlicher Erfolg und das Erreichen eigener Ziele dazu führt, dass andere leiden. Die Skala „*Trennungsschuldgefühl*“ setzt sich aus Items zusammen, welche die Überzeugung ausdrücken, dass Autonomie oder Trennung nahe stehende Menschen verletzt. Die Skala „*Schuldgefühl aus Verantwortung / Pflicht*“ enthält Items, die übertriebenes Pflichtgefühl und übersteigertes Verantwortungsgefühl und Sorge für das Glück und Wohlergehen anderer kennzeichnet.

Tangney führt jedoch 1996 (vgl. auch Tangney, Stuewig & Mashek, 2007) ein gewichtiges Argument gegen die Befunde zu mutmaßlich pathologischen, dysfunktionalen und maladaptiven Schuldkomponenten an: Ihrer Meinung nach wurde bei den entsprechenden Arbeiten die theoretische und empirische Unterscheidbarkeit von Schuld und Scham (siehe Abschnitt 2.1.3.) nicht berücksichtigt. Sie vertritt die Ansicht, dass Schuldgefühle erst durch eine Verschmelzung mit Schamgefühlen maladaptiv würden. Die berichteten Vorteile von Schuldgefühlen für eine Person und ihre Beziehungen gingen verloren, wenn eine Schuld erfahrung („*Was habe ich Dir angetan...*“) sich auf das gesamte Selbst („*...und bin ich nicht eine abscheuliche Person...*“) generalisiert. Tangney sieht in dieser Überlagerung der Schuld mit Scham die allerwahrscheinlichste Ursache für die in der klinischen Literatur berichteten schmerzhaften schuldbetonenden Selbstgeißelungen. Sie schreibt Schuldgefühlen eine durchweg nützliche adaptive Funktion zu, solange sie nicht von Scham überlagert werden oder aus übertriebener oder uneindeutiger Verantwortlichkeit resultieren (siehe Abschnitt 2.1.6.).

Albs (1998) kritisierte in Anlehnung an Spielbergers Angst- (1972; 1983) und Ärgerkonzeptionen (Spielberger, Jacobs, Russel & Crane, 1983), dass die vorhandenen Instrumente zur Messung von Schuldgefühlen nicht zwischen einem zeitlich befristeten emotionalen *Zustand des Schuldgefühls (State)* und einer *zeitlich unbefristeten Neigung (Trait)* unterscheiden. Sie entwickelte daher das „State-Trait-Schuldgefühl-Ausdrucksinventar“, das mit einer Skala Zustandsaspekte von Schuldgefühlen erfassen soll, und mit einer anderen Skala zeit- und situationsübergreifende Eigenschaftsaspekte. Des Weiteren zielt das Instrument auf die Erfassung verschiedener Schuldgefühl-Ausdrucksstile ab. Albs differenzierte mittels Faktorenanalyse vier verschiedene Stile: innerpsychische Auseinandersetzung, aktive Wiedergutmachung, Emotionskontrolle und Ablenkungsbemühungen. Arbeiten zur experimentellen Validierung und zur Normierung sind bislang nicht erfolgt.

Eine weitere mögliche Unterscheidung ist die zwischen *persönlichen Schuldgefühlen*, basierend auf eigenen Verfehlungen, und *stellvertretenden Schuldgefühlen*, basierend auf den Verfehlungen anderer (vgl. Tangney et al., 2007). Da das Selbst zu einem gewissen Anteil durch unsere sozialen Beziehungen und Gruppenmitgliedschaften definiert wird, ist es nur folgerichtig, dass das Verhalten anderer Ingroup-Mitglieder sich auch im eigenen Selbst und seinen moralischen Gefühlen widerspiegeln sollte. Tatsächlich motivieren stellvertretende Schuldgefühle zu Wiedergutmachungshandlungen der Verfehlungen anderer, ebenso wie persönliche Schuldgefühle zur Wiedergutmachung der eigenen Handlungen motivieren. Ein relevanter Prädiktor für die Entstehung stellvertretender Schuldgefühle ist die wechselseitige Abhängigkeit zum Missetäter und die Bewertung der Verfehlungs-Situation als prinzipiell kontrollierbar (Lickel et al., 2005).

2.1.7. Schuldgefühle und Verantwortung

Montadas Konzept der Handlungsschuld deckt sich weitgehend mit der Bewertungs-Theorie („appraisal theory“) von Lazarus (z. B. Smith & Lazarus, 1993). Diesem Modell nach beruhen Schuldgefühle auf der Wahrnehmung, dass man selbst *verantwortlich* für ein motivational inkongruentes und prinzipiell kontrollierbares Ergebnis ist, oder der Wahrnehmung von Unvereinbarkeiten zwischen dem eigenen Verhalten und wichtigen sozialen Normen (vgl. Scherer, 2001). Albs (1998) belegt und erweitert diese Auffassung mit Daten, die zeigen, dass aktuelle Schuldgefühle mit der Wahrnehmung vorheriger Handlungsalternativen und wahrgenommener Kontrolle über die Initiierung eigener Handlungen positiv korreliert sind und mit der Vorhersicht der Handlungsfolgen

negativ. Wenn es folglich durch unsere Handlungen zu einem, aus unserer Sicht, unerwünschten Ergebnis für andere kommt, fühlen wir uns umso schuldiger, je mehr wir auch anders hätten handeln können, je mehr Kontrolle wir über unsere Handlungen hatten, und je weniger wir das unerwünschte Ergebnis vorhergesehen haben. Die fehlende Vorhersicht möglicher negativer Folgen unserer Handlungen stellt somit laut Albs keine schuld mindernde Rechtfertigung dar. Im Gegenteil: In unserer persönlichen Selbstbewertung führen wir sie als Indiz für unsere Schuld an.

Parkinson, Fischer und Manstead (2005) merken an, dass die Entstehung von Schuldgefühlen jedoch nicht notwendigerweise ursächlich voraussetzt, dass man sich für ein Ereignis als persönlich verantwortlich ansieht. Es reicht die eigene Auffassung, dass eine andere, durch gewisse Ereignisse benachteiligte Person, möglicherweise das Recht hat, eine Entschuldigung von einem selbst zu verlangen. Dass die Wahrnehmung eigener Verantwortlichkeit für ein Ereignis keine notwendige Voraussetzung für die Entstehung von Schuldgefühlen ist, wird durch verschiedene empirische Befunde gestützt (Millar & Tesser, 1988; McGraw, 1987). So gaben beispielsweise in einer Studie von Kroon (1988, nach Frijda, 1993) nur 28% der Probanden mit starken Schuldgefühlen an, sich für das Ereignis, das die Schuldgefühle auslöste, als verantwortlich anzusehen. Eine mögliche Erklärung für die partielle Entkopplung von Verantwortung und Schuldgefühlen könnte auch dem Unterschied von Handlungen und Verhalten verschuldet sein. Handlungen werden in der Regel als bewusste, zielgerichtete, motivierte und wissensbasierte Auseinandersetzungen mit der Umwelt definiert (Strohschneider & Tisdale, 1987, S. 22). Jede Handlung ist ein Verhalten, aber nicht jedes Verhalten ist eine Handlung. *„...Handlungstheoretiker sind sich darin einig, dass, wenn jemand auf einer Bananenschale ausrutscht, dies keine Handlung sei.“* (Dörner & Stäudel, 1990, S. 303). Für die Entstehung von Schuldgefühlen reicht es aus, dass eigene, prinzipiell kontrollierbare Verhaltensweisen negative Folgen für Andere haben. Die Einschätzung von Verantwortlichkeit für die negativen Folgen bei Anderen steht hingegen vermutlich stärker im Zusammenhang mit der Wahrnehmung eines eigenen Verhaltens als absichtsvolle Handlung, und nicht nur als „einfaches“ Verhalten (vgl. Weiner, 1995, S. 13).

Tatsächliche Verantwortlichkeit für eine Handlung ist also keine notwendige Voraussetzung für die Entstehung von Schuldgefühlen. Allerdings kann eine Übertreibung oder verzerrte Wahrnehmung der eigenen Verantwortlichkeit ein unnötiges und somit tatsächlich maladaptives Übermaß an Schuldgefühlen produzieren (vgl. Tangney, Stuewig & Mashek, 2007). Dies ist dann der Fall, wenn sich die subjektiv wahrgenommene Verantwortlichkeit für eine Situation und die tatsächlich mögliche eigene Kontrolle über die Situation nicht mehr decken. Eine Person „nimmt“ sich dann mehr Verantwortung, als es zur Aufrechterhaltung und Wahrung positiver interpersoneller Beziehungen sinnvoll

(=adaptiv) ist. Häufig geschieht eine potentiell maladaptive Übernahme von Verantwortung in Situationen, in denen die Verantwortlichkeiten unklar sind. Ferguson et al. (2000) variierten in einer experimentellen Studie mit Grundschulkindern das Ausmaß der Uneindeutigkeit von Verantwortung in verschiedenen Situationen. Dabei zeigte sich ein positiver Zusammenhang von internalisierten Symptomen (z.B. Depression) und der Neigung zu Schuldgefühlen genau in den Situationen, in denen die Verantwortlichkeit uneindeutig war.

2.1.8. Schuldgefühle und kontrafaktisches Denken

Das Thema Verantwortung für die eigenen Handlungen, bzw. von anderen uns zugewiesenen Verantwortung für einen Sachverhalt, leitet über zu der Frage, wie wir mit unerwünschten Folgen eines Verhaltens und den resultierenden Schuldgefühlen im Nachhinein kognitiv umgehen. Negative Affekte wie Schuldgefühle und Bedauern sind eng mit dem Phänomen der „kontrafaktischen Gedanken“ verbunden (vgl. Niedenthal, Tangney & Gavanski, 1994). Unter kontrafaktischem Denken kann der Versuch verstanden werden, einen (möglicherweise Schuldgefühl-behafteten) Aspekt der Vergangenheit mental durch die Vorstellung umzuändern, was statt dessen hätte sein können. Sie haben die Form *“was wäre gewesen wenn...“*. Jede menschliche Entscheidung wird von kontrafaktischen Gedanken, und somit von den früher verworfenen Alternativen, beeinflusst (Roese, 2007a). Kontrafaktische Gedanken spielen bei vielen kognitiven Aktivitäten eine Rolle, angefangen von Tagträumen bis hin zu schlussfolgerndem Denken und der Einschätzung von Wahrscheinlichkeiten. Am häufigsten treten sie nach negativen Folgen auf, besonders wenn ein bestimmtes Ziel nicht erreicht wurde (Roese, Sanna & Galinsky, 2005). Sie lassen sich in zwei Kategorien einteilen: kontrafaktische Aufwärtsvergleiche und kontrafaktische Abwärtsvergleiche.

Aufwärtsvergleiche haben zum Inhalt, wie eine Situation hätte besser verlaufen können. Dadurch wird eine faktische, d. h. tatsächliche Situation mit einer hypothetisch besseren kontrastiert. Dies hilft dabei, aus Fehlern zu lernen, alternative Handlungsmöglichkeiten zu erkennen, und hat somit eine vorbereitende Funktion auf zukünftige Situationen (*„Beim nächsten Mal mache ich es anders.“*). Aufwärtsvergleiche werden von negativen Emotionen wie z. B. Schuldgefühlen und Bedauern, aber auch von Scham, Enttäuschung und Traurigkeit begleitet, und können diese Emotionen noch verstärken (Mandel, 2003). Kontrafaktische Aufwärtsvergleiche sind zielorientiert. Sie flüstern uns *„... wie eine Art mentaler Trainer aus dem Hinterstübchen in unserem Kopf permanent ein, welche Handlungen uns näher an unser gestecktes Ziel gebracht hätten.*

Viele dieser zielorientierten kontrafaktischen Gedanken laufen unbewusst ab...“ (Roese, 2007b).

Kurzfristig sind Aufwärtsvergleiche also eine unangenehme Sache, da sie negative Gefühle bescheren. Mittel- und langfristig ermöglichen sie Erkenntnisgewinn und persönliche Weiterentwicklung – auch bei Psychotherapeuten. So geht denn Roese davon aus, dass es *„... ein moderates Mittelmaß des optimalen kontrafaktischen Denkens [gibt] – nicht zu viel und nicht zu wenig – das den geistig gesunden Menschen ausmacht.“* Generell neigen Menschen mehr zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen als zu Abwärtsvergleichen (Roese, Sanna & Galinsky, 2005).

Abwärtsvergleiche hingegen beschäftigen sich damit, wie eine Situation ein noch schlimmeres Ende hätte nehmen können. Sie erfüllen eine affektregulierende Funktion indem sie uns dabei helfen, uns nach unangenehmen Folgen trotzdem wieder besser zu fühlen (Roese, 1994). Sie sind somit ein Mechanismus unseres „psychologischen Immunsystems“. ⁷ Mit diesem Begriff kennzeichnet der Sozialpsychologe Daniel Gilbert (2006) zahlreiche mentale „Tricks“, um negative Situationen in einem (emotional) angenehmeren Licht erscheinen zu lassen.

Stehen Schuldgefühle im Vordergrund, dann zielen kontrafaktische Gedanken eher auf die gedankliche Veränderung eigener Handlungen in zurückliegenden Situationen ab (*„Hätte ich bloß nicht..., sondern besser...“*). Sind hingegen Schamgefühle vorherrschend, tendieren die kontrafaktischen Gedanken dahingehend, Qualitäten des Selbst, also der Person (*„Wäre ich bloß nicht..., sondern besser...“*), und nicht vergangene Handlungen, zu verändern (Niedenthal, Tangney & Gavanski, 1994).

Die zeitliche Komponente spielt eine wichtige Rolle dafür, ob Menschen eher ausgeführte oder unterlassene Handlungen bereuen. Gilovich und Medvec (1994) konnten zeigen, dass ausgeführte Handlungen kurzfristig mehr bereut und von kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen begleitet werden. Langfristig überwiegt jedoch die Reue bezüglich unterlassener Handlungen. Roese (2007b) erklärt diesen Befund mit der mentalen Verfügbarkeit. Denn für ausgeführte Handlungen sind sinnvolle Begründungen, die unangenehmen Gefühlen wie Schuld und Reue effektiv begegnen, sehr viel leichter verfügbar als für Nichthandlungen, da die Psyche sich eher mit tatsächlich geschehenen Handlungen als mit nicht geschehenen beschäftigt.

⁷ Zitat: *“A healthy psychological immune system strikes a balance that allows us to feel good enough to cope with our situation but bad enough to do something about it. We need to be defended -- not defenseless or defensive -- and thus our minds naturally look for the best view of things while simultaneously insisting that those views stick reasonably closely to the facts”* (S. 162)

2.1.9. Schuldgefühle(n) vorbeugen, verhindern, reduzieren

Das Wesen von Schuldgefühlen und ihre Entstehung zu verstehen ist das eine, aber wie kann man ihnen vorbeugen? Wie wird man sie wieder los?

Bestrafung, aber richtig!

BBC-News titelte in Ihrer Online-Ausgabe am 16. April 1999 einen Artikel mit der Schlagzeile „*Private jail staff ‘too friendly’ say prisoners*“.⁸ Im ersten Privatgefängnis des Vereinigten Königreiches würden für Gefangene vergleichsweise himmlische Bedingungen herrschen. Wärter und Gefangene würden sich gegenseitig mit Vornamen anreden, nähmen die Mahlzeiten gemeinsam ein. Viele Gefangenen empfänden die durchweg höfliche Art der Wärter als reinsten Balsam. Der BBC-Bericht bezieht sich auf einen Report (HM Inspectorate of Prisons for England and Wales, 1999), in dem Gefangene aber auch zitiert werden mit dem Wunsch, in Gefängnisse zurückverlegt zu werden, die von gegenseitiger Abneigung zwischen Gefangenen und Wärtern charakterisiert seien. Manch Gefangener fand die entspannten Bedingungen in dem Gefängnis als regelrecht beunruhigend, und wünschte sich ein Gefängnis mit antagonistischeren Beziehungen. Was war da los? Wünschte sich da möglicherweise manch ein Gefangener deutlicher zu spüren, dass er für seine Taten bestraft wird? Ein schwedischer Strafrechtler tat sich vor einiger Zeit mit der These hervor, dass es das klare Recht von Missetätern sei, für ihre Taten auch eine Bestrafung zu empfangen.⁹ Ist dies Ausdruck des Bedürfnisses, Schuldgefühle durch angemessene Bestrafung wieder loszuwerden? Hosser, Windzio und Greve (2008) konnten zeigen, dass bei jungen Straftätern zu Strafbeginn vorhandene Schuldgefühle im Verlauf einer Inhaftierung, und vor allem innerhalb der ersten 100 Tage, rapide abnahmen.

Buße tun und rituelle Reinigung

Viele Systeme definieren eindeutig, wie man Schuldgefühle wieder los wird: So darf man sich als gläubiger Katholik wieder gut fühlen, wenn man in der Beichte nach dem Bekenntnis der Sünden die vom Priester auferlegten Bußerituale (Gebete und / oder Werke der Nächstenliebe) erfüllt hat: „...[der] heilige Geist ... schenke die Verzeihung. So spreche ich dich los von deinen Sünden...“.¹⁰

Die Menschheits- und Literaturgeschichte ist voll von Beispielen über den Umgang mit Schuld. Nach Lesart des Christentums vollzog Johannes der Täufer die Waschungen

⁸ http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/320821.stm

⁹ Gedankenprotokoll des Autors über ein Gespräch mit einem Juristen im Jahr 1999.

¹⁰ <http://de.wikipedia.org/wiki/Beichte>

im Jordan, verbunden mit einem Sündenbekenntnis der Täuflinge, als Ritual zur Vergebung der Sünden: „*Johannes, der war in der Wüste, taufte und predigte von der Taufe der Buße zur Vergebung der Sünden.*“¹¹ Und sein „Therapeutikum“ gegen Schuldgefühle fand offensichtlich regen Anklang: „*Und es ging zu ihm hinaus das ganze jüdische Land und die von Jerusalem und ließen sich alle von ihm taufen im Jordan und bekannten ihre Sünden.*“¹² Muslime kennen die rituelle Fußwaschung vor dem Gebet. Hindus steigen zur rituellen Reinigung in den schmutzigen Ganges.

Symbolische Negierung eigener Verantwortung durch „Reinwaschung“

Waschungsrituale können aber nicht nur dazu dienen, Schuldgefühle wieder los zu werden, sondern ihnen gleich gänzlich vorzubeugen. Pontius Pilatus wusch sich nach dem Todesurteil über Jesus von Nazareth rituell die Hände in Unschuld und externalisierte mit dieser Handlung die Verantwortung für die Kreuzigung auf das Volk: „*Ich bin unschuldig an dem Blut dieses Gerechten, sehet ihr zu!*“¹³. Eine mögliche Strategie ist also die Negierung eigener Verantwortung. Dies kann als öffentliches Commitment wie im Falle von Pontius Pilatus geschehen, oder auch als „stiller“ kognitiver Akt (vgl. Miceli & Castelfranchi, 1998). Manchmal versagen Versuche der „Reinwaschung“ auch, wie im Falle von Shakespeares Lady Macbeth, als die Spuren des Mordes an König Duncan nicht von ihren Händen verschwinden wollen: „*... wer hätte gedacht, dass der alte Mann soviel Blut in ihm hätte? ...wie, wollen diese Hände niemals sauber werden?*“¹⁴

Körperliche Reinigung = moralische Reinigung?

Zhong und Liljenquist (2006) konnten in einer Serie von Experimenten tatsächlich auch empirisch zeigen, dass es einen psychischen Zusammenhang zwischen der Erleichterung des Gewissens und dem Drang sich zu Waschen gibt. Beispielsweise wurden in einem Versuch die studentischen Versuchspersonen ($N=32$) in zwei Gruppen aufgeteilt und gebeten, sich entweder eine moralisch einwandfreie oder eine verwerfliche Tat aus ihrer Vergangenheit in Erinnerung zu rufen und aufzuschreiben. Im Anschluss durften sie sich ein Geschenk aussuchen - entweder einen Bleistift oder ein antiseptisches Tuch. Die Testpersonen mit einer moralisch problematischen Erinnerung wählten signifikant ($P=0.03$) häufiger (66.7% vs. 33.3%) das Reinigungstuch.

Auf Basis Ihrer Befunde postulierten die beiden Wissenschaftler den sog. Macbeth-Effekt: Der Gedanke an moralische Verwerflichkeiten stellt eine moralische

¹¹ Johannes 1,4; gemäß der Luther Bibel 1912

¹² Johannes 1,5; gemäß der Luther Bibel 1912

¹³ Matthaeus 27,24; gemäß der Luther Bibel 1912

¹⁴ <http://www.gutenberg.org/cache/epub/7269/pg7269.txt> (aufgerufen am 3.9.2010)

Bedrohung da und verursacht ein Bedürfnis nach körperlicher Reinigung. Offenbar gebe es in vielen Menschen eine deutliche Verbindung zwischen körperlicher und moralischer Reinheit. Dies sei auch eine mögliche Erklärung dafür, warum die körperliche Reinigung seit Jahrtausenden ein wichtiger Bestandteil vieler religiöser Bräuche ist.

Des Weiteren testeten die Wissenschaftler, wie wirkungsvoll diese „Macbeth-Strategie“ zur Abwehr von Schuldgefühlen ist. Sie ließen Versuchspersonen eine unmoralische Handlung aus ihrer Biografie beschreiben. Ein Teil der Probanden wurde dazu gebracht, im Anschluss die Hände mit einem antiseptischen Tuch zu reinigen. Ein daraufhin ausgefüllter Test zur aktuellen emotionalen Befindlichkeit zeigte ein signifikant geringeres Ausmaß moralischer Emotionen bei den Probanden, die sich „reinwaschen“ konnten, nicht jedoch bei der anderen Gruppe. Auf nicht-moralische Emotionen hatte die Reinigungsprozedur keinen Einfluss. Die Reinigungsprozedur hatte auch Auswirkungen auf das konkrete Verhalten der Teilnehmer. 74% der Probanden, die nicht die Möglichkeit zur Handreinigung hatten, gingen nach der Reaktualisierung ihrer schuldhaften Erinnerungen auf das Angebot ein, einem verzweifelten Studenten freiwillig zu helfen. Von den „Gereinigten“ nutzen nur 41% die Möglichkeit für dieses möglicherweise moralisch-kompensatorische Verhalten. Offen bleibt jedoch die Frage, ob symbolische Reinigungsrituale lediglich einen kurzfristigen Effekt haben – oder auch von Dauer sind.

Reinigungsrituale für Psychotherapeuten?

Beim Nachweis längerfristiger Wirkung körperlicher Reinigungsrituale zur Vorbeugung / Reduktion von Schuldgefühlen könnte man Psychotherapeuten den durchaus ernst gemeinten Ratschlag geben, sich nach jedem Patientengespräch, welches Schuld- und Schamgefühle auf Therapeutenseite hinterließ, die Hände zu waschen – genau wie es somatisch tätige Ärzte eh nach jedem Patientenkontakt tun. Oder konsequent andere Formen der symbolischen Reinigung zu nutzen, beispielsweise Duschen nach der Arbeit. Möglicherweise liegt der Nutzen von kollegialen Gesprächen unter Psychotherapeuten, der Nutzen von Intervisionsgruppen und Supervision nicht nur in der rein fachlichen Reflektion des eigenen Handelns, sondern auch in der Funktion des symbolischen Buße-, Beicht- und Reinigungsrituals, und somit der Vorbeugung chronischer Scham- und Schuldgefühle.

Miceli und Castelfranchis Systematik kognitiver Strategien gegen Schuldgefühle

Miceli und Castelfranchi (1998) gehen in ihrer Konzeption von Schuldgefühlen von drei notwendigen Komponenten für die Entstehung von Schuldgefühlen aus: 1) negative Bewertung eigener Verhaltensweisen als böse oder verletzend 2) die Annahme eigener Verantwortung dafür 3) Verminderung des eigenen Selbstwertes (im Gegensatz zur

Konzeption von Lewis, 1992; siehe oben). Die beiden Autoren sehen zwei weitere Faktoren als wichtig (aber nicht zwingend notwendig) für die Entstehung von Schuldgefühlen an: Die emotionale Identifizierung mit dem Opfer und das Ziel, Wiedergutmachung zu leisten. Aus ihrer Konzeption leiten sie drei generelle kognitive Abwehrkategorien gegen Schuldgefühle ab, die in Tabelle 2 im Überblick dargestellt sind.

Tabelle 2: Kognitive Abwehrstrategien gegen Schuldgefühle nach Miceli und Castelfranchi

| |
|--|
| Ablehnung der eigenen Bewertung als böse oder verletzend |
| <p><i>„Es war doch gar nicht so schlimm.“</i></p> <p><i>„Es ist ihm / ihr ganz recht geschehen.“</i></p> |
| Abwehr eigener Verantwortung |
| <p><i>„Ich war`s nicht.“</i></p> <p><i>„Das habe ich nicht gewollt.“</i></p> <p><i>„Ich habe es nicht verhindern können. Es war nicht vorhersehbar. Ich konnte dem nicht vorbeugen!“</i></p> <p><i>„Ich habe nichts Falsches getan.“</i></p> |
| Abwehr über Kognitionen zur Wiedergutmachung |
| <p><i>„Ich habe Wiedergutmachung geleistet“</i></p> <p><i>„Da gibt es nichts (mehr) wiedergutzumachen.“</i></p> <p><i>„Ich hätte ja Wiedergutmachung abgeleistet, wenn ich gekonnt hätte / das Opfer mich gelassen hätte.“</i></p> <p><i>„Ich wurde vom Opfer schon genug gestraft.“</i></p> |

Echte Schuldreduktion vs. Vermeidung und Flucht

Kubany & Watson (2003) unterscheiden zwischen nachhaltig wirksamen Methoden, Schuld- als auch Schamgefühle zu reduzieren, und reiner Flucht und Vermeidung, ohne tatsächliche Reduktion. Zu den nachhaltigen Methoden zählen sie Wiedergutmachungsversuche, Vergebung, die Korrektur von Denkfehlern die zu Schuldgefühlen beitragen als auch das Vergehen von Zeit. Zu den kritischen psychischen Varianten im Umgang mit Schuldgefühlen zählen sie Versuche, bewusst nicht an schuldauslösende Vorfälle zu denken, dissoziative Amnesien, sowie Alkohol- und Suchtmittelkonsum. Bei diesen Varianten würden die Schuldgefühle jedoch langfristig weiter latent im Hintergrund lauern und stets auf ihre Reaktivierung warten.

2.2. Entwicklung von Psychotherapeuten

Forschergenerationen haben sich damit beschäftigt herauszufinden, welche Wirkungen Psychotherapie auf Klientenseite hat, und wie sich Menschen, begleitet und unterstützt durch Psychotherapie, entwickeln. Das liegt natürlich auf der Hand, da man Psychotherapie durchaus als Leistung eines Dienstleisters betrachten kann, die schließlich auf „Kundenseite“ einen gewissen Nutzen haben soll, den es im Blick zu behalten gilt. Je nach Therapieschule unterschiedlich gewichtet kann man diesen Nutzen auf Klientenseite in verschiedenen Qualitäten verorten, sei es persönliches Wachstum oder Reifung des Klienten, Symptomreduktion und Reduktion von Leidensdruck, Herstellung von Handlungsmöglichkeiten und -fähigkeiten, Sinnfindung, etc.. Klienten sind aber mitnichten die einzigen „Kunden“ eines Psychotherapeuten – auch Kostenträger, Arbeitgeber, Kollegen, Familiensysteme oder die Gesellschaft als Ganzes erwarten sich etwas vom Tun der Therapeuten. Psychotherapeuten finden sich somit in einem Netz von „Einladungen“ und möglichen Aufträgen wieder, indem sie ihrem täglichen Tun nachgehen. Wie aber entwickeln sich Psychotherapeuten im Laufe ihres Berufslebens in diesem Spannungsfeld? Was kann man über den Verlauf ihres persönlichen „Wachstums“ sagen? Was über mögliche Symptome und Leidensdruck auf ihrer Seite? Wie verändert sich ihr Selbstbild über die Lebensjahre? Und wie gelingt Psychotherapeuten Sinnfindung, falls es ihnen gelingt? Viele weitere Fragen lassen sich stellen, und schließlich auch noch diese:

Lässt sich überhaupt etwas „Typisches“ über die berufliche Entwicklung von Psychotherapeuten sagen? Lange wurden diese Themen eher stiefmütterlich und nur punktuell von der Forschung bedacht.

2.2.1. Die „*Minnesota Study of Counselor and Therapist Development*“

Beginnend in der zweiten Hälfte der 80er Jahre begannen Skovholt und Rønnestad (1995) über einen Zeitraum von sechs Jahren kontinuierlich die Daten halbstrukturierter Interviews mit 100 Psychotherapeuten von 0 bis 40 Jahren Berufserfahrung qualitativ auszuwerten. Auf Basis der Datenbewertung von acht Parametern (zentrale Aufgabe, vorherrschender Affekt, wesentliche Einflussfaktoren, Rollenverhalten und Arbeitsstil, Konzeptbildungen, Lernprozess, Maß für die Effektivität, eigene Zufriedenheit) entwickelten sie ein achtstufiges Modell für die Entwicklung von Psychotherapeuten (Abbildung 1). Die Autoren beschreiben ihr Modell der Entwicklung

von Psychotherapeuten zwischen den Polen „Stagnation“ und „professionelle Entwicklung“ wie folgt (Rønnestad & Skovholt, 1997, S. 299):

„Das Modell beschreibt die großen Erwartungen, Leistungsorientierungen und Ängste am Anfang und in der mittleren Phase der Ausbildung. In der fortgeschrittenen Phase der Ausbildung werden die zentrale Rolle des Modelllernens im Ausbildungszentrum, dann das schwankende Selbstbewusstsein und die bedingte Autonomie des Ausbildungsteilnehmers beschrieben. Während der ersten Jahre nach beendeter Ausbildungszeit kommt typischerweise eine Desillusionierung über die Ausbildung zum Vorschein, und damit verbunden ein erhöhtes Bewusstsein für die Kompliziertheit und Herausforderungen der Psychotherapie. Diese Desillusionierung führt normalerweise zu einer weiterführenden Erkundung; alternative theoretische Bereiche werden untersucht, auf der inneren Bühne findet eine Sondierung der eigenen Fähigkeiten und Grenzen statt. Beim Therapeuten mit langjähriger Erfahrung steht die reflexive Einfühlung und die Bemühung, sich von weniger authentischem Ausdruck des beruflichen Selbst zu befreien, im Mittelpunkt des Lernprozesses. Es gibt eine Bewegung hin zu realistischeren Erwartungen bei der Arbeit; der erfahrene Therapeut hat das Gefühl, seine professionellen Techniken besser zu beherrschen. Gleichzeitig erlebt er sich als weniger großartig, was seine Wirkung auf Patienten betrifft.“



Abbildung 1: Achtstufiges Modell der beruflichen Entwicklung nach Skovholt und Rønnestad (1995)

In ihrer Arbeit gibt es keine expliziten Überlegungen, ob und welche Rolle Schuld- und Schamgefühle möglicherweise in der professionellen Entwicklung von Psychotherapeuten spielen. Dennoch finden sich bei den Autoren einige interessante Hinweise. So erwähnen sie beispielsweise, dass der Fähigkeit „negative Affekte“ zu tolerieren und zu modellieren, eine überaus wichtige Rolle zukommt. Therapeuten auf der obersten und reifsten beruflichen Entwicklungsstufe (Integrität) mit ca. 25 bis 35 Jahren therapeutischer Berufserfahrung würden ihre Klienten als viel stärker ansehen als in den frühen beruflichen Jahren. Der dominierende Affekt dieser Entwicklungsstufe sei Akzeptanz. Exemplarisch zitieren sie eine ältere Therapeutin mit der Aussage *„Früher hatte ich immer Angst, dass ich einen schrecklichen Fehler begehen könnte, und jemandem dadurch sein Leben für immer ruinieren könnte. Heute ist mir bewusst, dass man das nicht kann. So mächtig ist man nicht.“*¹⁵ Ein männlicher Therapeut wird zitiert mit der Aussage *„Je länger ich dabei bin, desto mehr akzeptiere ich meine Limitierungen. So ist es eben. Manche Sachen mache ich gut, andere nicht so gut.“*¹⁶ Die berufliche Rolle sei viel weniger von den früher gelernten äußeren Aspekten („als guter Therapeut soll man dies, und jenes soll man nicht“) bestimmt (S. 92). Eine weitere erfahrene Therapeutin wird zitiert mit der Äußerung *„Wenn ich drei Sachen bewältigen kann, konzentriere ich mich auf diese Sachen. Früher hab ich mich an der vierten abgearbeitet, aber heute nicht mehr.“*¹⁷ Doch auch unter älteren und erfahrenen Therapeuten gäbe es hin und wieder Elemente des Bedauerns nach der Devise *„Ich bin zu früh alt und zu spät schlau geworden.“*¹⁸

2.2.2. Die *“International Study on the Development of Psychotherapists“*

Ende der 80er Jahre schlossen sich interessierte Kollegen der *„Society for Psychotherapy Research“* (SPR) zum *„Collaborative Research Network“* (CRN) zusammen, um einen systematischen empirischen Blick auf die berufliche und persönliche Entwicklung von Psychotherapeuten zu werfen.

¹⁵ engl. Originalzitat: *“I used to be afraid I might make a terrible mistake and ruin someone’s life forever and now I feel you can’t do that, you’re not that powerful.”* (S. 90)

¹⁶ engl. Originalzitat: *“The longer I’ve been at it the more I’ve become accepting of my limitations. That is just the way it is. Some things I do well, other things not so well.”* (S. 88)

¹⁷ engl. Originalzitat: *„If I can do three things well, I concentrate on those things. I used to work on the one out of four, but not now.“* (S. 87)

¹⁸ engl. Originalzitat: *„too soon old and too late smart“* (S. 89)

Fragestellung

Man wollte folgenden Hauptfragen nachgehen: 1) Wie erleben Psychotherapeuten ihre Arbeit mit Patienten? 2) Welchen Effekt haben die Arbeitserfahrungen der Therapeuten auf ihre berufliche Entwicklung? 3) Wie beeinflussen das Niveau und der Entwicklungsstand der Therapeuten wiederum deren therapeutische Arbeit?

Stichprobe und Methodik

In ihrer groß und international angelegten Studie „*International Study on the Development of Psychotherapists*“ (ISDP) befragten sie bislang über 7000 Psychotherapeuten aus über zwei Dutzend Ländern (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Dies stellt die bislang größte und umfassendste Untersuchung der beruflichen Entwicklung von Psychotherapeuten dar. Die meisten Befragten rekrutierten sich aus dem westlichen Kulturkreis (Deutschland 21,7%, USA 17,3%, Norwegen 16,5%), aber auch andere Kulturkreise waren vertreten (z.B. Südkorea 11%). Es wurden Therapeuten verschiedenster theoretischer Schwerpunktausrichtungen in die Studie einbezogen (57,6% analytisch-dynamisch, 14,2% behavioral, 23,9% kognitiv, 10,7% kognitiv-behavioral, 31,2% humanistisch, 20,9% systemisch, 13,4% andere). Neben den häufigsten Grundprofessionen Psychologie und Medizin wurden je nach Land und den dortigen Gegebenheiten weitere Professionen wie Soziale Arbeit, Counseling, Nursing und auch Laientherapie in die Studie einbezogen. Als Instrument zur Erfassung der Entwicklung wurde ein Fragebogen („Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire“ (DPCCQ)) mit ca. 400 Items entwickelt. Die meisten Items sind quantitative Ratings, zusätzlich enthält das Instrument auch einige offene Fragen.

Ergebnisse: aktuelle Arbeitserfahrung

Die Forscher konnten durch Analyse der vielen spezifischen Facetten des Therapeutenerlebens induktiv zwei übergreifende und statistisch unabhängige Dimensionen der therapeutischen Arbeitserfahrung identifizieren: I) Die Erfahrung von heilemdem Engagement II) Die Erfahrung von aufreibendem Engagement.

Der Aspekt „heilendes Engagement“ ist geprägt von Gefühlen der Kompetenz und Wirksamkeit, positivem Umgang mit Patienten, echtem Engagement, Flow-Erfahrungen und dem konstruktiven Umgang mit Schwierigkeiten. Die stärksten Prädiktoren für die Dimension „*heilendes Engagement*“ waren die therapeutische Breite, Unterstützung und Zufriedenheit im Arbeitsumfeld, positive Arbeitsmoral sowie Breite und Tiefe der praktischen Erfahrung.

Der Aspekt „aufreibendes Engagement“ ist gekennzeichnet von Ängsten und Langeweile, der Erfahrung von Schwierigkeiten in der Praxis sowie defensiv-

vermeidendem Umgang mit Problemen. Für die Vorhersage der Dimension „aufreibendes Engagement“ konnten nur wenige Prädiktoren herangezogen werden. Dies spräche laut den Autoren der Studie dafür, dass diese belastende Erfahrung eher vom konkreten Fallaufkommen und den Eigenheiten der jeweiligen Arbeitspraxis abhängt. Es konnte gezeigt werden, dass die Therapeuten größeren Arbeitsstress erlebten, wenn sie wenig Unterstützung und Befriedigung in ihrem Hauptarbeitsrahmen erfuhren, keine private Praxis hatten und einem Demoralisierungsprozess unterworfen waren.

Die Autoren machten vier große Muster aktueller therapeutischer Arbeitserfahrung aus (siehe Tabelle 3):

Tabelle 3: Die vier Muster aktueller therapeutischer Arbeitserfahrung nach Rønnestad und Orlinsky (2006)

| | Arbeitserleben | heilendes Engagement | aufreibendes Engagement |
|------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 50% | effektiv | hoch | wenig |
| 23% | beanspruchend | hoch | mehr als wenig |
| 17% | distanziert, unproduktiv | wenig | wenig |
| 10% | grundsätzlich aufreibend | wenig | mehr als wenig |

Die Inzidenz effektiven Arbeitserlebens liegt bei den Anfängern bei 40% und bei Älteren bei 60%. Bei Therapeuten mit hohem heilendem Engagement liegen die Werte für effektives Arbeitserleben sogar bei 60% (Anfänger) und 80% (Ältere). Parallel dazu zeigte sich eine Abnahme des effektiven Arbeitserlebens (Anfänger 20%, Ältere 6-7%) in der Gruppe der Therapeuten mit aufreibendem Engagement. Rønnestad und Orlinsky gehen davon aus, dass diese Unterschiede in ihrer Stichprobe einerseits darauf zurück zu führen sind, dass einige der in jüngeren Jahren am meisten belasteten Therapeuten ihre klinische Arbeit möglicherweise aufgeben. Andererseits sei womöglich davon auszugehen, dass die verbesserte selbstwahrgenommene Effektivität im Arbeitserleben durch fachliche Verbesserung über die Zeit zu Stande kommt, sprich: Therapeuten lernen vermutlich mehrheitlich dazu.

Ergebnisse: aktuelle Entwicklungserfahrung

Bei der Analyse der Entwicklungsgänge fanden die Autoren, dass es zwei unabhängige Dimensionen aktueller beruflicher Entwicklungserfahrungen gibt: Aktuell erlebtes Wachstum und aktuell erlebte Erschöpfung. Daraus ergibt sich ein Muster von vier prototypischen aktuellen Erfahrungen der eigenen Entwicklung (siehe Abbildung 2).



Abbildung 2: Prototypische Muster aktueller Erfahrungen der eigenen Entwicklung nach Rønnestad und Orlinsky (2006)

Ergebnisse: Erfahrung kumulativer beruflicher Entwicklung

Darüber hinaus konnte ein einziger Faktor zweiter Ordnung herausgearbeitet werden, der die kumulative Erfahrung beruflicher Entwicklung widerspiegelt. Dieser umfasst die retrospektiv erlebte Entwicklung, Veränderungen vom Anfänglichen zum jetzigen Niveau klinischer Kompetenz und das aktuelle Niveau therapeutischen Könnens. Dieser Faktor hängt nur schwach mit den in der klinischen Praxis verbrachten Jahren

zusammen, dafür jedoch stärker mit der Tiefe und Breite der Fallenerfahrung des Psychotherapeuten über verschiedene Behandlungsmodalitäten hinweg.

Fazit

In der Studie von Orlinsky und Rønnestad wird die relative Vulnerabilität von Anfängertherapeuten sehr deutlich. Des Weiteren zeigen die Autoren vielfältige und komplexe Wechselwirkungen und Aufschaukelungsprozesse in der beruflichen Entwicklung von Psychotherapeuten auf. Dies bewahrt den Rezipienten der Studie vor vorschnellen monokausalen Ursachenzuschreibungen für geglückte oder eben auch missglückte Entwicklungsverläufe. Die Studie muss sich die Kritik gefallen lassen, inwieweit die sehr breite Stichprobe tatsächlich Rückschlüsse auf die speziellen Verhältnisse in einem konkreten Land (z.B. BRD) bei einer konkreten Berufsgruppe (z.B. Psychologische Psychotherapeuten) erlaubt. Auch wurde nur die Sichtweise der Therapeuten auf sich selbst berücksichtigt, Zusammenhänge mit der Patientensicht bleiben unbeachtet (vgl. Jeschke & Wolff, 2010). Schließlich erlaubt die Studie aus ihrer Konzeptionalisierung als Querschnittstudie heraus keine objektivierbaren Aussagen über tatsächliche Entwicklungsverläufe und die mögliche Abfolge von Wachstums- und Erschöpfungsphasen, so wie es eine Längsschnittstudie gestatten würde. Informationen über mögliche Schuld- und Schamgefühle bei Psychotherapeuten lieferte die Studie nicht.

2.3. Schuld(gefühle) bei Psychotherapeuten

„Schuldgefühle ... konfrontieren uns ... mit der Tatsache, dass wir Patientinnen und Patienten als Therapeuten nicht alles bieten können, was sie zum Leben brauchen.“

Ulrike Hoffmann-Richter (1995a, S. 29), Psychotherapeutin und Psychiaterin

2.3.1. Tatsächliche Schuld

Manchmal – möglicherweise häufiger als gedacht – machen sich Psychotherapeuten tatsächlich moralisch und juristisch „schuldig“. In anonymen Untersuchungen in den USA gaben bis zu 13,7% der männlichen und 3,1% der weiblichen Psychotherapeuten an, Intimitäten und sexuelle Kontakte mit ihren Klienten gehabt zu haben (Holroyd & Brodski, 1977; Pope, Levenson & Schover, 1979; Pope, 1990). In deutschen Untersuchungen gaben bis zu sieben Prozent der Psychotherapeuten an, sexuelle Beziehungen zu ehemaligen Klienten gehabt zu haben, erotische Küsse auszutauschen oder mit Klienten über das Thema "miteinander schlafen" gesprochen zu haben (Reschke & Kranich, 1996; Reschke, Köhler & Kranich, 1999; Kotter, Reschke & Kranich, 2000; Arnold et al., 2000). Fachleute gingen 1996 (Becker-Fischer & Fischer, 1996) von mindestens 300 Fällen sexueller Übergriffe pro Jahr in der Richtlinienpsychotherapie, und noch einmal ebenso vielen bei anderen praktizierten Therapieformen aus. Und das, obwohl schon seit Freud die Abstinenzregel gilt.

Nun führt ein tatsächliches „sich schuldig machen“ nicht unbedingt zu tatsächlichen Schuldgefühlen. Das gleiche gilt auch umgekehrt: Nur weil jemand Schuldgefühle hat, ist er noch nicht schuldig. Durch Gedanken und Gefühle macht man sich nicht schuldig, nur konkrete Verhaltensweisen führen zu Schuld. Immerhin bejahten in anonymen Befragungen 36–38% der deutschen Psychotherapeuten, sich schon einmal in Patienten verliebt zu haben (Arnold & Retsch 1991; Reschke u. Kranich 1996) – daran allein kann kein juristischer, moralischer oder berufsrechtlicher Anstoß gefunden werden.

Inwieweit bei romantischen Interaktionen zwischen Therapeuten und Klienten auch Schuldgefühle auf Therapeutenseite involviert sind, geht aus der vorgenannten Literatur nicht hervor.

2.3.2. Psychoanalytische Perspektiven

In psychoanalytischer Lesart können Schuldgefühle auf Therapeutenseite als Gegenübertragungsphänomene betrachtet werden, d. h. als emotionale Reaktion des Analytikers auf den Analysanden. Somit ist der von Schuldgefühlen heimgesuchte Psychotherapeut vorübergehend Teil der Problematik des Klienten geworden. Dies kann auch in Kombination mit dem unbewussten Abwehrmechanismus der „Projektiven Identifikation“ geschehen, bei dem Teile des Selbst des Patienten abgespalten und auf den Therapeuten projiziert werden (vgl. Mertens, 1998). Ein Beispiel für das Auftreten von negativen Affekten wie Schuld, Scham und Unzulänglichkeit als Gegenübertragungsphänomen auf Therapeutenseite ist das Phänomen der „negativen therapeutischen Reaktion“ auf Seiten des Patienten. Dabei kommt es beim Patienten als Reaktion auf eine wichtige Einsicht, andere Zeichen des Fortschritts während der Behandlung oder Lob zu einer markanten Verschlechterung des klinischen Zustandes (vgl. Freud, 1923; Hahn, 2004), verbunden mit unbewussten Schuldgefühlen (vgl. Wurmser, 2007), die sich dann als Gegenübertragungsreaktion bewusst im Analytiker manifestieren können.

Einen weiteren Quell von Schuld- und Schamgefühlen bei Psychotherapeuten macht Brightman (1984-1985, S. 304ff) in den Omnipotenz- und Allwissenserwartungen und -gefühlen von jungen Therapeuten aus. Das grandiose professionelle Selbstkonzept müsse zwangsläufig der Bewusstheit der Beschränktheit der eigenen therapeutischen Kompetenz weichen. Wann immer nun das Missverhältnis von grandiosem professionellen Selbstbild und den tatsächlich nur rudimentären Fähigkeiten des Anfängers auch nur unbewusst wahrgenommen würde, sei der therapeutische Novize anfällig für Scham, Ängste, Verzweiflung etc..

Searles (1967/1979, S. 28; vgl. auch Menninger, 1990) spielt mit der Überlegung, dass möglicherweise bereits die Berufswahl „Psychotherapeut“ zu einem gewissen Teil durch Schuldgefühle angetrieben sei. Beispielsweise könne es zur Wahl des Berufs „Therapeut“ durch die unbewusste Schuld kommen, es nicht geschafft zu haben die eigenen Eltern zu heilen. Oder manch einer klammere sich hartnäckig an schuldbeladene ödipale Sehnsüchte, die im Beruf des Psychotherapeuten in Form verbotener erotischer Bestrebungen zwischen Therapeut und Patient maßgeschneidert weiterverfolgt werden könnten. Zusätzlich gibt Searles (S. 29) zu bedenken, dass die medizinische Tradition vom Arzt verlange, dem Patienten gegenüber außer aktiver Anteilnahme keine nennenswerten emotionalen Reaktionen zu haben. Und schon gar keine negativen Gefühle wie Hass, Neid, Ablehnung etc.. Dieser Anspruch birgt somit Potential für Schuldgefühle.

2.3.3. Schuldgefühle bei Medizinstudenten

Albani et al. (2004) fanden bei Medizinstudentinnen, etwas weniger bei Medizinstudenten, ähnliche hohe „Schuldgefühle aus Verantwortung“ wie bei Psychotherapiepatienten, signifikant ausgeprägter als in der Allgemeinbevölkerung. Männer leiden laut der Ergebnisse von Albani et al. generell weniger unter Schuldgefühlen. Medizinstudentinnen weisen gegenüber der Normalbevölkerung ein übertriebenes Verantwortungsbewusstsein für das Wohlbefinden anderer auf und haben mehr Angst, andere durch Zurückweisung oder das Verfolgen eigener Interessen zu verletzen. Dieses übertriebene Verantwortungsbewusstsein äußert sich auch in mangelnder Selbstfürsorge. So beschreiben Baldwin, Dodd und Wrate (1997), dass junge ÄrztInnen häufig zum Dienst gehen, obwohl sie sich nicht gesund fühlen.

2.3.4. Schuldgefühle bei Suchttherapeuten

Wagner (1995) untersuchte die psychische Beanspruchung von Suchttherapeuten nach Klientenrückfällen. 63% der Untersuchungsteilnehmer schrieben sich selbst zu, in bedeutsamer Weise zur Entstehung von Klientenrückfällen beigetragen zu haben, attribuierten Rückfälle also im Sinne Weiners (1986) internal. Explizite Schuldgefühle in hohem Ausmaß gaben 5% der Therapeuten an, 95% berichteten gering ausgeprägte Schuldgefühle. Allerdings dominierten hoch ausgeprägte Gefühle der emotionalen Distanzierung vom Klienten (44%). Wie bereits erwähnt, fallen Schuldgefühle laut Montada (1993) stärker aus, wenn uns die betroffene Person näher steht. Insofern kann die von Wagner beobachtete emotionale Distanzierung als eine effektive Strategie der Therapeuten angesehen werden, ihre Schuldgefühle zu minimieren.

2.3.5. Schuldgefühle nach Patientensuiziden

Der wohl erschütterndste Anlass für Schuldgefühle bei Psychotherapeuten ist das gewaltsame, selbst herbeigeführte Ableben des Patienten: Der Patientensuizid.

Auswirkung von Patientensuiziden auf professionelle Helfer

Die Auswirkungen von Patientensuiziden auf Ärzte, Psychologen und ganze therapeutische Teams wurden in der Literatur vielfach beschrieben (einen Überblick gibt z.B. Valente, 1994; oder Finzen, 1986). Auch der Autor der vorliegenden Arbeit berichtet im Anhang A von den Auswirkungen der Suizide zweier seiner Patienten. Wolfersdorf (zitiert nach Heydt & Potschigmann, 1989, S. 66) zitiert die schuldbehafteten Äußerungen eines pflegerischen Mitarbeiters wie folgt: *„Der Suizid eines Patienten löst bei mir immer die größte Angst aus. Die Angst, einen Fehler gemacht zu haben, eindeutige Zeichen von Seiten des Patienten nicht richtig gedeutet zu haben.“* Hoffmann-Richter (1995a) berichtet von den Auswirkungen eines Patientensuizids in einer stationären psychiatrischen Einrichtung auf das Behandlungsteam und gibt zu bedenken, dass ein vollendeter Suizid die psychiatrische Professionalität aller beteiligten Berufsgruppen in Frage stellt, und somit zu Schuldgefühlen führen könne. Schuldgefühle bei Behandlern könnten aber auch ohne tatsächlich vorhandenes objektives schuldhaftes Versagen entstehen. Psychoanalytiker, die einen Patientensuizid zu beklagen hatten, gaben in Interviews mit Tillman (2006) an, Angst vor Vergeltungsmaßnahmen von Hinterbliebenen oder juristischen Konsequenzen zu haben. Auch Valente (2003) schildert, dass Patientensuizide zu Angst vor Anschuldigungen durch Hinterbliebene und Kollegen oder auch zur Befürchtung juristischer Konsequenzen führen könne. Hoffmann-Richter (1995b) sieht Schuldgefühle bei Therapeuten als mögliches Indiz für die Intensität der vorausgegangenen Beziehung, gleichgültig ob diese negativ oder positiv gefärbt war. Des Weiteren sieht sie Patientensuizide als narzisstische Kränkung für den Therapeuten: *„Es kommt die Idee auf, dass der Suizid sich bei einer besseren Therapeutin nicht ereignet hätte.“* Gabbard (2003, S. 253) beschreibt Patientensuizide in ihrer Wirkung auf den behandelnden Psychoanalytiker drastisch als die *„ultimative narzisstische Kränkung“*. Litman (1965) bemerkt, dass Psychotherapeuten Selbsttötungen von Patienten persönlich nehmen. Heydt und Potschigmann fanden bei einer Befragung von Krankenschwestern und -pflegern heraus, dass 50% mit Selbstvorwürfen auf die vollendeten Suizide von Patienten reagierten. In drei von 40 Fällen lösten Suizide sogar eigene Suizidimpulse aus. Des Weiteren standen insbesondere Selbstzweifel, sowie Gefühle der Unfähigkeit und die Angst, Patienten nicht rechtzeitig die erforderliche Hilfe geben zu können, im Vordergrund. Hendin et al. (2004) konnten zeigen, dass in der Rangfolge der belastenden

emotionalen Reaktionen auf Patientensuizide Schuldgefühle nahezu gleichauf mit Trauergefühlen an der Spitze rangieren. Shneidman (1981, zit. nach Valente, 2003, S. 20) bemerkt: *„Suizidanten legen die Leiche ihrer Psyche in den emotionalen Keller der Überlebenden – sie verurteilen den Überlebenden dazu, mit vielen negativen Gefühlen umzugehen, und mehr noch, zur Heimsuchung durch Gedanken über die tatsächliche oder mögliche Rolle in der Auslösung oder Nicht-Verhinderung des Suizids. Das kann eine schwere Last sein.“*¹⁹

Häufigkeit von Patientensuiziden

Die Wahrscheinlichkeit, als Psychotherapeut früher oder später mit dem Suizid eines Patienten, und somit möglicherweise mit heftigen Schuldgefühlen konfrontiert zu werden, ist extrem hoch. Finzen (1986, S.5) gibt die Suizidrate während einer klinisch-psychiatrischen Behandlung als zehnfach bis zwanzigmal höher als in der Normalbevölkerung an, in den ersten sechs Monaten nach Klinikentlassung sei sie sogar zwanzig- bis vierzigmal so hoch. In einer amerikanischen Stichprobe von 54 Psychologen während der psychotherapeutischen Ausbildung gab jeder sechste an, einen Patienten gehabt zu haben, der sich schließlich umbrachte (Kleespies, Smith & Becker, 1990). Brown (1987) berichtet, dass es einer von drei Psychiatern in seiner Zeit als Assistenzarzt mit einem Patientensuizid zu tun bekommt. Valente (1994) bemerkt in Anbetracht der vorliegenden epidemiologischen Daten, dass es nur zwei Arten Therapeuten gibt – *„diejenigen, denen ein Klient durch Suizid verstorben ist, und diejenigen, denen einer durch Suizid versterben wird.“*²⁰ Psychotherapeuten sind also gut beraten, sich für den Fall eines Patientensuizids vorzubereiten. Somit sollte das Thema auch integraler Bestandteil jeder Psychotherapieausbildung sein. Kleespies, Penk und Forsyth (1993, S. 302) fordern deshalb von Psychotherapieausbildungen, dass sie bei schwerwiegenden Ereignissen, wie Patientensuiziden, für ihre Ausbildungsteilnehmer *„positives Lernen“* und konstruktive Integration in den zukünftigen Praxisalltag sicherstellen. Vollkommen realitätsfern und unverantwortlich ist es hingegen, dass in manchen Kliniken laut Hoffmann-Richter (1995b, S. 123) die Devise ausgegeben wird, dass sich bei einem guten Therapeuten keine Patienten das Leben nehmen.

¹⁹ *“The person who commits suicide puts his psychological skeleton in the survivor’s emotional closet – he sentences the survivor to deal with many negative feelings and, more, to become obsessed with thoughts regarding his actual or possible role in having precipitated or failed to abort the suicide. It can be a heavy load.”*

²⁰ *“...there are two types of therapists – those who have had a client die by suicide and those who will.”* (S. 614)

Schuldgefühle nach Patientensuiziden bei Ausbildungskandidaten

Kleespies, Smith und Becker (1990) führten eine Befragung unter 54 postgradualen, Psychologen durch, die sich zwischen 1983 und 1988 in der Psychotherapieausbildung befanden und ein einjähriges Praktikum absolvierten. In dieser Zeit verloren neun Psychologen, also jeder sechste, Patienten durch einen Suizid. Zehn Psychologen hatten die Erfahrung gemacht, einen Patienten durch einen Suizidversuch beinahe verloren zu haben. Schuldgefühle berichteten retrospektiv nur 10% nach Suizidversuchen, aber 63% nach erfolgtem Suizid (In der Häufigkeit als emotionale Reaktion auf den Suizid, gleich nach „Schock“ 75%, noch vor Leugnung / Unglaube, Inkompetenzgefühlen, Wut, Niedergeschlagenheit, dem Gefühl, durch den Suizid irgendwie angeklagt zu sein, Erleichterung und Angst). Alle Therapeuten gaben an, dass sie es als hilfreich erlebten, das Ereignis mit anderen zu besprechen. Nicht hilfreich seien anklagende, übermäßig aufdringliche oder auch übermäßig philosophische Gespräche gewesen. Die Mehrheit der Therapeuten hatte nach einem Suizid in irgendeiner Form Kontakt mit der Patientenfamilie, was als hilfreich erlebt wurde. Äußerungen der Therapeuten deuten darauf hin, dass es erleichternd war, zu erleben, keine Schuldzuweisungen von Seiten der Familie zu bekommen, und / oder Unterstützung anbieten zu können (Kleespies, Smith & Becker, 1990).²¹ Es liegt die Vermutung nahe, dass Unterstützungsangebote an Hinterbliebene maßgeblich durch Schuldgefühle motiviert sind und Wiedergutmachungsfunktionen erfüllen. Der Kontakt zur Hinterbliebenenfamilie dient also vermutlich der Beruhigung des eigenen Gewissens und der Reduktion der anfänglichen Schuldgefühle. In diese Auffassung passt auch die Erfahrung von Tillman (2006): Sie schildert, dass einige Psychoanalytiker nach Suiziden von Patienten dazu angehalten wurden, nicht mit deren Angehörigen zu reden. In der Folge sei es bei den Analytikern zu „Komplikationen“ in deren Trauerprozess gekommen.

Patientensuizide als Chance für die professionelle Weiterentwicklung?

Gemäß Valente (2003) besteht eine Möglichkeit für Therapeuten, mit einem Patientensuizid umzugehen darin, durch die Befragung eines Kollegen oder Supervisors ein „Narrativ“ zu bilden, also eine Geschichte darüber zu erzählen, was passiert ist, wie es passiert ist, wie man sich dabei gefühlt hat, wie man reagiert hat, etc. Die Erzeugung von Narrativen sei ein dynamischer Prozess, indem das Selbst sich durch Sprache und

²¹ Die Studie wurde drei Jahre später mit einer größeren Fallzahl an Psychologen aus verschiedenen Ausbildungsbezügen mit ähnlichen Ergebnissen repliziert (Kleespies, Penk & Forsyth, 1993).

fortlaufende Erzählung gegenüber einem empathischen Zuhörer konstruiert. Durch die Erzählung würde Bedeutung konstruiert²².

Shneidman (1969) schlug eine mehr fallbezogene Nachbearbeitung von Patientensuiziden vor. Er prägte den Begriff der „Psychologischen Autopsie“ für das retrospektive Besprechen eines Suizidfalles. Dabei werden die Biografie des Patienten, seine Krankheit und der Verlauf der Behandlung einer erneuten Betrachtung mit einem Supervisor oder im Rahmen einer Gruppe von Kollegen unterzogen („durchgearbeitet“). In einer Studie von Goldstein und Buongiorno (1984, S. 396) gaben alle zwanzig interviewten Psychotherapeuten aus ihrer persönlichen Erfahrung heraus an, dass ein Patientensuizid etwas sei, was man „durcharbeiten“ müsse. Die beiden Autoren gehen davon aus, dass ein Patientensuizid den Psychotherapeuten zwingt, seine eigenen Grenzen einer genauen Betrachtung zu unterziehen. Er müsse sich mit seinen grandiosen Rettungsfantasien konfrontieren und sein Sicherheitsbedürfnis hinterfragen. Hoffmann-Richter (1995b, S. 117-118) schreibt: *„Die Auseinandersetzung mit Schuldgefühlen kann ... an unsere therapeutische Verantwortung appellieren. Wir können aus Versäumnissen lernen und unser therapeutisches Repertoire erweitern. Zweifellos bleibt die Sicht im Nachhinein immer eine andere, ‚besserwissende‘.“* Reuster (2001, S. 264) empfiehlt *„...die Schuld des Therapeuten einer stetigen Besinnung zu unterziehen, auf dass sie im Untergrund kein Eigenleben [führt].“* In der oben erwähnten Studie von Kleespies, Smith und Becker (1990) gaben 75% der befragten Therapeuten an, dass der erfolgte Patientensuizid einen langfristig bedeutsamen, positiven Effekt auf ihr Dasein als Psychologen und Therapeuten gehabt habe. Therapeuten gaben an, dass nun bewusster sei, dass Selbsttötungen vorkommen können, es gäbe eine insgesamt bessere Sensibilisierung für das Thema Suizid, und eine größere Vorsicht in der Arbeit mit Hochrisiko-Patienten. Menninger (1991) zitiert einen Psychotherapeuten: *„Ich erwarte nicht länger von mir, alles wissen zu können, jeden retten zu können. Mein Narzissmus war angeschlagen, aber das machte mich realistischer. Ich denke, die Folge ist, dass ich meinen Patienten nicht mehr Omnipotenz vermittele und sie diese auch weniger von mir erwarten.“*²³ Nach einem Patientensuizid würden sich Therapeuten laut Valente (2003)

²² *“One way the therapist may process the impact of the suicide is by relating a narrative to a supportive colleague or supervisor. As a form of inquiry, narratives are a dynamic process in which the self is constructed through language and telling the story to an empathic listener. In telling the story (e.g., what happened, how it happened, how I felt, what I thought how I responded), meaning is constructed.”* (S. 18)

²³ *“I no longer expect myself to be able to know everything, to save everybody. My ‘narcissism’ was bruised but made more realistic. I think, as a result, I do not convey omnipotence to my patients and they less intensely expect it of me.”*

häufig fragen, was passiert wäre, wenn sie anders gehandelt hätten, oder in anderen Worten: Nach Patientensuiziden stellen sich nicht nur Schuldgefühle ein, sondern auch kontrafaktische Gedanken.

In der Gesamtbetrachtung scheinen Patientensuizide somit nicht nur eine akute Gefahr für das psychische Wohlergehen von Psychotherapeuten zu sein, sondern eine mindestens ebenso große Lern- und Entwicklungschance. Die Übernahme therapeutischer Verantwortung birgt stets das Risiko von Schuldgefühlen, und Schuldgefühle beinhalten stets Möglichkeit und Motivation, etwas dazuzulernen und die eigene professionelle Rolle mit ihren Grenzen zu überdenken. Dabei gelingt es weniger bekümmerten Therapeuten leichter, ihr Unglück als Lernmöglichkeit zu begreifen, und nicht als Anlass für Selbstvorwürfe (Hendin et al., 2004).

2.4. Ableitung der Fragestellung und Forschungshypothesen

In Abschnitt 2.1.4. wurde gezeigt, dass Schuldgefühle von Schamgefühlen differenziert werden können. Schamgefühle stellen den Handelnden als ganzes in Frage. Sie sind positiv korreliert mit Rückzugstendenzen, psychopathologischen Symptomen, vermindertem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Gefühlen von Wertlosigkeit und dem Einnehmen von Verteidigungshaltungen. Sie lenken die Aufmerksamkeit auf das Selbst, weg von Beziehungen, weg vom Gegenüber und sind somit Empathie-hemmend.

Auf den ersten Blick sind auch Schuldgefühle erst einmal nur unangenehme, negative Gefühle. Auf den zweiten Blick wird klar, dass sie wichtige, sowohl intrapsychische als auch interpsychische Funktionen erfüllen, solange sie nicht mit Scham konfundiert sind. Sie stellen die Frage, ob und wo falsch gehandelt wurde. Vor der kognitiven Kulisse kontrafaktischer Aufwärtsvergleiche verdeutlichen sie dem Menschen den manchmal schmerzlichen Kontrast zwischen seinen tatsächlich vollzogenen Handlungen und möglichen besseren Handlungsalternativen. Schuldgefühle motivieren zu Wiedergutmachungshandlungen. Sie sind assoziiert mit dem Bestreben nach verantwortungsvollem Handeln und empathischer Einfühlung. Sie sind positiv korreliert mit Problemlösefähigkeiten und der Zuversicht in die Ausführung selbst erdachter Lösungen. Somit haben sie einen Nutzen, stellen einen Vorteil für das (Über-)Leben als Mensch in sozialen Bezügen dar.

Was für den „normalen“ Menschen gilt, sollte auch für psychotherapeutisch Tätige Gültigkeit besitzen. Deshalb wird angenommen, dass Schuldgefühle, solange sie nicht mit Schamgefühlen konfundiert sind, eine hilfreiche wachstumsfördernde Rolle in der professionellen Entwicklung von Psychotherapeuten spielen. Systematische empirische Belege für diese Ansicht gibt es bislang freilich nicht. Dennoch liegen, wie im Abschnitt 2.3. gezeigt, vereinzelte Hinweise vor, dass Schuldgefühle bei psychotherapeutisch Tätigen von Zeit zu Zeit eine überaus wichtige Rolle spielen.

In dieser Arbeit soll nun der übergeordneten Fragestellung nachgegangen werden, welche Rolle Schuldgefühle in der professionellen Entwicklung von psychotherapeutisch Tätigen spielen. Das Verständnis des Phänomenbereichs „Schuldgefühle“ bei psychotherapeutisch Tätigen soll verbessert werden und somit das wissenschaftliche Fundament, um Schuldgefühlen einen angemessenen Platz in Ausbildung, Supervision und therapeutischem Alltag zuweisen zu können.

Übergeordnete Fragestellung

Welche Rolle spielt die Neigung zu Schuldgefühlen (vs. Schamgefühlen) in der professionellen Entwicklung von psychotherapeutisch Tätigen?

Es wird davon ausgegangen, dass die Neigung zu Schuldgefühlen (Trait) mit einer ganzen Reihe von Faktoren positiv korreliert ist, die für die psychotherapeutische Tätigkeit und die professionelle Entwicklung von Therapeuten im Allgemeinen überaus positiv besetzt sind. Hingegen wird angenommen, dass die Neigung zu Schamgefühlen (Trait) bei psychotherapeutisch Tätigen mit einer Reihe von unerwünschten Erscheinungen positiv korreliert ist.

3. Methodik der Hauptuntersuchung und Hypothesen

3.1. Studiendesign

Um die in Abschnitt 2.4. skizzierte Fragestellung zu untersuchen, soll eine Querschnittstudie an deutschsprachigen, psychotherapeutisch tätigen Kollegen durchgeführt werden. Zunächst sollen aus der Fragestellung konkrete Forschungshypothesen abgeleitet (Abschnitte 3.2 und 3.3.), und für die Überprüfung der jeweiligen Hypothesen geeignete Messinstrumente definiert werden („Operationalisierung“). Zur Überprüfung der meisten Hypothesen kann auf bewährte Erhebungsinstrumente oder einfache Fragen zurückgegriffen werden. Bislang gibt es jedoch kein geeignetes Instrument, um die Neigung zu Schuld- und Schamgefühlen speziell im beruflichen Kontext psychotherapeutisch Tätiger abzubilden. Deshalb soll vor Beginn der Hauptstudie ein geeignetes Messinstrument konstruiert werden (siehe Kapitel 4). Zur Überprüfung zweier Hypothesen (II. und III.) wird es nötig sein, die Neigung zu kontrafaktischen Kognitionen (Aufwärts- und Abwärtsvergleichen) bei psychotherapeutisch Tätigen messen zu können. Dies soll auch mit dem zu konstruierenden Schuld- und Schaminstrument („Fragebogen zur Erfassung moralischer Emotionen bei Psychotherapeuten (FEMEP)“ gemessen werden können. Schließlich sollen die einzelnen Instrumente zu einer Fragebogenbatterie zusammengestellt werden (siehe Anhang C: Hauptuntersuchung: Fragebogenbatterie). Ausführungen zur Auswertungsmethodik sind Abschnitt 6.1. zu entnehmen.

3.2. Konkrete Hypothesen und deren Operationalisierung

Aus der übergeordneten Fragestellung sollen in den folgenden Abschnitten Forschungshypothesen abgeleitet werden. In Bezug auf die Neigung zu Schuldgefühlen (wo methodisch möglich bereinigt um die Neigung zu Schamgefühlen) und die Neigung zu Schamgefühlen (wo methodisch möglich bereinigt um die Neigung zu Schuldgefühlen) bei psychotherapeutisch Tätigen werden verschiedene konkrete Hypothesen aufgestellt. Die zur Überprüfung der Hypothesen jeweils notwendige Erfassung der Neigung zu Schuld- bzw. Schamgefühlen soll durch den noch zu entwickelnden FEMEP (siehe Kapitel 4) erfolgen.

3.2.1. Schuld- und Schamneigung

Überlegung:

Der Weg von „Was ich getan habe war nicht ok ...“ (Schuld-kognition) zu „ also bin auch ich nicht ok“ (Scham-kognition) ist vermutlich ein kurzer. Genauso wenig wie es unseren Mitmenschen häufig nicht gelingt, unsere Handlungen, Fehlhandlungen und unterlassenen Handlungen „nüchtern“ zu betrachten, nehmen wir sie auch häufig selbst „persönlich“ und leiten aus ihnen Einschätzungen über den Kern unseres Selbst ab.

Hypothese I.) Die Neigung zu Schuld- und zu Schamgefühlen ist positiv miteinander korreliert.

Operationalisierung:

Die gefragten Konstrukte sollen alle mit dem FEMEP (siehe Kapitel 4) erfasst werden.

3.2.2. Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen

Überlegung:

Schuldgefühle „suchen“, in Form kontrafaktischer Aufwärtsvergleiche, nach besseren Verhaltensalternativen, um es beim nächsten Mal „besser“ machen zu können. Schamgefühle hingegen „begnügen“ sich mit der Feststellung der eigenen Unzulänglichkeit. Genau dadurch verstellen Sie möglicherweise den Blick darauf, wie es hätte besser laufen können.

Hypothese II.) Es wird angenommen, dass die Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen positiv mit der Neigung zu Schuldgefühlen zusammenhängt (II.I), aber keinen positiven Zusammenhang mit der Neigung zu Schamgefühlen aufweist (II.II).

Operationalisierung:

Die fragten Konstrukte sollen alle mit dem FEMEP (siehe Kapitel 4) erfasst werden.

3.2.3. Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen

Überlegung:

Kontrafaktische Abwärtsvergleiche erfüllen eine affektregulierende Funktion, d.h. sie helfen dabei, unangenehme emotionale Folgen (wie z.B. Schuld- oder Schamgefühle) von Situationen wieder zu beruhigen. Somit stellen sie eine kurzfristige emotionale Bewältigungsstrategie dar. Wer dazu neigt, diese Strategie zu nutzen, wird vermutlich weniger dazu neigen, Schuld- oder Schamgefühle zu entwickeln.

Hypothese III.) Es wird davon ausgegangen, dass die Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen sowohl mit der Neigung zu Schuld- (III.I.) als auch Schamgefühlen (III.II.) negativ zusammenhängt.

Operationalisierung:

Die fragten Konstrukte sollen alle mit dem FEMEP (siehe Kapitel 4) erfasst werden.

3.2.4. Therapeutisches Wachstum und therapeutischer Abbau

Überlegung:

Wer dazu neigt, hin und wieder Schuldgefühle zu erleben, ist motiviert sich professionell positiv zu verändern und sich stetig weiterzuentwickeln. Schamgefühle lähmen hingegen und führen zu Stagnation, Rückzug und Resignation – nicht jedoch zur Weiterentwicklung.

Hypothese IV.) Es wird angenommen, dass das Ausmaß aktuell positiv empfundener professioneller Veränderung („therapeutisches Wachstum“) positiv mit der Neigung zu Schuldgefühlen (IV.I.), und negativ mit der Neigung zu Schamgefühlen (IV.II.) zusammenhängt. Andererseits wird angenommen, dass das Ausmaß aktuell negativ

empfundener professioneller Veränderung („therapeutischer Abbau“) negativ mit der Neigung zu Schuldgefühlen (II.III.) und positiv mit der Neigung zu Schamgefühlen (II.IV.) zusammenhängt.

Operationalisierung:

Das im Rahmen der in Abschnitt 2.2.2. beschriebenen „International Study on the Development of Psychotherapists“ entwickelte Fragebogeninventar „DPCCQ“ enthält ein Set von sechs Items, die als Skala gemeinsam das Ausmaß des aktuell empfundenen therapeutischen Wachstums abbilden (Deutscher „Fragebogen zur professionellen Entwicklung von Psychotherapeut/inn/en (D06)“,²⁴ Items 2-12,13,15,16,17,18). Ebenso ist ein Set von vier Items enthalten, die zusammen eine Skala zur Abbildung des aktuell empfundenen therapeutischen Abbaus bilden (Items 2-14,19,20,21). Diese beiden Skalen sollen zur Überprüfung der vorgenannten Hypothese dienen. Die Skalen konstituieren weitgehend voneinander unabhängige Faktoren (Orlinsky & Rønnestad, 2005, S.117-129).

3.2.5. Therapeutische Fähigkeiten

Überlegung:

Schuldgefühle motivieren dazu, das eigene Handeln zu überprüfen und möglicherweise besseren Alternativen gegenüberzustellen. Somit erfolgt „Lernen“ und die Weiterentwicklung der eigenen therapeutischen Fähigkeiten. Dies schlägt sich vermutlich auch in der Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten nieder. Schamgefühle hingegen motivieren nicht zum Lernen – im Gegenteil: Sie „rauben“ möglichen Lernprozessen die dafür nötigen kognitiven Ressourcen.

Hypothese V.) Es wird angenommen, dass das positive Ausmaß der selbsteingeschätzten therapeutischen Fähigkeiten positiv mit der Neigung zu Schuldgefühlen (V.I.) und negativ mit der Neigung zu Schamgefühlen (V.II.) zusammenhängt.

Operationalisierung:

Das DPCCQ enthält auch ein Set von Fragen, die gemeinsam zur Selbsteinschätzung der aktuellen therapeutischen Fähigkeiten dienen. Diese Items sollen zur Überprüfung der Hypothese Anwendung finden (Deutscher „Fragebogen zur professionellen Entwicklung von Psychotherapeut/inn/en (D06), Items 2-2. Bis 2-11).

²⁴ Bezugsquelle: Prof. Dr. Ulrike Willutzki, Arbeitseinheit Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ruhr-Universität-Bochum, E-Mail: Willutz@kli.psy.rub.de

3.2.6. Selbstwirksamkeitserwartungen

Überlegung:

Schuldgefühle sind so konzeptionalisiert, dass sie sich auf konkrete eigene Verhaltensweisen beziehen. Therapeuten die zu Schuldgefühlen neigen, sollten somit prinzipiell auch davon ausgehen, dass ihre eigenen Verhaltensweisen selbstwirksam veränderbar sind. Therapeuten die eher zur Scham neigen, sind kognitiv eher mit ihrer Mangelhaftigkeit im Ganzen beschäftigt, und haben einen verminderten Glauben an ihre Fähigkeiten, aus sich selbst heraus Veränderungen bewirken zu können.

Hypothese VI.) Es wird angenommen, dass Therapeuten umso höhere Selbstwirksamkeitserwartungen haben, je mehr sie auch zu Schuldgefühlen neigen (VI.I.), und dass Therapeuten, je mehr sie zu Schamgefühlen neigen, auch umso niedrigere Selbstwirksamkeitserwartungen haben (VI.II.).

Operationalisierung:

Zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartungen soll die „Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)“²⁵ von Schwarzer und Jerusalem (1999) herangezogen werden. Unter der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung versteht man die globale subjektive individuelle Einschätzung der eigenen Kompetenzen, allgemein mit Schwierigkeiten und Hindernissen im Leben zurechtzukommen. Selbstwirksamkeitserwartungen beeinflussen die Auswahl von Handlungen hinsichtlich ihres *Schwierigkeitsgrades*, hinsichtlich der investierten *Anstrengung*, der *Ausdauer* bei Schwierigkeiten und somit indirekt auch die *Wahrscheinlichkeit von Handlungserfolgen*.

Die Skala ist ein eindimensionales Selbstbeurteilungsverfahren mit 10 Items und guten psychometrischen Kennwerten zur Erfassung der allgemeinen optimistischen Selbstwirksamkeitserwartungen. Das Instrument wurde auf Basis des Selbstwirksamkeitskonzeptes von Bandura (1977) entwickelt, und wird seit 1981 in redaktionell nur leicht veränderter Form eingesetzt. Die hier verwendete revidierte Fassung stammt von 1999. Das Antwortformat ist vierstufig, von 1 („stimmt nicht“) bis 4 („stimmt genau“).

²⁵ Bezugsquelle: FU Berlin, FB Erziehungswissenschaft und Psychologie, Arbeitsbereich Gesundheitspsychologie, Internet: http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/Allgemeine_Selbstwirksamkeit/allgemeine_selbstwirksamkeit.htm (19.2.2006)

3.2.7. Kohärenzgefühl

Überlegung:

Schuldgefühle sind weder pathologisch noch gesundheitsförderlich. Sie sind, so die Annahme hier, lern- und wachstumsförderlich, und weisen somit keinen Zusammenhang mit Kohärenzmaßen auf.

Schamgefühle sind ein psychopathologisches Phänomen. Kohärenzgefühle sind ein salutogenetisch assoziiertes Phänomen, dass mit verminderter Vulnerabilität für psychopathologische Erscheinungen einhergeht. Je mehr Kohärenzgefühle vorhanden sind, desto mehr sollten also Schamgefühle abwesend sein und umgekehrt.

Hypothese VII.) Es wird davon ausgegangen, dass es keinen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Kohärenzgefühl und der Neigung zu Schuldgefühlen gibt (VII.I.), jedoch einen negativen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Kohärenzgefühl und der Neigung zu Schamgefühlen (VII.II.).

Operationalisierung:

Mit seinem Salutogenesemodell schlug Antonovsky (1979, 1987, 1993) im Gegensatz zur sonst üblichen Pathogenese-Perspektive eine gesundheitsbezogene, ressourcenorientierte Sichtweise vor, um zu erklären, warum Menschen gesund werden oder bleiben. Im Mittelpunkt seines Modells steht das Konzept des Kohärenzgefühls (engl. „sense of coherence“ (SOC)). Es wird von ihm definiert als „... eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Antonovski & Franke, 1997, S. 36). Das Vorliegen einer solchen globalen Orientierung wird von ihm als eine dispositionelle Bewältigungsressource betrachtet, die Menschen widerstandsfähiger gegenüber Stressoren macht. Antonovsky beschreibt folgende theoretisch unterscheidbaren Komponenten des SOC: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Zur empirischen Überprüfung seines Konstruktes entwickelte er den Fragebogen SOC-29. Während die psychometrischen Eigenschaften des Instrumentes sich in empirischen Studien als recht gut erwiesen, zeigten sich die drei theoretisch zu erwartenden Komponenten als faktorenanalytisch nur unbefriedigend reproduzierbar (vgl. Schumacher et al. 2000).

Schumacher et al. entwickelten daraufhin die reliable, valide und äußerst ökonomische eindimensionale Leipziger Kurzfassung SOC-L9 mit nur neun Items die hier

zur Operationalisierung der Hypothese genutzt werden soll. Das Ausmaß des Kohärenzgefühls zeigte sich laut Schumacher et al. abhängig vom Alter (alterskorrelierte Abnahme des SOC) und Geschlecht (niedrigerer SOC bei Frauen). Die Items der SOC-Skala unterscheiden sich teilweise in ihrer formalen Struktur. Manche sind als Fragen formuliert („Wie oft sind Ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?“), andere stellen unvollendete Sätze dar („Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie...“), die durch die Antwortskala zu vervollständigen sind. Alle Items sind auf einer siebenstufigen Ratingskala zu beantworten. Die Bezeichnungen der Pole variieren in Abhängigkeit von der jeweiligen Itemformulierung.

3.2.8. Psychische Symptombelastung

Überlegung:

Schuldgefühle sind nicht pathologisch, sondern lern- und wachstumsassoziierte Emotionen. Schamgefühle hingegen ziehen den Wert und die Integrität des Selbst in Zweifel, machen das Selbst dadurch verletzlich und sind somit ein psychopathologisches Phänomen.

Hypothese VIII.) Es wird davon ausgegangen, dass es keinen positiven Zusammenhang zwischen dem Ausmaß psychischer Symptombelastung und der Neigung zu Schuldgefühlen gibt (VIII.I.), jedoch einen positiven Zusammenhang zwischen dem Ausmaß psychischer Symptombelastung und der Neigung zu Schamgefühlen (VIII.II.).

Operationalisierung:

Zur Erfassung der psychischen Symptombelastung soll einerseits die „Symptomcheckliste Kurzform (SCL-K-9)“ (Klaghofer & Brähler, 2001), und andererseits die revidierte deutsche Fassung des Maslach Burnout Inventory (Büssing & Perrar, 1992) herangezogen werden.

Das Konzept des Burnouts ist eng assoziiert mit anderen Konzepten psychischer Symptombelastung. Beispielsweise konnte Brandt (2010) zeigen, dass die Korrelation zwischen der SCL-90-R (Derogatis, 1977) und dem BDI bei $r=.76$ liegt. Die englische Originalversion des MBI wurde von Maslach und Jackson (1981) entwickelt. Die deutsche Fassung des MBI-D© wurde von Büssing und Perrar hinsichtlich der Itemkennwerte, Faktorenstruktur, Zuverlässigkeit der internen Konsistenz und der Gültigkeit des Konstrukts überprüft und überarbeitet. Das MBI-D© ist das derzeit aktuellste deutschsprachige Messinstrument zur Erfassung des Burnout-Status. Das MBI-D© lehnt

sich eng an die von Maslach und Jackson vorgegebenen Item-Inhalte sowie deren Skalierung an. Es besteht aus den Subskalen „Emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisierung“ und „Persönliche Erfüllung“. Mit der Subskala „Emotionale Erschöpfung“ wird psychisches Stressempfinden („frustriert“, „ausgebrannt“, „verbraucht“, „gefühlsmäßig erschöpft“, etc.) erfasst. Die Subskala „Depersonalisierung“ erfasst Empfindungen wie Gefühllosigkeit und Gleichgültigkeit gegenüber den eigenen Patienten. Die Skala „Persönliche Erfüllung“ erfasst, inwieweit man sich in der eigenen Arbeit mit Patienten als gut gelaunt, empathisch, tatkräftig, kompetent und erfolgreich erlebt. Die Subskalen haben somit jeweils eigenständige differenzielle Bedeutung, was sich auch in deren geringer bis moderater Interkorrelation ausdrückt.

Die insgesamt 21 Items mit der vorangestellten Frage „Wie oft haben Sie das Gefühl?“ sind auf einer sechsstufigen Häufigkeitsskala von 1 („nie“) bis 6 („sehr oft“) zu bewerten.

Die SCL-K-9 ist eine äußerst ökonomische Kurzversion der Symptomcheckliste SCL-90-R, eines weltweit eingesetzten Selbstbeurteilungsinstrumentes zur Erfassung psychischer Symptombelastung. Sie wurde, ausgehend von den vielfach geäußerten Zweifeln an der von Derogatis postulierten Mehrdimensionalität der SCL-90-R (z.B. Bonyng, 1993; Hardt et al., 2000; Holi et al., 1998; Rief et al., 1991), von Klaghofer und Brähler als eindimensionale Kurzversion konstruiert. Sie wählten anhand einer Repräsentativbefragung aus jeder der 9 Skalen der SCL-90-R dasjenige Item mit der höchsten Korrelation zum Global Severity Index (GSI-90) aus. Die daraus resultierende neue Skala (SCL-K-9) korreliert mit dem GSI-90 zu $r=.93$. Die SCL-K-9 erwies sich in einer zweiten Repräsentativbefragung als faktorenanalytisch eindimensional. Sie hat eine sehr gute interne Konsistenz (Cronbach Alpha = .87) und weist bedeutsame Korrelationen mit anderen Instrumenten zur Erfassung psychischer Symptombelastung (z.B. Giessener Beschwerdebogen (Brähler et al., 1995)) auf, ist somit reliabel und valide. Für Frauen sowie ältere Personen ergibt sich ein signifikant höherer Mittelwert. Die Items mit der vorangestellten Frage „Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter...“ sind auf einer fünfstufigen Skala von 0 („überhaupt nicht“) bis 4 („sehr stark“) zu bewerten.

3.2.9. Komplexitätstoleranz

Überlegung:

Das Leben und seine Zusammenhänge sind komplex. Therapeuten mit der Neigung zu Schuldgefühlen sind lern- und wachstumsorientiert, gehen aktiv und

lernorientiert mit den eigenen Fehlern um. Dadurch fällt es ihnen leichter, komplexe Situationen zu akzeptieren. Für sie ist Komplexität also weder besonders oder auch gar nicht belastend, sondern einfach eine Tatsache.

Therapeuten mit der Neigung zu Schamgefühlen müssen in unklaren komplexen Situationen stets fürchten, durch falsches Handeln immer wieder erneut das schambesetzte Erleben der eigenen Unzulänglichkeit zu erfahren.

Hypothese IX.) Es wird angenommen, dass Therapeuten umso mehr zu Schamgefühlen neigen, je mehr sie Situationen mit erhöhter Komplexität als Belastung erleben (IX.I.). Zwischen der Neigung zu Schuldgefühlen und der Belastung durch erhöhte Komplexität wird kein Zusammenhang vermutet (IX.II.). Es wird angenommen, dass die Neigung zu Schuldgefühlen eher positiv damit zusammenhängt, Situationen mit erhöhter Komplexität als Notwendigkeit zu akzeptieren (IX.III.), die Neigung zu Schamgefühle dagegen eher negativ (IX.IV.).

Operationalisierung:

Zur Erfassung der Komplexitätstoleranz soll die „Komplexitäts-Toleranz-Skala“²⁶ von Radant und Dalbert (2006) genutzt werden. Theoretische Ausgangsbasis für die Konstruktion dieser Skala war die Feststellung der Autoren Radant und Dalbert, dass die Konstrukte „Ambiguitätstoleranz“ (Frenkel-Brunswik, 1949), „Ungewissheitstoleranz“ (Dalbert, 1999), „Need for Cognitive Closure“ (Webster & Kruglanski, 1994), und „Personal Need for Structure“ (Neuberg & Newsom, 1993) sehr viele Gemeinsamkeiten haben, und sich deshalb weder theoretisch noch empirisch klar voneinander abgrenzen. Laut der Autoren bestehe eine wesentliche Gemeinsamkeit jedoch darin, dass diese Konstrukte Verhalten in komplexen Situationen beschreiben. Daher ließen sie sich unter dem Oberbegriff Komplexitätstoleranz zusammenfassen. Die Skala wurde entwickelt, indem ein repräsentativer Pool an Items zur Erfassung der eben genannten Konstrukte faktorenanalytisch untersucht wurde, und die resultierenden Faktoren inhaltsanalytisch interpretiert wurden. Entsprechend der Interpretation wurden drei neue Subskalen entwickelt und zur „Komplexitäts-Toleranz-Skala“ zusammengestellt. Die Items werden jeweils anhand von sechsstufigen Ratingskalen beginnend mit 1 („stimmt überhaupt nicht“) bis hin zu 6 („stimmt genau“) bewertet.

²⁶ Bezugsquelle: Martin-Luther-Universität Halle / Wittenberg, Institut für Pädagogik, Arbeitsbereich Pädagogische Psychologie, Internet: <http://www.erzwiss.uni-halle.de/gliederung/paed/ppsych/sdKTS.pdf> (24.3.2007)

Die drei Subskalen erfassen die individuelle Disposition zur Bewertung komplexer Situationen als Belastung, Herausforderung oder Notwendigkeit.

Einer Person wird ein hohes Maß an *Belastung durch Komplexität* zugeschrieben, wenn sie persönlich bedeutsame Situationen mit erhöhter Komplexität als belastend, bedrohlich, überfordernd, verunsichernd und beunruhigend erlebt. Item 1 („*Es beunruhigt mich, dass die Zukunft so unsicher ist*“) wurde für die Verwendung in der hiesigen Studie weggelassen, da es sehr allgemein gehalten ist und im Gegensatz zu allen anderen Items keinen Bezug zum psychotherapeutischen Arbeitskontext ermöglicht.

Einer Person wird ein hohes Maß an *Herausforderung durch Komplexität* zugeschrieben, wenn sie persönlich bedeutsame Situationen mit erhöhter Komplexität als interessante, anspruchsvolle Herausforderung bewertet, und sie Situationen mit geringerer Komplexität vorzieht.

Einer Person wird ein hohes Maß an *Notwendigkeit von Komplexität* zugeschrieben, wenn sie persönlich bedeutsame Situationen mit erhöhter Komplexität als Notwendigkeit ansieht, diese akzeptiert und für unverzichtbar hält, eine Übervereinfachung ablehnt und versucht, der hohen Komplexität der Situationen gerecht zu werden.

3.2.10. Berufserfahrung

Überlegung:

Schuldgefühle, die nicht mit Scham vermischt sind, resultieren aus einer Haltung heraus, welche sich als nützlich erweist. Man könnte diese Haltung möglicherweise so ausdrücken: „*Leben heißt Fehler machen. Ich lebe, also mache auch ich Fehler. Aus Fehlern wird man klug, drum ist einer nicht genug!*“ (altes Sprichwort)“. Allein schon rein evolutionär sollte das Nützliche (=Schuldgefühle) erhalten bleiben und mit der Berufserfahrung nicht abnehmen.

Schamgefühle hingegen sind für psychotherapeutisch Tätige nicht sonderlich nützlich, und sollten deshalb mit längerer Berufserfahrung möglichst abnehmen. Oder die Zahl der psychotherapeutisch Tätigen mit Schamgefühlen sollte in den Kohorten mit längerer Berufserfahrung abnehmen.

Hypothese X.) Es wird davon ausgegangen, dass es keine Unterschiede zwischen Therapeuten-Kohorten mit unterschiedlich langer Berufserfahrung hinsichtlich ihrer Neigung zu Schuldgefühlen gibt (X.I.). Es wird jedoch angenommen, dass Kohorten mit längerer Berufserfahrung weniger zu Schamgefühlen neigen als solche mit kürzerer Berufserfahrung (X.II.).

Operationalisierung:

Die Berufserfahrung soll durch ein Item mit der konkreten Frage („Wie lange sind Sie insgesamt schon psychotherapeutisch tätig“) nach der selbigen und der Bitte um Quantifizierung in Jahren und Monaten erfasst werden. Dann soll die Variable in eine neue Variable mit unterschiedlichen Kategorien umkodiert werden, genauso wie in der DPCCQ-Studie des Collaborative Research Network (Orlinsky & Rønnestad, 2005, S.143-144):

Kategorie 1: Anfänger ($0 \leq$ Berufserfahrung < 1.5 Jahre)

Kategorie 2: Lehrlinge ($1.5 \leq$ Berufserfahrung < 3.5 Jahre)

Kategorie 3: Graduierte ($3.5 \leq$ Berufserfahrung < 7 Jahre)

Kategorie 4: Etablierte ($7 \leq$ Berufserfahrung < 15 Jahre)

Kategorie 5: Bewährte ($15 \leq$ Berufserfahrung < 25 Jahre)

Kategorie 6: Senioren ($25 \leq$ Berufserfahrung < 55 Jahre)

3.2.11. Persönlichkeit

Überlegung:

Wie bereits im Theorieteil (2.1.6.) berichtet wurde, fanden Einstein und Lanning (1998) empirische Hinweise darauf, dass „empathische“ Schuld positiv mit dem Persönlichkeitsmerkmal „Verträglichkeit“ korreliert ist, und „ängstliche“ Schuld (und somit im Verständnis der vorliegenden Arbeit Scham) positiv mit dem Persönlichkeitsmerkmal „Neurotizismus“. Diese Zusammenhänge sollten sich auch in dieser Arbeit erneut zeigen lassen. Auch augenscheinlich mutet es nur folgerichtig an, davon auszugehen, dass Menschen, die den mit Ängstlichkeit, Empfindlichkeit, Reizbarkeit und Labilität einhergehenden Persönlichkeitszug „Neurotizismus“ vermehrt aufweisen, möglicherweise auch eher zu Schamgefühlen neigen. Darüber hinaus gibt es keine offensichtlichen empirischen Hinweise oder theoretischen Überlegungen, die weitere Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und den Neigungen zu Schuld- oder Schamgefühlen nahelegen würden.

Hypothese XI.) Es wird angenommen, dass Schuldgefühle positiv mit dem Big-Five-Faktor „Verträglichkeit“ korreliert sind (XI.I). Des Weiteren wird angenommen, dass Schamgefühle positiv mit dem Big-Five-Faktor „Neurotizismus“ korreliert sind (XI.III.). Darüber hinaus werden keine bedeutsamen Zusammenhänge zwischen Big-Five-Persönlichkeitsdimensionen und Schuld- (XI.II.) oder Schamgefühlen erwartet (XI.IV.).

Operationalisierung:

Grundsätzliche Persönlichkeitsvariablen in Form der Big Five sollen mit dem „10-Item-Big-Five-Inventar (BFI-10)“ erfasst werden. Das BFI-10 (Rammstedt & John, 2007; Rammstedt, 2007) ist eine Kurzversion des bekannten Big-Five-Inventars (BFI-44) (John, Donahue & Kentle, 1991; dt. Version von Lang, Lüdtke & Asendorpf, 2001). Es wurde am Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA²⁷) in Mannheim entwickelt, insbesondere für Forschungszwecke, bei denen eine starke zeitliche Beschränkung besteht. Der Autor dieser Arbeit vertritt durchaus die Auffassung von Gosling et al. (2003), dass extrem kurze Messinstrumente keine herkömmlichen Persönlichkeitstests ersetzen sollten und können. In Forschungskontexten, in denen aber aus Zeitgründen – wie in der vorliegenden Arbeit - sonst gänzlich auf eine Erhebung von Persönlichkeitsvariablen verzichtet werden müsste, stellt das BFI-10 eine hervorragende Alternative dar. Es erlaubt die Erfassung der Big Five mit lediglich zwei Items pro Skala. Die Items dienen der Selbstbeschreibung der Probanden auf einer 5-stufigen Ratingskala von 1 („trifft überhaupt nicht zu“) bis 5 („trifft voll und ganz zu“). Die bisherige Forschung hat gezeigt, dass das BFI-10 akzeptable psychometrische Eigenschaften aufweist und die diskriminante und konvergente Validität weitgehend der des BFI-44 entspricht, trotz der Reduktion von 44 auf 10 Items. Es hat eine klare fünffaktorielle Struktur. Die sechswöchige Retest-Reliabilität beträgt $\alpha = .75$ (BFI-44: $\alpha = .84$), die durchschnittliche konvergente Validität mit den Skalen des NEO-PI-R von Costa und McCrae (1992) beträgt $.67$. Die schlechtesten psychometrischen Werte auf Grund der Skalenverkürzung ergeben sich für die Skala „Verträglichkeit“, weshalb Rammstedt und John empfehlen, ein vorgeschlagenes drittes Item hinzuzunehmen, wodurch sich die Kennwerte deutlich verbessern. In der vorliegenden Arbeit wird dieser Empfehlung gefolgt.

²⁷ Aktuell umbenannt in: „GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften“

3.3. Explorative Hypothesen und deren Operationalisierung

Des Weiteren sollen einige offene Fragestellungen ohne a-priori aufgestellte konkrete Hypothesen über Zusammenhänge oder Unterschiede und deren mögliche Richtung untersucht werden. Bis auf Hypothese XV. betreffen diese Hypothesen im weitesten Sinne demografische Angaben (Geschlecht, Familienstand, Arbeitsumfang in Stunden), die in allgemein üblicher Weise durch geeignete Items erfasst werden sollen. Schuld- bzw. Schamneigung sollen wiederum mit dem FEMEP abgebildet werden.

3.3.1. Quantitative Arbeitsbelastung

Hypothese XII.) Gibt es Zusammenhänge zwischen der Neigung zu Schuld-(XII.I.) oder Schamgefühlen (XII.II.) und dem wöchentlichen therapeutischen Arbeitsumfang in Stunden?

3.3.2. Geschlecht

Hypothese XIII.) Neigen die Geschlechter in unterschiedlichem Ausmaß zu Schuld-(XII.I.) und Schamgefühlen (XIII.II.)?

3.3.3. Familienstand

Hypothese XIV.) Gibt es Zusammenhänge zwischen der Neigung zu Schuld-(XIV.I.) oder Schamgefühlen (XIV.II.) und dem Familienstand?

3.3.4. Berufliche Herkunft und therapeutische Orientierung

Hypothese XV.) Gibt es Zusammenhänge zwischen der Neigung zu Schuld-(XV.I.) oder Schamgefühlen (XV.II.) und der beruflichen Herkunft bzw. der therapeutischen Orientierung?

Operationalisierung:

Die berufliche Herkunft und die therapeutische Orientierung soll weitestgehend in Anlehnung an den bereits bei Hypothese IV. erwähnten „Fragebogen zu professionellen Entwicklung von Psychotherapeut/inn/en“ erfasst werden (Items 1.4.-1.11., 1.15. - 1.19., 4.1.-4.6.).

4. Konstruktion des „Fragebogens zur Erfassung moralischer Emotionen bei Psychotherapeuten (FEMEP)“

Um die genannten Hypothesen überprüfen zu können, müssen die jeweils interessierenden Konstrukte statistisch sinnvoll und inhaltlich gültig sowie objektiv und verlässlich abgebildet werden können („Operationalisierung“). Für die meisten Konstrukte kann auf bestehende Instrumente zurückgegriffen werden, oder sie lassen sich mit einfachen Fragen erfassen (siehe Kapitel 3). Dies gilt jedoch nicht für die Konstrukte „Neigung zu Schuldgefühlen“, „Neigung zu Schamgefühlen“, „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“ und „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“.

Zwar werden in der Literatur zahlreiche Messinstrumente beschrieben, welche die unterschiedlichen Neigungen zu Scham und Schuld messen sollen (z. B. Harder, Cutler & Rockart, 1992; Harder & Zalma, 1990 (direkte Selbsteinschätzungen mittels Adjektiven); Kugler & Jones, 1992 (indirektes Selbsteinschätzungs-Instrument mittels Fragebogen); Tangney, 1990; Tangney, Burggraf & Wagner, 1995; Kämmerer, Rosenkranz, Parzer & Resch, 2003 (Messinstrumente zur Erfassung antizipierter affektiver Reaktionen in hypothetischen Situationen). Die bislang entwickelten Instrumente schienen jedoch kaum geeignet, die spezielle Schuld- bzw. Schamneigung im professionellen Bereich im Rahmen einer konkreten Tätigkeit (Psychotherapie) in konkreten beruflichen Kontexten (Psychotherapeutische Gespräche, Supervision, kollegiale Beziehungen) ausreichend abzubilden, da sie zur Erfassung der allgemeinen, globalen Neigungen zu Schuld- bzw. Schamgefühlen konzipiert wurden.

Um also der Fragestellung dieser Arbeit überhaupt weiter nachgehen zu können, musste ein geeignetes Instrument zur Erfassung der Neigung zu berufsbezogenen Schuld- und Schamgefühlen sowie kontrafaktischen Auf- und Abwärtsvergleichen bei psychotherapeutisch Tätigen konstruiert werden.

4.1. Methodische Überlegungen

Die meisten existierenden Instrumente zur Erfassung von Schuld- oder Schamgefühlen wurden atheoretisch konzipiert und durch induktiv-faktorenanalytisches Vorgehen konstruiert. Der recht weit verbreitete TOSCA (Test of Self-Conscious Affects) von Tangney (1990) wurde hingegen rational-deduktiv auf Grundlage der Scham- und Schuldkonzeption von Lewis (1971) und auf Basis von Attributionstheorien (z. B. Weiner, 1980) entwickelt und liegt, übersetzt und evaluiert, in einer deutschen Version vor (Kocherscheidt, Fiedler, Kronmüller, Backenstraß & Mundt, 2002). Auf der Schuld- und Schamkonzeptionalisierung der Tradition von Lewis und Tangney basiert auch die vorliegende Arbeit (siehe 2.1.4).

Der Szenario-Ansatz, den Tangney für den TOSCA verwendete, entspricht gut dem aktuellen Verständnis des psychologischen Schuldbegriffs. Er stellt eine Möglichkeit dar, (hypothetische) schuld- und schamhafte Verhaltensweisen in affektiver, kognitiver und motivationaler Hinsicht als (hypothetische) Reaktion auf konkretes Verhalten in Situationen zu erfassen. Man muss sich nicht darauf verlassen, dass die Probanden die Ausdrücke Scham- und Schuld im hier konzeptionalisierten Sinne korrekt auffassen. Statt dessen setzt sich der szenariobasierte Ansatz aus situationspezifischen, phänomenologischen Beschreibungen von Schuld- und Schamerlebnissen zusammen, ohne die Worte Scham und Schuld überhaupt nutzen zu müssen. Dies vermindert auch die Gefahr, dass Probanden, direkt mit den Worten Scham und Schuld konfrontiert, mit Abwehrreflexen reagieren. Für viele Menschen sind diese Worte emotional stark aufgeladen. „*Sich klein fühlen*“ oder „*ein schlechtes Gewissen haben*“ kann da möglicherweise für Manchen annehmbarer sein. (zu den Vor- und Nachteilen szenariobasierter Ansätze vgl. auch Tangney, 1996).

Von dieser theoretischen Grundlage ausgehend, sollte im Folgenden ebenfalls rational-deduktiv ein szenarienbasiertes Instrument zur Erfassung der Neigung zu Schuld- bzw. Schamgefühlen bei psychotherapeutisch Tätigen rational-deduktiv konstruiert werden. In einem ersten Schritt sollten die Kriterien für die Neigung zu schamhaften, schuldhaften und kontrafaktischen Reaktionsweisen auf konkrete Situationen („Szenarien“) nochmals expliziert werden (siehe 4.2.). Dann sollte ein Pool entsprechender Szenarien entwickelt, durch psychotherapeutische Kollegen validiert und schließlich zu einer Erstversion des FEMEP zusammengestellt werden (siehe 4.3.). Diese Erstversion sollte dann von einer größeren Probandengruppe bearbeitet werden. Nach induktiven Kriterien (Faktorenanalyse) sollten die zuvor rational entwickelten Skalen daraufhin überprüft werden, ob sie tatsächlich einheitliche Konstrukte erfassen (siehe 4.4.). Gegebenenfalls waren die Skalen dann um nicht stimmige Items und Szenarien zu

bereinigen und schließlich zu einer möglichst reliablen, validen und gleichzeitig ökonomischen Endfassung des FEMEP zusammenzustellen (siehe 4.5. und 4.6.). Ob diese endgültige Version des FEMEP sich auch bei einer anderen Stichprobe als reliabel und valide erweist, sollte dann an Hand des Datensatzes der Hauptuntersuchung erneut überprüft werden (Kreuzvalidierung, siehe 4.7.). Schließlich war der gesamte Konstruktionsprozess noch einmal kritisch zu diskutieren (siehe 4.8.). Für die statistischen Berechnungen sowie die Erstellung von Graphen wurde das Statistikprogramm „SPSS / PASW Statistics Versionen 15, 16 und 18 angewandt.

4.2. Konstruktdefinitionen

An dieser Stelle sollen die durch hypothetische Verhaltensweisen als Reaktion auf hypothetische Situationen zu erfassenden Konstrukte noch einmal abschließend klar definiert werden (siehe auch 2.1.4. und 2.1.8.), um somit Kriterien für die Entwicklung entsprechender Szenarien und hypothetischer Reaktionen zu haben:

Neigung zu Schuldgefühlen

Einer psychotherapeutisch tätigen Person soll zugeschrieben werden, dass sie zu Schuldgefühlen neigt, wenn sie...

... konkrete eigene Verhaltensweisen häufiger negativ bewertet (kognitive Komponente), ohne jedoch das gesamte Selbst als negativ zu bewerten.

... die, aus einer als negativ bewerteten Verhaltensweise resultierenden Gefühle zu Bedauern (affektive Komponente) und Wiedergutmachungstendenzen führen (motivationale Komponente).

Neigung zu Schamgefühlen

Einer psychotherapeutisch tätigen Person soll zugeschrieben werden, dass sie zu Schuldgefühlen neigt, wenn sie...

... von ihr als negativ bewertete Situationen (=Misserfolge) dem gesamten eigenen Selbst zuschreibt (kognitive Komponente).

... als Reaktion auf Misserfolge eher Gefühle von Wertlosigkeit, Machtlosigkeit und Kleinsein entwickelt (affektive Komponente).

... auf Misserfolgssituationen mit Rückzugstendenzen aus der entsprechenden Situation reagiert, bzw. mit Verteidigungshaltung oder Distanzierung (motivationale Komponente).

Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen

Einer psychotherapeutisch tätigen Person soll zugeschrieben werden, dass sie zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen neigt, wenn sie...

... auf Situationen gedanklich reagiert, indem sie sie kognitiv mit einem hypothetisch besseren Situationsverlauf kontrastiert.

Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen

Einer psychotherapeutisch tätigen Person soll zugeschrieben werden, dass sie zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen neigt, wenn sie...

... auf Situationen gedanklich reagiert, indem sie sie kognitiv mit einem hypothetisch (noch) schlechteren Situationsverlauf kontrastiert.

4.3. Entwicklung von Szenarien und Zusammenstellung einer Erstversion

4.3.1. Kriterien für die Szenarien

Die Szenarien sollten hypothetische psychotherapeutische Arbeitssituationen schildern und die Wahrscheinlichkeit vorgegebener möglicher Reaktionen (Schuld, Scham, Kontrafaktische Kognitionen) der Probanden darauf erfassen. Die zu entwickelnden Szenarien sollten zwar spezifisch und „normal“ für das übliche psychotherapeutische Arbeitsfeld sein, gleichzeitig jedoch auch variieren und somit der Breite des Arbeitsfeldes und seiner möglichen Situationen gerecht werden, um das Feld ausreichend zu repräsentieren. Alle Szenarien sollten zum Inhalt haben, dass Verhaltensweisen von Psychotherapeuten zu einem möglichen Nachteil / Schaden für andere führen oder zumindest führen könnten. Da selbst wahrgenommene Verantwortung für die eigenen Verhaltensweisen kein klares Kriterium für die Entwicklung von Schuld- oder Schamgefühlen ist (vgl. 2.1.7.), sollte darauf geachtet werden, dass das Ausmaß der Verantwortung der Protagonisten in den Szenarien von keinerlei Verantwortung über unklare Verantwortung bis hin zur vollen Verantwortung variiert wird. Des Weiteren sollte bei der Zusammenstellung der Szenarien darauf geachtet werden, dass negative Handlungsfolgen manchmal tatsächlich reversibel sind („Wiedergutmachung“), manchmal jedoch auch nicht – wie im „echten“ Therapeutenleben.

4.3.2. Transformation von TOSCA-Items

Da mit dem TOSCA bereits ein ausgewogenes, etabliertes, anerkanntes und mit ausreichend guten Gütekriterien ausgestattetes Instrument zur Erfassung der Neigung zu Scham- und Schuldgefühlen vorliegt (Kocherscheidt et al., 2002), lag es erst einmal nahe, die einzelnen Szenarien des TOSCA von ihrem Inhalt zu abstrahieren, ihrer Form bzw. ihrem Thema nach zu analysieren und mit einem Inhalt aus dem psychotherapeutischen Bereich zu füllen (zumindest bei 8 Items, bei denen dies gut möglich schien, siehe Anhang B: Transformation von TOSCA-Items), um so erste Szenarien für den FEMEP zu generieren.

4.3.3. Qualitative Befragung von psychotherapeutisch Tätigen

Es war nicht davon auszugehen, dass durch die Transformation von einigen TOSCA-Items das psychotherapeutische Arbeitsfeld in seinen schuld- und schamhaften Aspekten bereits ausreichend abgebildet ist. Weitere Szenarien mussten entwickelt werden. Auf rein quantitativem Weg kann kein erschöpfendes Verständnis dafür entstehen, in welchen Sinn- und Verstehenszusammenhängen Schuld- und Schamerfahrungen bei Psychotherapeuten stattfinden. Qualitative Ansätze bieten gegenüber einem vorschnellen, rein quantitativem Vorgehen die Möglichkeit, überhaupt erst einmal mehr Verständnis für eher noch wenig strukturierte und unbekanntere Themengebiete zu erwerben (vgl. dazu Mayring, 2001). Um also überhaupt erst einmal genauer zu verstehen, welche normalen und auch extremeren Situationen bei psychotherapeutisch Tätigen zu Schuld- und Schamgefühlen führen können, und wie die entsprechenden Reaktionen darauf ausfallen, wurden psychotherapeutisch tätige Kollegen mit offenen Fragen anonymisiert befragt, in welchen beruflichen Situationen sie schon einmal etwas bereut haben, ein schlechtes Gewissen hatten, sich schuldig fühlten oder sich schämten, etc. (siehe Anhang B: Qualitative Befragung). Die Befragung fand im Frühjahr 2007 per E-Mail-Anfrage unter ca. 50 Ausbildungsteilnehmern zum Psychologischen Psychotherapeuten sowie unter ca. 50 psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten einer Intervisions-Mailingsliste und ca. 20 weiteren ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten aus persönlichen Kontakten des Autors statt. Anonymisierung war dadurch gewährleistet, dass die Teilnehmer ihre Antworten per Post („Gebühr zahlt Empfänger“) rücksenden konnten. Die Rücklaufquote war mit $N=23$ relativ gering. Obwohl auch demografische Angaben erfragt wurden, wurden die entsprechenden Angaben in den meisten Fällen nicht gemacht. Deswegen können über die Zusammensetzung der Stichprobe keine genaueren Angaben gemacht werden. Die Antworten wurden auf die zugrundeliegenden Themen hin analysiert und gruppiert. Daraus wurden dann entsprechend weitere Szenarien für die Erstversion des FEMEP formuliert (siehe Anhang B: Szenarien aus der qualitativen Befragung).

4.3.4. Entwicklung möglicher Reaktionen auf die Szenarien

Nun galt es, hypothetische Reaktionen auf die einzelnen Szenarien zu entwickeln. Die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit schuldhafter, schambehafteter, kontrafaktisch auf- bzw. abwärtsvergleichender Verhaltensweisen durch die Probanden bildet den Kern des Instrumentes. Als theoretischer Rahmen zur Entwicklung der Reaktionen dienten die

obigen Konstruktdefinitionen (siehe 4.2.). Der TOSCA hält bereits ein Set schuld- und schamhafter Reaktionen bereit, die gut auf den psychotherapeutischen Bereich übertragen werden konnten. Des Weiteren lieferten die Teilnehmer der qualitativen Befragung mit der Schilderung ihrer Gedanken und Verhaltensweisen ergiebige Material. Die schuld- und schamhaften Reaktionen wurden nach affektiv-kognitiven und motivationalen Komponenten aufgegliedert und zusammengetragen (siehe Anhang B: Mögliche Reaktionen auf die Szenarien). Schließlich wurde jedem einzelnen Szenario jeweils eine schamhafte, eine schuldhafte, sowie eine kontrafaktisch aufwärtsvergleichende und eine kontrafaktisch abwärtsvergleichende Reaktion zugeordnet (und dabei gegebenenfalls noch inhaltlich angepasst). Die vermutete Wahrscheinlichkeit des Auftretens dieser Reaktionen als eigene Reaktion ist von den Probanden, genau wie beim TOSCA, auf einer 5-stufigen Ratingskala (1=„nicht wahrscheinlich“ bis 5=„sehr wahrscheinlich“) zu bewerten.

4.3.5. Validierung der Szenarien und Reaktionen

Nachdem auf diese Art ein Pool von Szenarien mit jeweils entsprechenden Schuld-, Scham und kontrafaktischen Reaktionen entstanden war, wurden diese in einer kollegialen Gruppe, bestehend aus dem Autor, zwei Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung, zwei Psychologischen Psychotherapeuten und einem Supervisor nochmals einer genaueren Betrachtung und Diskussion unterzogen, bis ein Konsens darüber erzielt war, welche 17 Szenarien und entsprechenden Reaktionsweisen unter Beachtung der in den vorausgehenden Absätzen formulierten Kriterien für die endgültige Erstversion des FEMEP (siehe Anhang B: FEMEP Erstversion (1.0) und Anhang B: FEMEP Erstversion: Itemschlüssel) zusammengestellt werden sollten, und wo noch Formulierungen zu ändern oder auszutauschen waren.

4.4. Empirische Überprüfung der Erstversion des FEMEP

Es wurde als sinnvoll und notwendig angesehen, die rational-deduktiv, theoriegeleitet konstruierte Erstversion des FEMEP einer empirisch-induktiven Überprüfung zu unterziehen. Es sollte herausgefunden werden, ob die einzelnen Skalen des FEMEP sich aus hinreichend homogenen Items zusammensetzen, und somit hinreichend konsistent auf die interessierenden Konstrukte ansprechen. Gleichzeitig sollten die vier Skalen jeweils Items verschiedener „Schwierigkeit“ beinhalten, um somit auch in den Randbereichen des zu messenden Kontinuums zwischen Therapeuten mit geringeren und stärkeren Merkmalsausprägungen differenzieren zu können. Des Weiteren sollte herausgefunden werden, ob die verschiedenen Skalen eine gute konvergente Validität aufweisen, und somit tatsächlich unterschiedliche Konstrukte erfassen. Nach Faktorenanalyse und testtheoretischer Betrachtung der Skalen- und Itemkennwerte sollte entschieden werden, inwieweit die Erstversion des FEMEP durch Weglassen einzelner Items noch zu modifizieren und möglichst ökonomisch bei gleichzeitig guten Testkennwerten zu gestalten war.

4.4.1. Stichprobenbeschreibung

Die Erstversion des FEMEP wurde von insgesamt $N=142$ psychotherapeutisch tätigen Kollegen anonymisiert bearbeitet. 42 Probanden (29.6%) konnten auf der 16. Workshoptagung der Dt. Gesellschaft für Verhaltenstherapie in Tübingen 2007 gewonnen werden, 76 auf dem 5. Workshopkongress für klinische Psychologie und Psychotherapie bzw. dem 25. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie 2007 in Tübingen, weitere 24 Teilnehmer (16.9%) rekrutierten sich aus sonstigen Quellen. Voraussetzung für die Inkludierung in die Stichprobe war ein akademischer Grundberuf (Psychologe, Mediziner, Pädagoge) bzw. mindestens der Abschluss des Grundstudiums und die Für-sich-Inanspruchnahme in irgendeiner Weise psychotherapeutisch tätig zu sein bzw. zumindest gerade damit zu beginnen. Die genaue Zusammensetzung der Stichprobe ist Tabelle 4 zu entnehmen. Die Altersstruktur der Probanden zeigt Abbildung 3, die Verteilung der Berufserfahrung Abbildung 4, und die Verteilung der wöchentlichen psychotherapeutischen Tätigkeitsdauer Abbildung 5.

Tabelle 4: Zusammensetzung der Stichprobe zur Überprüfung der Erstversion des FEMEP

| | |
|---|---|
| Geschlecht | weiblich: 78.9% männlich: 21.1% |
| Alter | <i>M</i> = 37.7 Jahre <i>Md</i> =36 Jahre <i>SD</i> =10.2 <i>Streubereich</i> [24; 66] |
| Berufserfahrung | <i>M</i> =8.3 Jahre <i>Md</i> =5.4 Jahre <i>SD</i> =8.5 <i>Streubereich</i> [0; 37] |
| Familienstand | ledig: 33.1% verheiratet: 39.4% geschieden: 4.2% mit PartnerIn lebend: 23.2% |
| Berufsbezeichnung | Psychologe: 88% Psychologie-Student: 0.7% Arzt: 5.6% Medizin-Student: 0.7% Psychiater: 0.7% Psychiater in Ausbildung: 0.7% Pädagogen: 2.1% Sozialpädagogik-Student: 0.7% Psychotherapeut: 47.2% Psychotherapeut in Ausbildung: 39.4% KJP: 11.3% KJP in Ausbildung: 5.6% |
| Therapieausbildungen | Verhaltenstherapie: 50% Verhaltenstherapie in Ausbildung: 41.5% Tiefenpsychologie: 3.5% Tiefenpsychologie in Ausbildung: 0.7% Systemische Therapie: 8.5% Systemische Therapie in Ausbildung: 1.4% Gesprächstherapie: 8.5% Hypnotherapie: 7% Familientherapie: 2.8% Gestalttherapie: 2.8% Psychodrama: 2.1% Musiktherapie: 1.4% Neuropsychologie: 1.4% Transaktionsanalyse: 0.7% Psychoanalyse: 0.7% Spieltherapie: 0.7% Psychoonkologie: 0.7% Positive Psychotherapie: 0.7% Existenzielle Psychotherapie: 0.7% |
| wöchentliche Tätigkeitsdauer in psychotherapeutischen Settings | Insgesamt: <i>M</i> =23.4 Stunden <i>Md</i> =26 Stunden <i>SD</i> =15.1 <i>Streubereich</i> [0; 60] In der Psychiatrie: 22.8% In Tageskliniken: 4.2% In psychiatrischen Ambulanzen: 8.6% In Fachkliniken: 7.4% In Praxen: 37% In Beratungsstellen: 7.7% In Institutsambulanzen: 6.9% In sonstigen Settings: 5.3% |

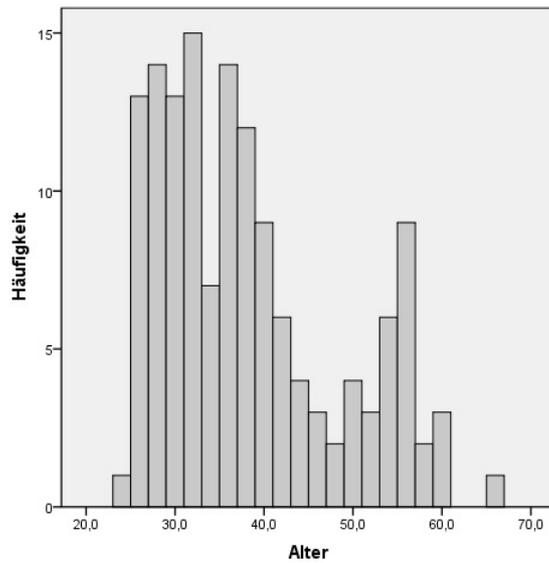


Abbildung 3: Altersverteilung der Probanden in Lebensjahren in der Stichprobe zur Überprüfung der Erstversion des FEMEP

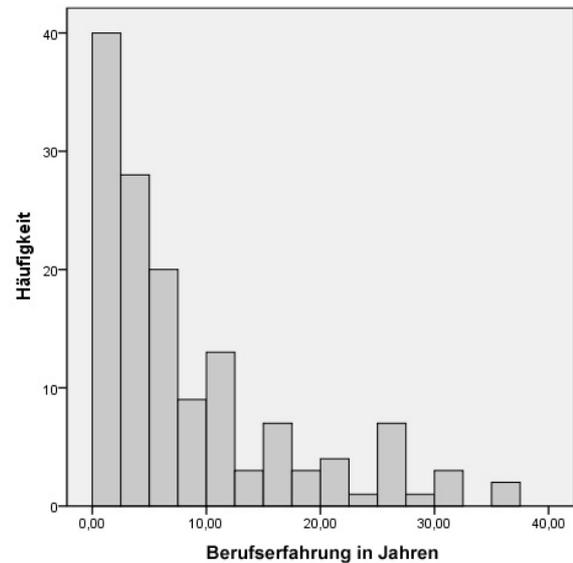


Abbildung 4: Verteilung der Berufserfahrung der Probanden in Lebensjahren in der Stichprobe zur Überprüfung der Erstversion des FEMEP

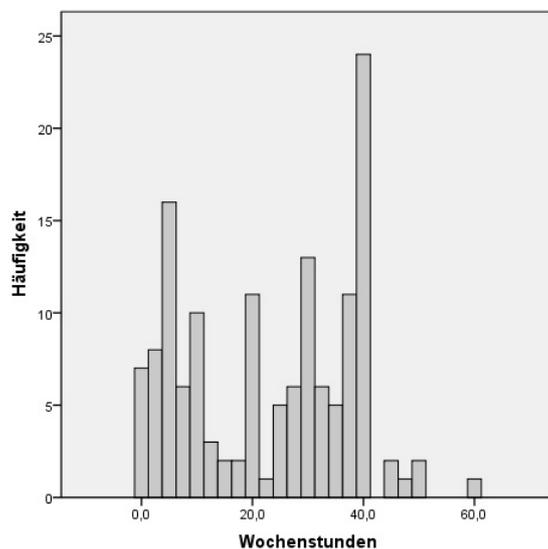


Abbildung 5: Verteilung der wöchentlichen psychotherapeutischen Tätigkeitsdauer in Stunden in der Stichprobe zur Überprüfung der Erstversion des FEMEP

4.4.2. Testtheoretische Überprüfung der Skalen

Es wurden jeweils Hauptkomponentenanalysen (mit Varimax-Rotation) und die Bestimmung von Cronbachs Alpha angewandt, um die deduktiv konstruierten Skalen²⁸ auf ihre interne Konsistenz hin zu überprüfen. In die Berechnung fanden nur die Datensätze Eingang, die vollständig in Bezug auf die jeweils interessierenden Variablen waren (listenweiser Fallausschluss). Eine Betrachtung der Ergebnisse stellte sich folgendermaßen dar:

Skala „Neigung zu Schuldgefühlen“

Es ergab sich gemäß des Kaiser-Kriteriums (Guttman, 1959) eine Struktur mit 5 Faktoren mit einem Eigenwert größer 1 (siehe Tabelle 5). Gemäß des Scree-Kriteriums (Cattell, 1966) liegt nur ein Faktor deutlicher über dem „Geröll“ der sonstigen Faktoren (siehe Abbildung 6) und klärt 23,1% der Gesamtvarianz der Erstversion der Schuldskala auf. Die Skala weist eine Reliabilität von $\alpha=.78$ auf, hat einen Mittelwert von $M=3.32$ und eine Streuung von $SD=.53$. Bei der Berechnung konnten die Daten von $N=131$ Vpn berücksichtigt werden. Die Verteilung der Messwerte ist in Abbildung 6 ersichtlich.

Wie nach testtheoretischer Betrachtung der anderen Skalen zu sehen sein wird, sind alle weitgehend homogen; die Schuldskala ist die heterogenste aller vier Skalen. Deshalb wurde auch noch eine faktorenanalytische Betrachtung der Schuldskala mit erzwungener zweifaktorieller und auch dreifaktorieller Lösung vorgenommen. Dann wurden die Items inhaltlich betrachtet, die jeweils auf dem ersten bzw. zweiten oder dritten Faktor besonders hoch luden. Es gelang jedoch keine inhaltlich sinnvolle, getrennte Interpretation der Faktoren. Die Idee, dass die Schuldskala möglicherweise mehrere theoretisch unterscheidbare Konstrukte abbildet anstatt nur einen Faktor gemäß der obigen Definition von „Neigung zu Schuldgefühlen“ wird somit verworfen.

²⁸ Die Skalenwerte wurden folgendermaßen berechnet: Summenwert der Items einer Skala geteilt durch die Anzahl der Einzelitems pro Skala (17 Items pro Skala).

Tabelle 5: Eigenwertestruktur der Erstversion der Skala „Neigung zu Schuldgefühlen“

| Komponente | Anfängliche Eigenwerte | | |
|------------|------------------------|---------------|--------------|
| | Gesamt | % der Varianz | Kumulierte % |
| 1 | 3.93 | 23.09 | 23.09 |
| 2 | 1.70 | 10.02 | 33.10 |
| 3 | 1.40 | 8.22 | 41.32 |
| 4 | 1.33 | 7.80 | 49.13 |
| 5 | 1.06 | 6.26 | 55.38 |
| 6 | .98 | 5.79 | 61.17 |
| 7 | .91 | 5.34 | 66.51 |
| 8 | .86 | 5.08 | 71.59 |
| 9 | .73 | 4.29 | 75.88 |
| 10 | .71 | 4.19 | 80.07 |
| 11 | .65 | 3.84 | 83.91 |
| 12 | .57 | 3.34 | 87.25 |
| 13 | .54 | 3.17 | 90.42 |
| 14 | .52 | 3.06 | 93.47 |
| 15 | .44 | 2.57 | 96.04 |
| 16 | .40 | 2.34 | 98.38 |
| 17 | .28 | 1.62 | 100.00 |

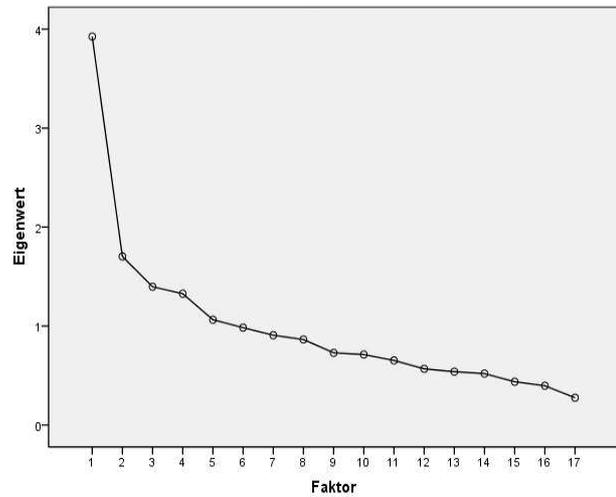


Abbildung 6: Screeplot der Erstversion der Skala „Neigung zu Schuldgefühlen“

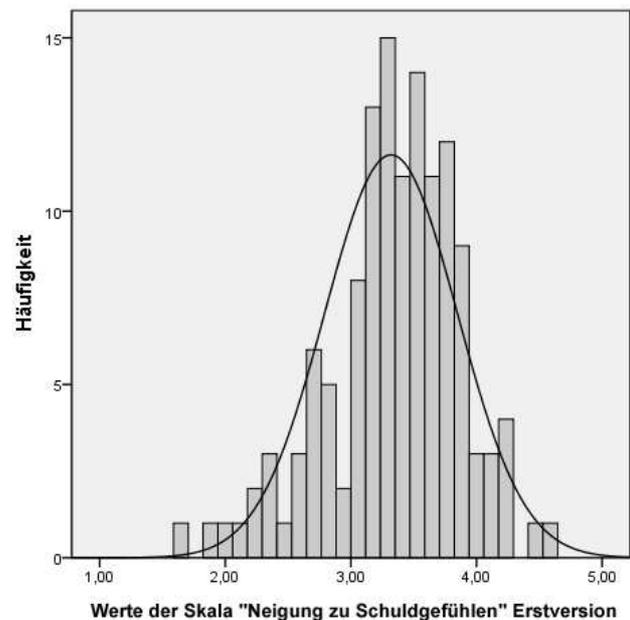


Abbildung. 7: Häufigkeitsverteilung der Werte der Erstversion der Skala „Neigung zu Schuldgefühlen“

Skala „Neigung zu Schamgefühlen“

Es ergab sich eine Struktur mit 4 Faktoren mit einem Eigenwert größer 1 (siehe Tabelle 6). Gemäß des Scree-Kriteriums liegt jedoch nur ein Faktor sehr eindeutig über dem „Geröll“ der sonstigen Faktoren (siehe Abbildung 8) und klärt bereits 32,5% der Gesamtvarianz der Skala auf. Die Skala weist eine Reliabilität von $\alpha=.86$, hat einen Mittelwert von $M=2.04$ und eine Streuung von $SD=.56$. Bei der Berechnung konnten die Daten von $N=130$ Vpn berücksichtigt werden. Die Verteilung der Messwerte ist in Abbildung 9 ersichtlich.

Tabelle 6: Eigenwertestruktur der Erstversion der Skala „Neigung zu Schamgefühlen“

| Komponente | Anfängliche Eigenwerte | | |
|------------|------------------------|---------------|--------------|
| | Gesamt | % der Varianz | Kumulierte % |
| 1 | 5.52 | 32.49 | 32.49 |
| 2 | 1.37 | 8.08 | 40.58 |
| 3 | 1.18 | 6.95 | 47.53 |
| 4 | 1.05 | 6.18 | 53.71 |
| 5 | .99 | 5.82 | 59.52 |
| 6 | .95 | 5.56 | 65.08 |
| 7 | .87 | 5.14 | 70.23 |
| 8 | .71 | 4.16 | 74.39 |
| 9 | .64 | 3.76 | 78.15 |
| 10 | .61 | 3.60 | 81.75 |
| 11 | .59 | 3.45 | 85.21 |
| 12 | .56 | 3.28 | 88.48 |
| 13 | .50 | 2.96 | 91.45 |
| 14 | .41 | 2.43 | 93.88 |
| 15 | .40 | 2.36 | 96.24 |
| 16 | .36 | 2.12 | 98.36 |
| 17 | .28 | 1.64 | 100.00 |

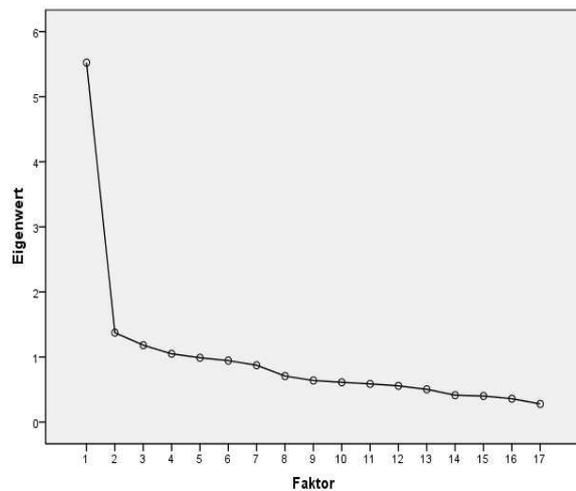


Abbildung 8: Screeplot der Erstversion der Skala „Neigung zu Schamgefühlen“

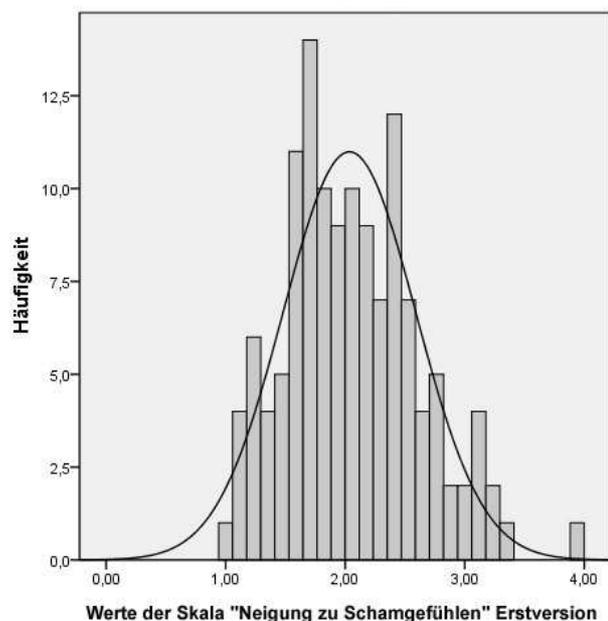


Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung der Werte der Erstversion der Skala „Neigung zu Schamgefühlen“

Skala „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“

Es ergab sich eine Struktur mit 5 Faktoren mit einem Eigenwert größer 1 (siehe Tabelle 7). Gemäß des Scree-Kriteriums liegt wiederum nur ein Faktor sehr eindeutig über dem „Geröll“ der sonstigen Faktoren (siehe Abbildung 10) und klärt 28,3% der Gesamtvarianz der Skala auf. Die Skala weist eine Reliabilität von $\alpha=.82$, hat einen Mittelwert von $M=3.74$ und eine Streuung von $SD=.55$. Bei der Berechnung konnten die Daten von $N=132$ Vpn berücksichtigt werden. Die Verteilung der Messwerte ist in Abbildung 11 ersichtlich.

Tabelle 7: Eigenwertestruktur der Erstversion der Skala „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“

| Komponente | Anfängliche Eigenwerte | | |
|------------|------------------------|---------------|--------------|
| | Gesamt | % der Varianz | Kumulierte % |
| 1 | 4.81 | 28.31 | 28.31 |
| 2 | 1.52 | 8.95 | 37.26 |
| 3 | 1.19 | 7.03 | 44.29 |
| 4 | 1.13 | 6.67 | 50.10 |
| 5 | 1.00 | 5.86 | 56.81 |
| 6 | .98 | 5.78 | 62.60 |
| 7 | .83 | 4.85 | 67.45 |
| 8 | .76 | 4.44 | 71.89 |
| 9 | .71 | 4.18 | 76.06 |
| 10 | .70 | 4.10 | 80.16 |
| 11 | .66 | 3.90 | 84.06 |
| 12 | .54 | 3.18 | 87.24 |
| 13 | .53 | 3.12 | 90.37 |
| 14 | .48 | 2.81 | 93.18 |
| 15 | .45 | 2.67 | 95.85 |
| 16 | .40 | 2.32 | 98.17 |
| 17 | .31 | 1.83 | 100.00 |

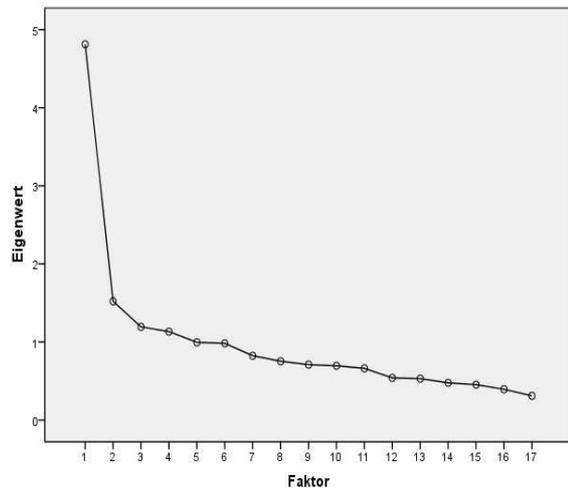


Abbildung 10: Screeplot der Erstversion der Skala „Neigung zu kontrafaktischen

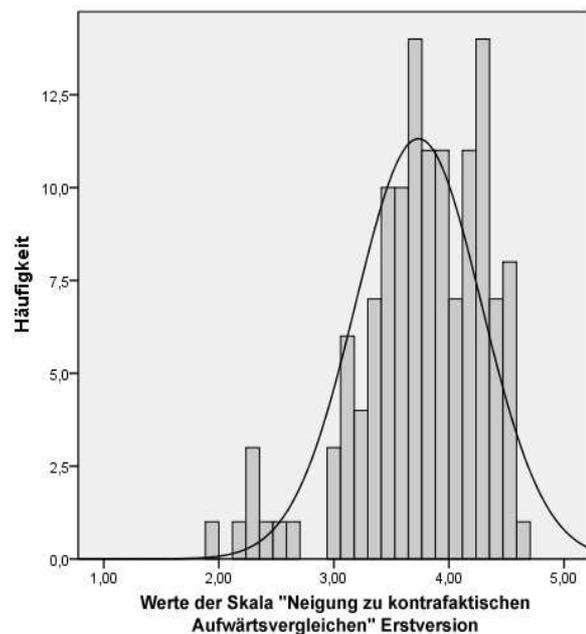


Abbildung 11: Häufigkeitsverteilung der Werte der Erstversion der Skala „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“

Skala „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“

Es ergab sich eine Struktur mit 4 Faktoren mit einem Eigenwert größer 1 (siehe Tabelle 8). Gemäß des Scree-Kriteriums liegt auch hier nur ein Faktor eindeutig über dem „Geröll“ der sonstigen Faktoren (siehe Abbildung 12) und klärt 30,5% der Gesamtvarianz der Skala auf. Die Skala weist eine Reliabilität von $\alpha=.85$, hat einen Mittelwert von $M=2.29$ und eine Streuung von $SD=.57$. Bei der Berechnung konnten die Daten von $N=127$ Vpn berücksichtigt werden. Die Verteilung der Messwerte ist in Abbildung 13 ersichtlich.

Tabelle 8: Eigenwertstruktur der Erstversion der Skala „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“

| Komponente | Anfängliche Eigenwerte | | |
|------------|------------------------|---------------|--------------|
| | Gesamt | % der Varianz | Kumulierte % |
| 1 | 5.18 | 30.48 | 30.48 |
| 2 | 1.60 | 9.43 | 39.91 |
| 3 | 1.41 | 8.27 | 48.18 |
| 4 | 1.05 | 6.16 | 54.33 |
| 5 | .91 | 5.35 | 59.68 |
| 6 | .85 | 5.01 | 64.69 |
| 7 | .80 | 4.71 | 69.39 |
| 8 | .77 | 4.52 | 73.92 |
| 9 | .65 | 3.81 | 77.72 |
| 10 | .62 | 3.62 | 81.34 |
| 11 | .57 | 3.32 | 84.66 |
| 12 | .53 | 3.10 | 87.76 |
| 13 | .52 | 3.06 | 90.82 |
| 14 | .48 | 2.80 | 93.62 |
| 15 | .42 | 2.46 | 96.08 |
| 16 | .36 | 2.12 | 98.20 |
| 17 | .31 | 1.80 | 100.00 |

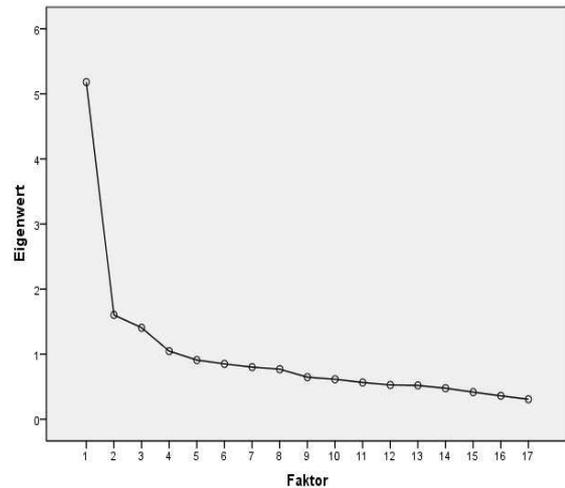


Abbildung 12: Screeplot der Erstversion der Skala „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“

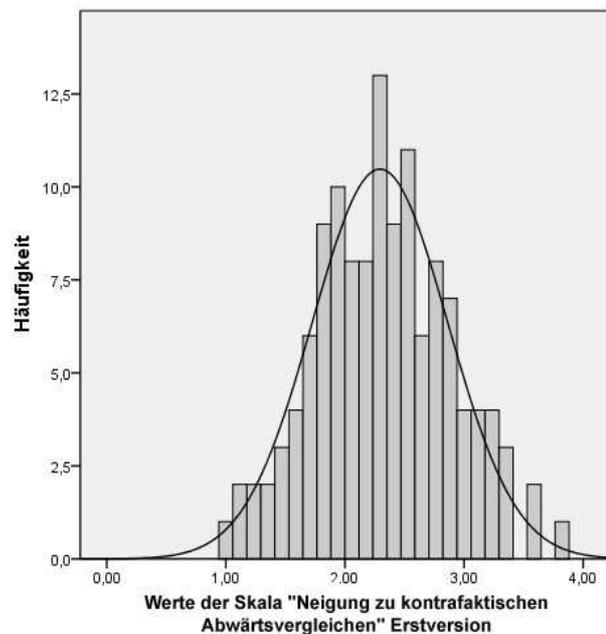


Abbildung 13: Häufigkeitsverteilung der Werte der Erstversion der Skala „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“

4.4.3. Überprüfung der diskriminanten Validität

Diskriminante Validität von Schuld- und Schamskala

Als nächstes wurde die diskriminante Validität von Schuld- und Schamskala überprüft. Eine gemeinsame faktorenanalytische Betrachtung (Hauptkomponentenanalyse, Varimax-rotiert) der Schuld- und Schamitems ergibt die in Tabelle 9 ersichtliche Ladungsmatrix (bei erzwungener Begrenzung auf zwei Faktoren). Bei der Berechnung konnten die Daten von $N=129$ Vpn berücksichtigt werden.

Bei Betrachtung der Ladungen ergaben sich folgende Beobachtungen:

- Das Schulditem „S1 Schuld“ lädt auf keinem der beiden Faktoren nennenswert.
- Bei den Szenarien 2, 7 und 8 laden sowohl Schuld- als auch Schamitems hoch auf dem ersten Faktor (vermindert divergente Validität der Skalen). Die Schulditems scheinen hier also eher die Neigung zu Scham als zu Schuld zu erfassen.
- Bei Szenario 3 laden sowohl Schuld- als auch Schamitems hoch auf dem zweiten Faktor (vermindert divergente Validität der Skalen).
- Bei Szenario 13 laden Schuld- und Schamitems nur kaum sichtbar auf dem jeweils anderen Faktor, mit niedrigeren Ladungswerten als .4.
- 14 der 17 Schamitems laden ausschließlich deutlich auf dem Faktor 1.
- 9 der 16 Schulditems laden ausschließlich deutlich auf dem Faktor 2.

Die ursprünglichen Schuld- und Schamskalen weisen somit eine gewisse divergente Validität auf, die Items 2,3,7 und 8 sind jedoch einer noch besseren divergenten Validität abträglich. Der Faktor 1 kann gut als Schamfaktor interpretiert werden, der Faktor 2 als Schuldfaktor.

Diskriminante Validität der Skalen „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“ und „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“

Analog zum Vorgehen im vorherigen Abschnitt erfolgte die Überprüfung der divergenten Validität der beiden kontrafaktischen Skalen. Die Ladungsmatrix ist in Tabelle 10 zu sehen. Bei der Berechnung konnten die Daten von $N=127$ Vpn berücksichtigt werden.

Die Betrachtung der Ladungen zeigt:

- Die Items „S1 Kontra Auf“, „S2 Kontra Ab“, „S3 Kontra Auf“ und „S14 Kontra Auf“ haben keine nennenswerten Ladungen (mind .4) auf einem der Faktoren.
- Es gibt kein Item, das nennenswert auf beiden Faktoren lädt.

- 16 der 17 kontrafaktischen Aufwärtssitems laden ausschließlich deutlich auf dem Faktor 1
- 14 der 17 kontrafaktischen Abwärtssitems laden ausschließlich deutlich auf dem Faktor 2

Die beiden Skalen haben somit eine sehr gute divergente Validität.

4. KONSTRUKTION DES „FRAGEBOGENS ZUR ERFASSUNG MORALISCHER EMOTIONEN BEI PSYCHOTHERAPEUTEN (FEMEP)“

Tabelle 9: gemeinsame Hauptkomponentenmatrix aller Schuld- und Schamitems der FEMEP-Erstversion

| Szenario | Item | Komponente | |
|----------|--------|------------|----------|
| | | Faktor 1 | Faktor 2 |
| S1 | Schuld | -0.00 | .11 |
| | Scham | .61 | .09 |
| S2 | Schuld | .48 | .28 |
| | Scham | .47 | .27 |
| S3 | Schuld | -0.04 | .42 |
| | Scham | .27 | .44 |
| S4 | Schuld | .29 | .37 |
| | Scham | .46 | .24 |
| S5 | Schuld | .07 | .58 |
| | Scham | .54 | .09 |
| S6 | Schuld | .14 | .54 |
| | Scham | .59 | .17 |
| S7 | Schuld | .41 | .22 |
| | Scham | .58 | .06 |
| S8 | Schuld | .65 | .03 |
| | Scham | .39 | -.25 |
| S9 | Schuld | .16 | .51 |
| | Scham | .60 | .11 |
| S10 | Schuld | .05 | .50 |
| | Scham | .59 | .18 |
| S11 | Schuld | .09 | .59 |
| | Scham | .66 | .24 |
| S12 | Schuld | .16 | .48 |
| | Scham | .51 | .10 |
| S13 | Schuld | .13 | .36 |
| | Scham | .39 | .24 |
| S14 | Schuld | .25 | .37 |
| | Scham | .54 | .19 |
| S15 | Schuld | .23 | .60 |
| | Scham | .61 | .02 |
| S16 | Schuld | .39 | .39 |
| | Scham | .74 | -.08 |
| S17 | Schuld | .05 | .57 |
| | Scham | .52 | .25 |

Anmerkung: Wenn wie beabsichtigt ein Schamitem auf einem Faktor (Faktor 1) mind. mit .4 lädt bzw. ein Schulditem mind. mit .4 auf dem anderen Faktor (Faktor 2), dann ist der Bereich in der Tabelle der bessern Übersicht halber hellgrau (Scham / Faktor 1) bzw. dunkelgrau (Schuld / Faktor 2) schraffiert.

Tabelle 10: gemeinsame Hauptkomponentenmatrix aller kontrafaktischen Items der FEMEP-Erstversion

| Szenario | Item | Komponente | |
|----------|------------|------------|----------|
| | | Faktor 1 | Faktor 2 |
| S1 | Kontra Auf | .00 | .18 |
| | Kontra Ab | .41 | .04 |
| S2 | Kontra Auf | .16 | .51 |
| | Kontra Ab | .36 | .04 |
| S3 | Kontra Auf | .12 | .29 |
| | Kontra Ab | .61 | .02 |
| S4 | Kontra Auf | -.02 | .54 |
| | Kontra Ab | .58 | .04 |
| S5 | Kontra Auf | -.06 | .42 |
| | Kontra Ab | .49 | .10 |
| S6 | Kontra Auf | .14 | .55 |
| | Kontra Ab | .61 | .06 |
| S7 | Kontra Auf | .23 | .59 |
| | Kontra Ab | .65 | -.01 |
| S8 | Kontra Auf | -.13 | .43 |
| | Kontra Ab | .49 | .19 |
| S9 | Kontra Auf | .12 | .63 |
| | Kontra Ab | .64 | .12 |
| S10 | Kontra Auf | .13 | .62 |
| | Kontra Ab | .59 | -.02 |
| S11 | Kontra Auf | .16 | .75 |
| | Kontra Ab | .61 | .08 |
| S12 | Kontra Auf | -.03 | .57 |
| | Kontra Ab | .65 | .03 |
| S13 | Kontra Auf | -.02 | .65 |
| | Kontra Ab | .44 | -.04 |
| S14 | Kontra Auf | .13 | .31 |
| | Kontra Ab | .41 | .10 |
| S15 | Kontra Auf | .13 | .58 |
| | Kontra Ab | .50 | .19 |
| S16 | Kontra Auf | .08 | .62 |
| | Kontra Ab | .59 | .07 |
| S17 | Kontra Auf | .06 | .50 |
| | Kontra Ab | .55 | .09 |

Anmerkung: Wenn wie beabsichtigt ein Kontra-Auf-Item auf einem der Faktoren (Faktor 2) mind. mit .4 lädt bzw. ein Kontra-Ab-Item mind. mit .4 auf dem anderen Faktor (Faktor 1), dann ist der Bereich in der Tabelle der bessern Übersicht halber hellgrau (Kontra Ab / Faktor 1) bzw. dunkelgrau (Kontra Auf / Faktor 2) schraffiert.

4.4.4. Überprüfung der Itemkennwerte

Als nächstes wurden die Itemkennwerte der vier Skalen (siehe Anhang B: FEMEP Erstversion: Itemkennwerte) überprüft. Dabei fiel in erster Linie Folgendes auf:

Skala „Neigung zu Schuldgefühlen“

- Item „S3 Schuld“ weist eine sehr niedrige ($<.3$) Trennschärfe²⁹ von $r_{it}=.27$ auf, das Item „S1 Schuld“ praktisch gar keine ($r_{it}=.03$).

Skala „Neigung zu Schamgefühlen“

- Item „S8 Scham“ weist eine sehr niedrige Trennschärfe von $<.3$ auf ($r_{it}=.22$).
- Folgende Items weisen Streuungen von $SD<.9$ auf: „S2 Scham“ ($SD=.83$), „S8 Scham“ ($SD=.88$), „S12 Scham“ ($SD=.84$), „S14 Scham“ ($SD=.73$), „S15 Scham“ ($SD=.72$), „S16 Scham“ ($SD=.75$).

Skala „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“

- Item „S1 Kontra Auf“ weist eine sehr niedrige Trennschärfe auf ($r_{it}=.18$), ebenso wie Item „S3“ ($r_{it}=.29$).
- Folgende Items weisen Streuungen von $SD<.9$ auf: „S8 Kontra Auf“ ($SD=.88$), „S9 Kontra Auf“ ($SD=.80$), „S11 Kontra Auf“ ($SD=.88$).

Skala „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“

- Item „S2 Kontra Ab“ weist eine sehr niedrige Trennschärfe auf ($r_{it}=.29$).
- Folgende Items weisen Streuungen von $SD<.9$ auf: „S3 Kontra Ab“ ($SD=.74$), „S6 Kontra Ab“ ($SD=.85$).

²⁹ korrigierte Item-Skala-Korrelation

4.5. Optimierung der Erstversion des FEMEP

Eine ökonomische Optimierung des FEMEP sollte erfolgen, indem einzelne Szenarien mit jeweils allen 4 Items vollständig weggelassen werden. Dabei sollten sich jedoch die Gütekriterien nicht nennenswert verschlechtern. Das Hauptaugenmerk bei den Arbeitsschritten zur Optimierung der FEMEP Erstversion lag auf der Güte der Schuld- und der Schamskala, da diese für die Zielsetzung der Gesamtstudie maßgeblich sind. Die Skalen zur Erfassung der Neigung zu kontrafaktischen Auf- und Abwärtsvergleichen sind nur relevant für zwei der Hypothesen, und sollten deshalb nachgeordnet und bei der Szenarienauswahl erst einmal nicht beachtet werden.

Unter diesem Gesichtspunkt wurden die in den Abschnitten 4.4.3. und 4.4.4. genannten Nachteile der Schuld- und Schamskalen und ihrer Items noch einmal übersichtlich zusammengetragen (siehe Tabelle 11) um dann zu entscheiden, welche Szenarien möglicherweise weggelassen werden könnten. Szenarien, die wenigstens zwei Nachteile auf sich vereinen, wurden nun aus der Erstversion des FEMEP entfernt. Dies betraf die Szenarien 1,2,3,8,13. Die resultierenden Skalen wurden dann erneut überprüft.

Tabelle 11: Nachteile einzelner Szenarien bzw. Items der FEMEP-Erstversion im Überblick

| Szenario- nummer in der Erstversion (1.0) | Item | Nachteile | | | |
|---|-----------------|--|--|---|---|
| | | Keine / sehr geringe Trennschärfe r_{it} des Items | Item hat eine Streuung SD kleiner .9 | Schuld- und Schamitem eines Szenarios laden jeweils hoch auf dem gleichen Faktor | Schuld- oder Schamitem eines Szenarios hat überhaupt keine nennenswerte Ladung auf einem der beiden Faktoren oder beide Ladungen sind zusammen genommen sehr gering |
| S1 | Schuld Scham | X | | | X |
| S2 | Schuld Scham | | X | X | |
| S3 | Schuld Scham | X | | X | |
| S4 | Schuld Scham | | | | |
| S5 | Schuld Scham | | | | |
| S6 | Schuld Scham | | | | |
| S7 | Schuld Scham | | | X | |
| S8 | Schuld Scham | X | X | X | |
| S9 | Schuld Scham | | | | |
| S10 | Schuld Scham | | | | |
| S11 | Schuld Scham | | | | |
| S12 | Schuld Scham | | X | | |
| S13 | Schuld Scham | | | | X X |
| S14 | Schuld Scham | | X | | |
| S15 | Schuld Scham | | X | | |
| S16 | Schuld Scham | | x | | |
| S17 | Schuld Scham | | | | |

Die Ergebnisse der erneuten Überprüfung der diskriminanten Validität der Schuld- und der Schamskala ist Tabelle 12 zu entnehmen (Hauptkomponentenanalyse, Varimax-rotiert, wiederum bei erzwungener Begrenzung auf zwei Faktoren). Es zeigte sich, dass die Schulditems S4, S7 und S14 keine ausreichenden Ladungen (d.h. $\geq .4$) auf dem 2. Faktor aufweisen. Die Schamitems laden hingegen alle ausschließlich hoch auf dem 1. Faktor.

Die Skalen „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“ und „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“ wurden ebenfalls erneut auf ihre diskriminante Validität hin untersucht (siehe Tabelle 13). Es zeigte sich erneut, dass die diskriminante Validität der beiden Skalen äußerst gut ist. Die Items der Skala „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“ laden alle mit $\geq .4$ und dem jeweils größerem Ladungswert auf dem ersten Faktor, die Items der Skala „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“ laden alle bis auf S14 mit $\geq .4$ auf dem zweiten Faktor. Auf dem jeweils anderen Faktor haben die Items keine nennenswerten Ladungen (alle $< .3$).

Tabelle 12: Gemeinsame Hauptkomponentenmatrix aller Schuld- und Schamitems der um die Szenarien 1,2,3,8 und 13 reduzierten FEMEP-Erstversion

| Szenario- nummer in der Erstversion (1.0) | Item | Komponente | |
|---|--------|------------|----------|
| | | Faktor 1 | Faktor 2 |
| S4 | Schuld | .29 | .38 |
| | Scham | .48 | .23 |
| S5 | Schuld | .06 | .54 |
| | Scham | .57 | .06 |
| S6 | Schuld | .10 | .60 |
| | Scham | .56 | .24 |
| S7 | Schuld | .33 | .35 |
| | Scham | .59 | .09 |
| S9 | Schuld | .10 | .58 |
| | Scham | .60 | .12 |
| S10 | Schuld | .02 | .53 |
| | Scham | .581 | .18 |
| S11 | Schuld | .10 | .59 |
| | Scham | .67 | .27 |
| S12 | Schuld | .12 | .56 |
| | Scham | .57 | .06 |
| S14 | Schuld | .32 | .24 |
| | Scham | .54 | .17 |
| S15 | Schuld | .21 | .60 |
| | Scham | .65 | -.02 |
| S16 | Schuld | .37 | .47 |
| | Scham | .78 | -.07 |
| S17 | Schuld | .07 | .56 |
| | Scham | .54 | .29 |

Tabelle 13: Gemeinsame Hauptkomponentenmatrix aller kontrafaktischen Items der um die Szenarien 1,2,3,8 und 13 reduzierten FEMEP-Erstversion

| Szenario- nummer in der Erstversion (1.0) | Item | Komponente | |
|---|------------|------------|----------|
| | | Faktor 1 | Faktor 2 |
| S4 | Kontra Auf | -.04 | .55 |
| | Kontra Ab | .61 | .03 |
| S5 | Kontra Auf | -.06 | .42 |
| | Kontra Ab | .44 | .17 |
| S6 | Kontra Auf | .17 | .53 |
| | Kontra Ab | .61 | .09 |
| S7 | Kontra Auf | .18 | .61 |
| | Kontra Ab | .68 | -.02 |
| S9 | Kontra Auf | .09 | .63 |
| | Kontra Ab | .60 | .15 |
| S10 | Kontra Auf | .14 | .60 |
| | Kontra Ab | .62 | -.09 |
| S11 | Kontra Auf | .10 | .74 |
| | Kontra Ab | .59 | .12 |
| S12 | Kontra Auf | -.03 | .59 |
| | Kontra Ab | .67 | -.02 |
| S14 | Kontra Auf | .10 | .28 |
| | Kontra Ab | .45 | .12 |
| S15 | Kontra Auf | .12 | .61 |
| | Kontra Ab | .52 | .17 |
| S16 | Kontra Auf | .05 | .66 |
| | Kontra Ab | .59 | .05 |
| S17 | Kontra Auf | .07 | .51 |
| | Kontra Ab | .57 | .09 |

Auch die Skalen- und Itemkennwerte der um die Szenarien 1,2,3,8 und 13 reduzierten Skalen wurde erneut betrachtet. Dabei zeigte sich Folgendes:

- Trennschärfewerte kleiner .3 haben nur die Items „S14 Schuld“ (.25) und „S14 kontrafaktisch aufwärts“ (.26).
- Das Weglassen von Szenario 14 würde die interne Konsistenz der Schuldskala von $\alpha=.76$ auf $\alpha=.77$ (Cronbachs Alpha) verbessern. Auch die Skala „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“ würde sich verbessern, von $\alpha=.80$ auf $\alpha=.81$ (Cronbachs Alpha). Die Schamskala würde kaum interne Konsistenz einbüßen ($\alpha=.83$ statt $\alpha=.84$), die Skala „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“ würde die interne Konsistenz nicht verändern ($\alpha=.82$).

Auf Basis dieser Daten war es rational, nun schließlich auch das Szenario 14 der ursprünglichen FEMEP-Version wegzulassen und die dann resultierenden Skalen- und Itemkennwerte abermals zu betrachten:

- Die geringste Reduktion der internen Konsistenz für die Schuld- und Schamskalen würde nun unter dem Strich die Weglassung des Szenarios 4 erbringen. Die Schamskala würde sich nur von $\alpha=.84$ auf $\alpha=.83$ verändern. Die Schuldskala nur von $\alpha=.76$ auf $\alpha=.75$. Die Skala „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“ würde in der internen Konsistenz von $\alpha=.80$ auf $\alpha=.79$ abnehmen, die Skala „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“ von $\alpha=.82$ auf $\alpha=.80$.

Somit wurde entschieden, aus Gründen der Ökonomie nun auch noch Szenario 4 wegzulassen, und abermals die Skalen- und Itemkennwerte zu betrachten:

- Es zeigte sich nun, dass die Weglassung des Items „S5 Kontra Auf“ die interne Konsistenz der Skala „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“ wieder von $\alpha=.79$ auf $\alpha=.80$ verbessern würde. Deshalb wurde dieses Item der Skala abschließend noch herausgenommen, ohne jedoch das Szenario als Ganzes und somit die Items der anderen drei Skalen aus dem Set zu streichen.

Hiermit wurde die Optimierung bzw. Ökonomisierung der Szenarien und Items beendet, da eine weitere Verkürzung der Skalen unter Abwägung der relevanten Kriterien nicht mehr sinnvoll gewesen wäre.

4.6. Überprüfung der endgültigen FEMEP-Version

Nach diesem Konstruktions- und Optimierungsprozess wurden die Skalen und Items des endgültigen FEMEP (siehe Anhang B: FEMEP endgültige Version (2.0) und Anhang B: FEMEP endgültige Version: Itemschlüssel) noch einmal an Hand des vorliegenden Datensatzes überprüft.

4.6.1. Charakteristika der Skalen und Items

Die Charakteristika der vier endgültigen Skalen sind in den nächsten Abschnitten aufgeführt. Die Itemkennwerte sind dem Anhang (Anhang B: FEMEP endgültige Version: Itemkennwerte) zu entnehmen. Die internen Konsistenzen der Skalen wurden wieder mit Hauptkomponentenanalysen (varimax-rotiert) und der Bestimmung der Reliabilitäten mit Cronbachs Alpha überprüft.

Skala „Neigung zu Schuldgefühlen“

Die Eigenwertstruktur der Skala ist in Tabelle 14 zu sehen. Der Screeplot (siehe Abbildung 14) zeigt, dass sich ein Hauptfaktor deutlich von allen anderen abhebt. Die Skala hat eine Reliabilität von $\alpha=.75$. Die Verteilung der Skalenwerte ist in Abbildung 15 ersichtlich. Der Mittelwert der Skala (und damit auch die mittlere Schwierigkeit der Items) beträgt $M=3.61$, die Streuung $SD=.63$. Die Schwierigkeit der Items variiert von 3.07 bis 4.08, ihre Standardabweichung von $SD=.95$ bis $SD=1.28$. Die Trennschärfe der Items liegt im Durchschnitt bei $r_{it}=.42$. Die Trennschärfekoeffizienten variieren zwischen $r_{it}=.35$ und $r_{it}=.48$. Diese Berechnungen basieren auf den Daten von $N=134$ Fällen.

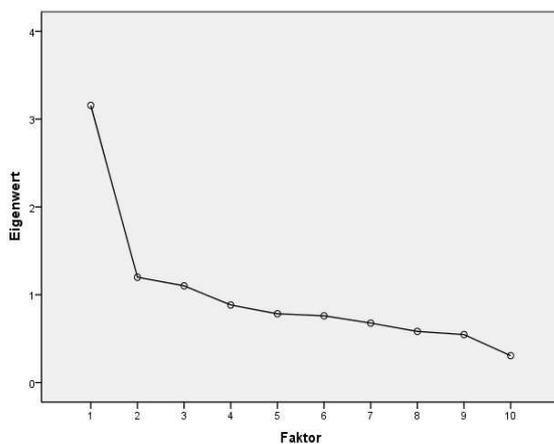


Abbildung 14: Screeplot der endgültigen Skala „Neigung zu Schuldgefühlen“

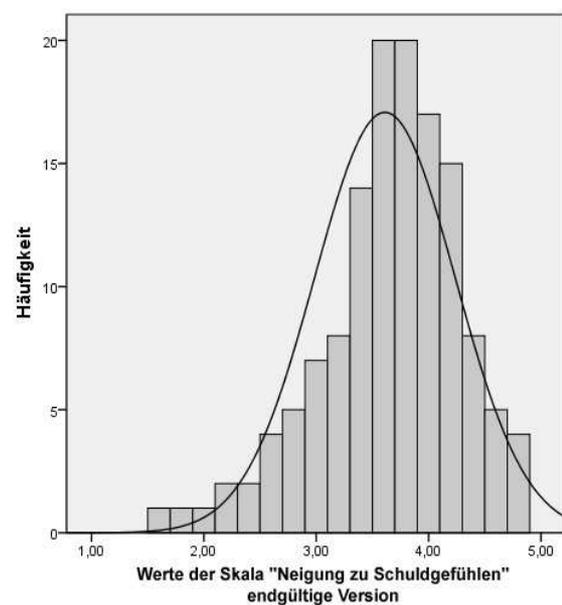


Abbildung 15: Häufigkeitsverteilung der Werte der endgültigen Skala „Neigung zu Schuldgefühlen“

Tabelle 14: Eigenwertstruktur der endgültigen Skala „Neigung zu Schuldgefühlen“

| Komponente | Anfängliche Eigenwerte | | |
|------------|------------------------|---------------|--------------|
| | Gesamt | % der Varianz | Kumulierte % |
| 1 | 3.16 | 31.57 | 31.57 |
| 2 | 1.20 | 11.10 | 43.56 |
| 3 | 1.10 | 11.02 | 54.58 |
| 4 | .88 | 8.84 | 63.42 |
| 5 | .78 | 7.84 | 71.26 |
| 6 | .76 | 7.60 | 78.86 |
| 7 | .68 | 6.78 | 85.64 |
| 8 | .58 | 5.83 | 91.47 |
| 9 | .55 | 5.47 | 96.93 |
| 10 | .31 | 3.07 | 100.00 |

Skala „Neigung zu Schamgefühlen“

Die Eigenwertestruktur der Skala zeigt Tabelle 15. Der Screeplot (siehe Abbildung 16) zeigt, dass sich ein Hauptfaktor deutlich von den anderen abhebt. Die Skala hat eine Reliabilität von $\alpha=.83$. Die Verteilung der Skalenwerte ist in Abbildung 17 ersichtlich. Der Mittelwert der Skala beträgt $M=2.00$, die Streuung $SD=.64$. Die Schwierigkeit der Items variiert von 1.42 bis 2.74, ihre Standardabweichung von $SD=.72$ bis $SD=1.20$. Die Trennschärfe der Items liegt im Durchschnitt bei $r_{it}=.53$. Die Trennschärfekoeffizienten variieren zwischen $r_{it}=.43$ und $r_{it}=.64$. Diese Berechnungen basieren auf den Daten von $N=133$ Fällen.

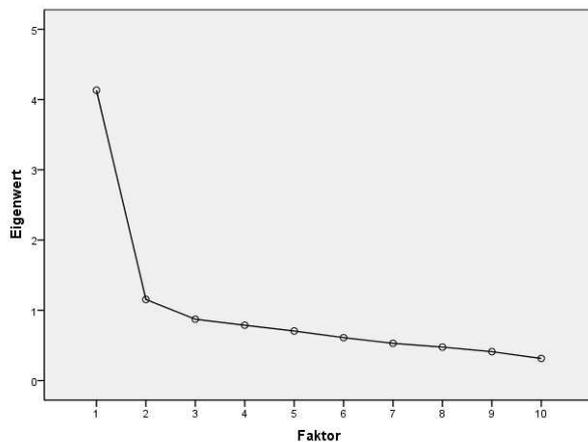


Abbildung 16: Screeplot der endgültigen Skala „Neigung zu Schamgefühlen“

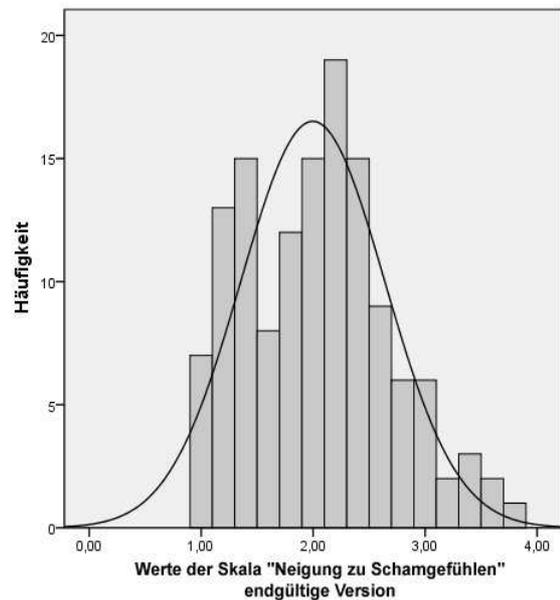


Abbildung 17: Häufigkeitsverteilung der Werte der endgültigen Skala „Neigung zu Schamgefühlen“

Tabelle 15: Eigenwertestruktur der endgültigen Skala „Neigung zu Schamgefühlen“

| Komponente | Anfängliche Eigenwerte | | |
|------------|------------------------|---------------|--------------|
| | Gesamt | % der Varianz | Kumulierte % |
| 1 | 4.13 | 41.32 | 41.32 |
| 2 | 1.16 | 11.55 | 52.87 |
| 3 | .87 | 8.73 | 61.60 |
| 4 | .79 | 7.88 | 69.48 |
| 5 | .71 | 7.06 | 76.54 |
| 6 | .61 | 6.11 | 82.66 |
| 7 | .53 | 5.30 | 87.96 |
| 8 | .48 | 4.77 | 92.72 |
| 9 | .41 | 4.12 | 96.84 |
| 10 | .32 | 3.16 | 100.00 |

Skala „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“

Die Eigenwertstruktur der Skala ist in Tabelle 16 ersichtlich. Der Screeplot (siehe Abbildung 18) zeigt, dass sich ein Hauptfaktor deutlich von allen anderen abhebt. Die Skala hat eine Reliabilität von $\alpha=.80$. Die Verteilung der Skalenwerte ist in Abbildung 19 zu sehen. Der Mittelwert der Skala beträgt $M=3.96$, die Streuung $SD=.64$. Die Schwierigkeit der Items variiert von 3.43 bis 4.50, ihre Standardabweichung von $SD=.79$ bis $SD=1.21$. Die Trennschärfe der Items liegt im Durchschnitt bei $r_{it}=.49$. Die Trennschärfekoeffizienten variieren zwischen $r_{it}=.41$ und $r_{it}=.64$. In diese Berechnungen gingen die Daten von $N=135$ Fällen ein.

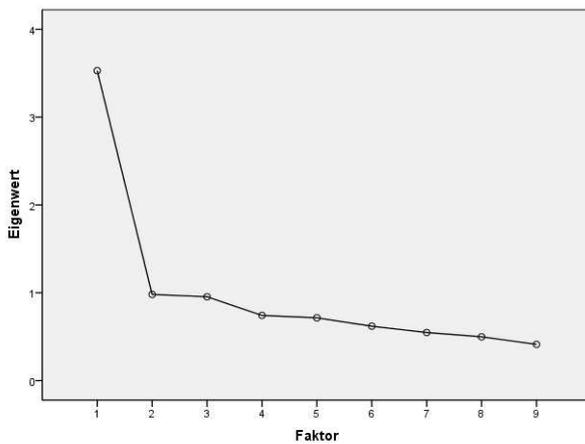


Abbildung 18: Screeplot der endgültigen Skala „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“

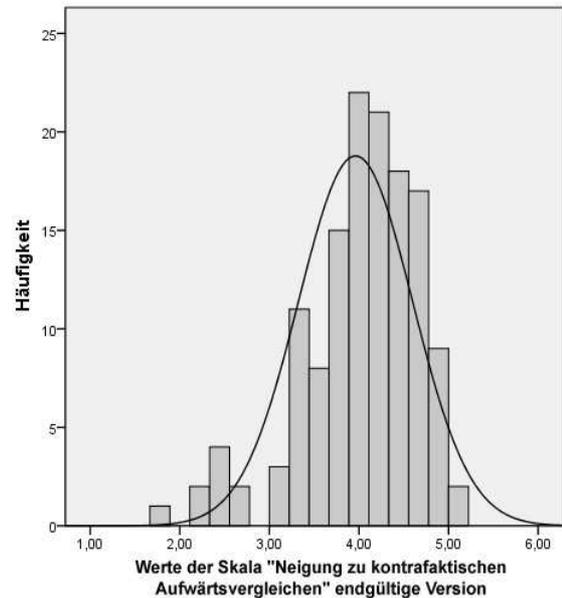


Abbildung 19: Häufigkeitsverteilung der Werte der endgültigen Skala „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“

Tabelle 16: Eigenwertstruktur der endgültigen Skala „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“

| Komponente | Anfängliche Eigenwerte | | |
|------------|------------------------|---------------|--------------|
| | Gesamt | % der Varianz | Kumulierte % |
| 1 | 3.53 | 39.21 | 39.21 |
| 2 | .98 | 10.90 | 50.11 |
| 3 | .96 | 10.61 | 60.72 |
| 4 | .74 | 8.25 | 68.97 |
| 5 | .72 | 7.94 | 76.91 |
| 6 | .62 | 6.88 | 83.79 |
| 7 | .55 | 6.09 | 89.88 |
| 8 | .50 | 5.54 | 95.42 |
| 9 | .41 | 4.58 | 100.00 |

Skala „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“

Die Eigenwertestruktur der Skala ist in Tabelle 17 ersichtlich. Der Screeplot (siehe Abbildung 20) zeigt, dass sich ein Hauptfaktor deutlich von allen anderen abhebt. Die Skala hat eine Reliabilität von $\alpha=.80$. Die Verteilung der Skalenwerte ist in Abbildung 21 ersichtlich. Der Mittelwert der Skala beträgt $M=2.13$, die Streuung $SD=.63$. Die Schwierigkeit der Items variiert von 1.69 bis 2.70, ihre Standardabweichung von $SD=.89$ bis $SD=1.29$. Die Trennschärfe der Items liegt im Durchschnitt bei $r_{it}=.48$. Die Trennschärfekoeffizienten variieren zwischen $r_{it}=.37$ und $r_{it}=.55$. Diese Berechnungen basieren auf den Daten von $N=132$ Fällen.

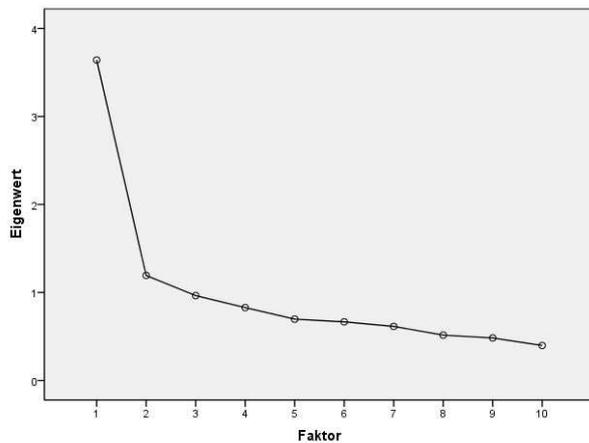


Abbildung 20: Screeplot der endgültigen Skala „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“

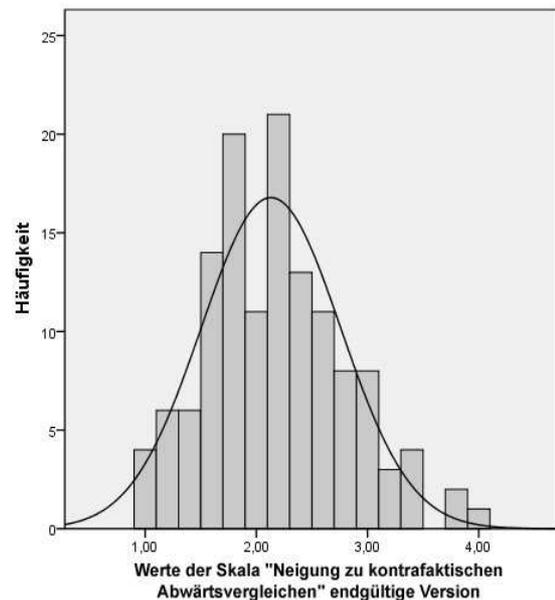


Abbildung 21: Häufigkeitsverteilung der Werte der endgültigen Skala „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“

Tabelle 17: Eigenwertestruktur der endgültigen Skala „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“

| Komponente | Anfängliche Eigenwerte | | |
|------------|------------------------|---------------|--------------|
| | Gesamt | % der Varianz | Kumulierte % |
| 1 | 3.64 | 36.41 | 36.41 |
| 2 | 1.19 | 11.93 | 48.34 |
| 3 | .97 | 9.65 | 57.99 |
| 4 | .83 | 8.28 | 66.27 |
| 5 | .70 | 6.97 | 73.23 |
| 6 | .67 | 6.66 | 79.89 |
| 7 | .62 | 6.15 | 86.04 |
| 8 | .52 | 5.15 | 91.19 |
| 9 | .48 | 4.83 | 96.03 |
| 10 | .40 | 3.98 | 100.00 |

4.6.2. Überprüfung der diskriminanten Validität

Zur Überprüfung der diskriminanten Validitäten der vier endgültigen Skalen wurden erneut Hauptkomponentenanalysen mit Varimax-Rotation durchgeführt. Zuerst wurden alle endgültigen Schuld- und Schamitems gemeinsam bei erzwungener zweifaktorieller Lösung betrachtet (siehe Tabelle 18). In die Berechnung konnten $N=132$ Fälle einbezogen werden. Alle zehn Schamitems laden ausschließlich hoch ($\geq .4$) auf Faktor 1, neun der zehn Schulditems laden ausschließlich hoch ($\geq .4$) auf Faktor 2. Die beiden Skalen weisen somit in Bezug aufeinander eine sehr gute diskriminante Validität auf.

Dann wurden alle kontrafaktischen Items gemeinsam bei erzwungener zweifaktorieller Lösung betrachtet. In diese Berechnung gingen ebenfalls $N=132$ Fälle ein. Alle zehn kontrafaktischen Abwärtsitems laden ausschließlich hoch ($\geq .4$) auf Faktor 1, alle neun kontrafaktischen Aufwärtsitems laden ausschließlich hoch ($\geq .4$) auf Faktor 2 (siehe Tabelle 19). Auch diese beiden Skalen weisen somit in Bezug aufeinander eine sehr gute diskriminante Validität auf.

Schließlich wurde eine letzte Hauptkomponentenanalyse mit erzwungener vierfaktorieller Lösung durchgeführt, die alle Items der endgültigen FEMEP-Version berücksichtigt (siehe Tabelle 20). In die Berechnung konnten $N=129$ Fälle einbezogen werden. Die vier Faktoren klären zusammen 41.5% der Gesamtvarianz der Skalen auf. Es zeigt sich eine gut deutliche vierdimensionale Struktur bei der inhaltlichen Zuordnung der Items zu „ihrem“ Faktor, mit leichten Abstrichen bei den Schulditems. Auch hier ergeben sich somit weitgehend gute Belege für die diskriminante Validität der Skalen.

Tabelle 18: Gemeinsame Hauptkomponentenmatrix aller Schuld- und Schamitems der endgültigen FEMEP-Version

| Szenario- nummer in der endgültigen Version (2.0) | Item | Komponente | |
|---|--------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | Faktor 1 (Varianzanteil: 21.6%) | Faktor 2 (Varianzanteil: 16.2%) |
| S1 | Schuld | .01 | .55 |
| | Scham | .58 | .06 |
| S2 | Schuld | .03 | .62 |
| | Scham | .54 | .28 |
| S3 | Schuld | .37 | .36 |
| | Scham | .64 | .09 |
| S4 | Schuld | .12 | .58 |
| | Scham | .62 | .15 |
| S5 | Schuld | .05 | .54 |
| | Scham | .62 | .18 |
| S6 | Schuld | .11 | .59 |
| | Scham | .68 | .27 |
| S7 | Schuld | .14 | .54 |
| | Scham | .58 | .03 |
| S8 | Schuld | .20 | .60 |
| | Scham | .65 | -.04 |
| S9 | Schuld | .37 | .44 |
| | Scham | .79 | -.07 |
| S10 | Schuld | .05 | .55 |
| | Scham | .57 | .28 |

Tabelle 19: Gemeinsame Hauptkomponentenmatrix aller kontrafaktischen Items der endgültigen FEMEP-Version

| Szenario- nummer in der endgültigen Version (2.0) | Item | Komponente | |
|---|------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | Faktor 1 (Varianzanteil: 19.3%) | Faktor 2 (Varianzanteil: 19.3%) |
| S1 | Kontra Ab | .47 | .21 |
| S2 | Kontra Auf | .15 | .55 |
| | Kontra Ab | .61 | .09 |
| S3 | Kontra Auf | .18 | .56 |
| | Kontra Ab | .69 | -.03 |
| S4 | Kontra Auf | .06 | .64 |
| | Kontra Ab | .64 | .15 |
| S5 | Kontra Auf | .11 | .63 |
| | Kontra Ab | .60 | -.07 |
| S6 | Kontra Auf | .07 | .76 |
| | Kontra Ab | .63 | .14 |
| S7 | Kontra Auf | -.06 | .62 |
| | Kontra Ab | .69 | -.03 |
| S8 | Kontra Auf | .09 | .64 |
| | Kontra Ab | .50 | .18 |
| S9 | Kontra Auf | .04 | .66 |
| | Kontra Ab | .56 | .09 |
| S10 | Kontra Auf | .08 | .52 |
| | Kontra Ab | .56 | .09 |

Tabelle 20: Gemeinsame Hauptkomponentenmatrix aller Items der endgültigen FEMEP-Version

| Szenario- nummer in der endgültigen Version (2.0) | Item | Komponente | | | |
|--|------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| | | Faktor 1 (Varianzanteil 11.7%) | Faktor 2 (Varianzanteil 10.8%) | Faktor 3 (Varianzanteil 9.9%) | Faktor 4 (Varianzanteil 9.0%) |
| S1 | Schuld | ,07 | ,12 | ,10 | ,51 |
| | Scham | ,58 | -,10 | -,03 | ,15 |
| | Kontra Ab | ,01 | ,37 | ,46 | -,20 |
| S2 | Schuld | ,15 | ,35 | ,02 | ,38 |
| | Scham | ,65 | -,02 | -,12 | ,22 |
| | Kontra Auf | ,06 | ,57 | ,15 | ,06 |
| | Kontra Ab | -,03 | ,20 | ,66 | -,19 |
| S3 | Schuld | ,42 | ,10 | -,02 | ,23 |
| | Scham | ,63 | -,01 | ,05 | ,09 |
| | Kontra Auf | ,12 | ,41 | ,21 | ,24 |
| | Kontra Ab | ,06 | -,02 | ,66 | ,13 |
| S4 | Schuld | ,14 | ,26 | -,07 | ,53 |
| | Scham | ,64 | ,03 | -,11 | ,16 |
| | Kontra Auf | ,08 | ,46 | ,03 | ,50 |
| | Kontra Ab | ,07 | ,23 | ,63 | -,12 |
| S5 | Schuld | ,17 | ,03 | ,02 | ,57 |
| | Scham | ,60 | ,17 | ,16 | ,06 |
| | Kontra Auf | -,07 | ,48 | ,14 | ,43 |
| | Kontra Ab | -,00 | -,16 | ,60 | ,21 |
| S6 | Schuld | ,18 | ,14 | ,07 | ,67 |
| | Scham | ,70 | ,08 | ,03 | ,25 |
| | Kontra Auf | -,01 | ,52 | ,07 | ,58 |
| | Kontra Ab | ,12 | ,20 | ,64 | -,13 |
| S7 | Schuld | ,16 | ,33 | ,11 | ,30 |
| | Scham | ,53 | ,29 | ,17 | -,21 |
| | Kontra Auf | -,06 | ,60 | -,06 | ,14 |
| | Kontra Ab | ,08 | ,01 | ,68 | ,02 |
| S8 | Schuld | ,20 | ,43 | ,04 | ,45 |
| | Scham | ,56 | ,25 | ,19 | -,25 |
| | Kontra Auf | ,07 | ,65 | ,06 | -,00 |
| | Kontra Ab | ,01 | ,03 | ,50 | ,33 |
| S9 | Schuld | ,42 | ,43 | ,14 | ,09 |
| | Scham | ,76 | -,03 | ,18 | -,14 |
| | Kontra Auf | -,00 | ,66 | ,05 | ,16 |
| | Kontra Ab | -,03 | -,08 | ,57 | ,38 |
| S10 | Schuld | ,10 | ,50 | -,03 | ,21 |
| | Scham | ,58 | ,15 | ,14 | ,15 |
| | Kontra Auf | ,13 | ,56 | ,04 | ,06 |
| | Kontra Ab | ,14 | ,05 | ,53 | ,11 |

Des Weiteren wurden die Items und die vier hier resultierenden Faktoren inhaltlich noch einmal etwas näher betrachtet:

Alle Schamitems laden ausschließlich hoch auf Faktor 1. Dieser kann auch inhaltlich recht gut als „Neigung zu Schamgefühlen“ interpretiert werden. Alle kontrafaktischen Abwärtsitems laden ausschließlich hoch auf Faktor 3. Faktor 3 kann somit inhaltlich gut als „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“ interpretiert werden. Alle kontrafaktischen Aufwärtsitems haben deutliche Ladungen auf Faktor 2, drei der 9 Items (Szenarien 4, 5, 6) machen auch gewisse Ladungsanleihen auf dem Faktor 4. Faktor 2 kann somit inhaltlich gut als „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“ interpretiert werden. Auf Faktor 4 lädt die Hälfte aller Schulditems hoch. Zwei Schulditems (Szenarien 3 und 9) laden auch auf dem ersten Faktor hoch. Bei genauerer Betrachtung beinhalten diese beiden Schulditems einen Anklang an Peinlichkeit im Sinne von „ertappt werden“ (bei erotischen Fantasien bzw. ungleicher Behandlung von Patienten). Sie verleihen dem (Scham-)Faktor 1 somit einen „Hauch von peinlicher Note“. Die drei Schulditems der Szenarien 8, 9 und 10 haben auch deutliche Ladungen auf dem (kontrafaktischen Aufwärts-)Faktor 2. Bei genauer Betrachtung haben diese Schulditems aber eine deutliche Betonung auf dem kognitiven Aspekt „*Ich hätte es besser machen sollen*“, was notwendigerweise den Kontrast einer hypothetisch besseren Verhaltensweise (→kontrafaktischer Aufwärtsvergleich) beinhaltet. Andersherum haben drei kontrafaktische Aufwärtsitems (Szenarien 4, 5, 6), zusätzlich zu ihren Ladungen auf „ihrem“ (kontrafaktischen Aufwärts-)Faktor 2, auf dem sonst ausschließlich schuldgefärbten Faktor 4 deutliche Ladungen.

Zusätzlich zu den faktorenanalytischen Betrachtungen der Skalen wurden auch die Interkorrelationen der endgültigen Skalen errechnet (siehe Tabelle 21). Hier zeigt sich erwartungsgemäß eine mittlere positive Korrelation³⁰ von $r=.44^{**}$ zwischen der Scham- und der Schuldskala. Damit liegt die gemeinsame Varianz der beiden Skalen in dieser Stichprobe bei 19.4%. Des Weiteren gibt es einen positiven mittleren Zusammenhang der Schuldskala mit der kontrafaktischen Aufwärtsskala von $r=.58^{**}$. Dies entspricht einer gemeinsamen Varianz von 33.6%. Die anderen Interskalenkorrelationen sind schwach bis sehr schwach.

³⁰ Die verbale Beschreibung von Korrelationen / Zusammenhängen erfolgt stets in Anlehnung an die Empfehlungen bei Brosius (2002): 0= keine Korrelation, 0 bis 0.2= sehr schwach, 0.2 bis 0.4= schwach, 0.4 bis 0.6= mittel, 0.6 bis 0.8= stark, 0.8 bis 1= sehr stark

Tabelle 21: Skaleninterkorrelationen der Subskalen der endgültigen FEMEP-Version

| | Schuld | Scham | kontrafaktische Aufwärtsvergleiche |
|------------------------------------|--------|-------|---------------------------------------|
| Scham | .44** | | |
| kontrafaktische Aufwärtsvergleiche | .58** | .23** | |
| kontrafaktische Abwärtsvergleiche | .22* | .17 | .28** |

Anmerkungen: N=129; zweiseitige Testung (Pearson); * Korrelation ist auf dem $p < .05$ -Niveau signifikant;

**Korrelation ist auf dem $p < .01$ -Niveau signifikant

4.7. Kreuzvalidierung anhand der Daten der Hauptuntersuchung

Um sicherzustellen, dass der FEMEP tatsächlich ein gültiges Modell darstellt, seine Charakteristika weitgehend „stabil“ sind und sich auch bei einer weiteren / anderen Stichprobe in vergleichbarer Weise zeigen, wurde eine erneute Überprüfung des FEMEP anhand des Datensatzes der Hauptuntersuchung vorgenommen. Die entsprechende Stichprobenbeschreibung ist Abschnitt 5.3. zu entnehmen.

4.7.1. Item- und Skalencharakteristika

Die Itemkennwerte des FEMEP, die sich bei der Kreuzvalidierung mit dem Datensatz der Hauptuntersuchung ergaben, sind im Anhang (Anhang B: FEMEP endgültige Version: Itemkennwerte bestimmt anhand des Datensatzes der Hauptuntersuchungsstichprobe) nachzulesen. Bei einigen Items zeigen sich leichte Änderungen der Kennwerte im Vergleich zur vorherigen Stichprobe, weitgehend sind sie jedoch vergleichbar geblieben.

Die Reliabilitäten der Skalen zeigen sich bei der Bestimmung an der Stichprobe der Hauptuntersuchung im Verhältnis zur ersten Stichprobe leicht vermindert: Schuldskala $\alpha = .69$ (zuvor $\alpha = .75$), Schamskala $\alpha = .81$ (zuvor $\alpha = .83$), Skala „kontrafaktische Aufwärtsvergleiche“ $\alpha = .72$ (zuvor $\alpha = .80$), Skala „kontrafaktische Abwärtsvergleiche“ $\alpha = .74$ (zuvor $\alpha = .80$). Die Trennschärfen der Items fallen häufiger etwas geringer aus als zuvor.

Die vier Skalen des FEMEP weisen wie zuvor jeweils eine Einfachstruktur mit starkem erstem Faktor (siehe Abbildungen 22 bis 25) auf.

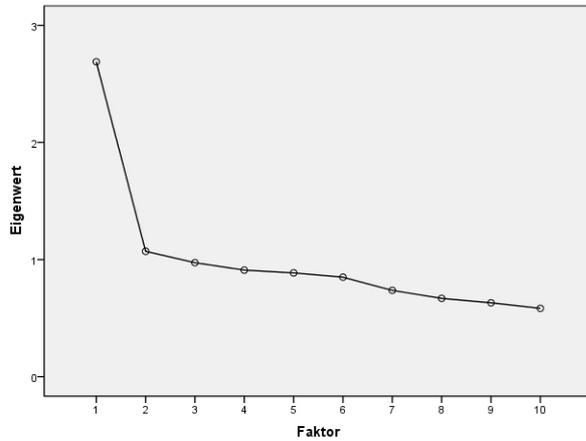


Abbildung 22: Screeplot der endgültigen Skala „Neigung zu Schuldgefühlen“ gemäß der Daten der Hauptuntersuchung

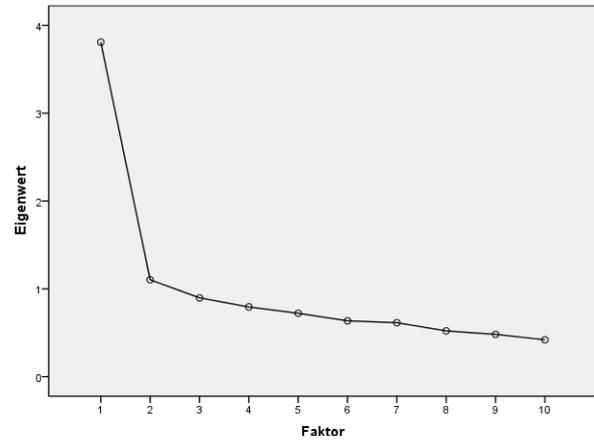


Abbildung 23: Screeplot der endgültigen Skala „Neigung zu Schamgefühlen“ gemäß der Daten der Hauptuntersuchung

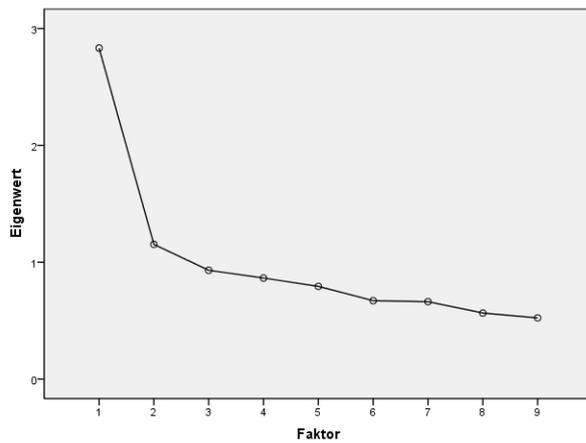


Abbildung 24: Screeplot der endgültigen Skala „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“ gemäß der Daten der Hauptuntersuchung

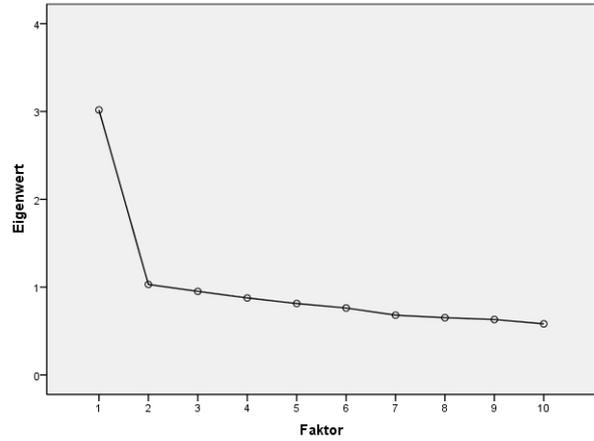


Abbildung 25: Screeplot der endgültigen Skala „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“ gemäß der Daten der Hauptuntersuchung

4.7.2. Diskriminante Validität

Die diskriminante Validität der FEMEP-Skalen bestätigt sich auch an der neuen Stichprobe. Eine Hauptkomponentenanalyse aller Schuld- und Schamitems (siehe Tabelle 22) bei erzwungener zweifaktorieller Lösung mit Varimax-Rotation zeigt, dass wiederum alle Schamitems ausschließlich hoch auf dem ersten Faktor laden, und wiederum neun der zehn Schulditems ausschließlich hoch auf dem zweiten Faktor.

Ähnlich stellt es sich auch erneut bei Betrachtung aller kontrafaktischen Items dar (siehe Tabelle 23): Alle zehn kontrafaktischen Aufwärtsitems laden ausschließlich hoch auf dem ersten Faktor, und acht von neun kontrafaktischen Abwärtsitems laden ausschließlich hoch auf dem zweiten Faktor. Lediglich das kontrafaktische Aufwärtsitem von Szenario S9 verfehlt das Kriterium der geforderten Ladung von $\geq .4$ mit einer Ladung von .36 nur sehr knapp.

Tabelle 22: Gemeinsame Hauptkomponentenmatrix aller Schuld- und Schamitems der endgültigen FEMEP-Version, berechnet mit den Daten der Hauptuntersuchung

| Szenario- nummer in der endgültigen Version (2.0) | Item | Komponente | |
|---|--------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | Faktor 1 (Varianzanteil: 20.6%) | Faktor 2 (Varianzanteil: 12.9%) |
| S1 | Schuld | .01 | .44 |
| | Scham | .57 | .12 |
| S2 | Schuld | .49 | .26 |
| | Scham | .69 | .12 |
| S3 | Schuld | .25 | .45 |
| | Scham | .49 | .18 |
| S4 | Schuld | .07 | .54 |
| | Scham | .72 | .08 |
| S5 | Schuld | .30 | .47 |
| | Scham | .68 | .20 |
| S6 | Schuld | .00 | .67 |
| | Scham | .67 | .20 |
| S7 | Schuld | .09 | .61 |
| | Scham | .47 | .20 |
| S8 | Schuld | .19 | .40 |
| | Scham | .55 | .02 |
| S9 | Schuld | .29 | .54 |
| | Scham | .59 | .09 |
| S10 | Schuld | .06 | .40 |
| | Scham | .47 | .04 |

Tabelle 23: Gemeinsame Hauptkomponentenmatrix aller kontrafaktischen Items der endgültigen FEMEP-Version, berechnet mit den Daten der Hauptuntersuchung

| Szenario- nummer in der endgültigen Version (2.0) | Item | Komponente | |
|---|------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | Faktor 1 (Varianzanteil: 16.1%) | Faktor 2 (Varianzanteil: 15.0%) |
| S1 | Kontra Ab | .42 | .06 |
| S2 | Kontra Auf | -.01 | .59 |
| | Kontra Ab | .59 | .02 |
| S3 | Kontra Auf | -.03 | .62 |
| | Kontra Ab | .56 | -.01 |
| S4 | Kontra Auf | -.07 | .36 |
| | Kontra Ab | .57 | -.07 |
| S5 | Kontra Auf | .09 | .59 |
| | Kontra Ab | .48 | .04 |
| S6 | Kontra Auf | .07 | .66 |
| | Kontra Ab | .64 | .06 |
| S7 | Kontra Auf | .17 | .42 |
| | Kontra Ab | .64 | -.03 |
| S8 | Kontra Auf | .05 | .66 |
| | Kontra Ab | .49 | .10 |
| S9 | Kontra Auf | -.07 | .56 |
| | Kontra Ab | .56 | -.02 |
| S10 | Kontra Auf | .06 | .52 |
| | Kontra Ab | .47 | .03 |

Bei gemeinsamer faktorenanalytischer Betrachtung aller FEMEP-Items mit erzwungener vierfaktorieller Lösung (siehe Tabelle 24) zeigt sich wie auch zuvor gut deutlich eine vierdimensionale Struktur. Die meisten Items einer Skala laden jeweils hoch auf ausschließlich einem Faktor. Faktor 1 ist inhaltlich sehr gut als Schamskala zu interpretieren, Faktor 2 sehr gut als Skala „Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen“. Leichte Abstriche sind nur bei der Schuldskala (Faktor 3) und der Skala „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“ (Faktor 4) zu verzeichnen.

Tabelle 24: Gemeinsame Hauptkomponentenmatrix aller Items der endgültigen FEMEP-Version, berechnet mit den Daten der Hauptuntersuchung

| Szenario- nummer in der endgültigen Version (2.0) | Item | Komponente | | | |
|--|------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| | | Faktor 1 (Varianzanteil 11.5%) | Faktor 2 (Varianzanteil 7.9%) | Faktor 3 (Varianzanteil 7.9%) | Faktor 4 (Varianzanteil 6.8%) |
| S1 | Schuld | .06 | -.02 | .44 | .02 |
| | Scham | .56 | -.07 | .13 | -.05 |
| | Kontra Ab | -.12 | .40 | -.12 | .11 |
| S2 | Schuld | .45 | -.09 | .35 | -.10 |
| | Scham | .65 | -.09 | .15 | -.09 |
| | Kontra Auf | .01 | -.02 | .14 | .56 |
| | Kontra Ab | -.02 | .59 | -.10 | .09 |
| S3 | Schuld | .26 | -.12 | .51 | -.12 |
| | Scham | .48 | .00 | .24 | -.17 |
| | Kontra Auf | -.14 | -.04 | .42 | .41 |
| | Kontra Ab | -.07 | .55 | -.07 | .07 |
| S4 | Schuld | .11 | -.04 | .53 | .17 |
| | Scham | .70 | -.06 | .08 | -.09 |
| | Kontra Auf | .14 | -.03 | .54 | .07 |
| | Kontra Ab | -.05 | .57 | -.08 | -.03 |
| S5 | Schuld | .41 | .02 | .25 | .24 |
| | Scham | .71 | -.05 | .09 | .10 |
| | Kontra Auf | .05 | .09 | .25 | .51 |
| | Kontra Ab | -.23 | .46 | .08 | -.04 |
| S6 | Schuld | .12 | .07 | .51 | .19 |
| | Scham | .69 | -.01 | .14 | -.05 |
| | Kontra Auf | -.13 | .07 | .36 | .54 |
| | Kontra Ab | -.04 | .64 | -.01 | .05 |
| S7 | Schuld | .16 | -.01 | .55 | .09 |
| | Scham | .48 | -.06 | .11 | -.16 |
| | Kontra Auf | .03 | .20 | .43 | .17 |
| | Kontra Ab | .06 | .65 | .01 | -.02 |
| S8 | Schuld | .28 | .03 | .22 | .25 |
| | Scham | .53 | .00 | .02 | .03 |
| | Kontra Auf | -.01 | .03 | .05 | .70 |
| | Kontra Ab | .05 | .50 | .11 | .07 |
| S9 | Schuld | .36 | -.06 | .41 | .15 |
| | Scham | .60 | -.02 | .00 | .11 |
| | Kontra Auf | -.01 | -.06 | .50 | .32 |
| | Kontra Ab | .08 | .57 | -.01 | -.02 |
| S10 | Schuld | .22 | .05 | .06 | .34 |
| | Scham | .52 | -.06 | -.16 | .22 |
| | Kontra Auf | .08 | .05 | .01 | .68 |
| | Kontra Ab | -.12 | .47 | .21 | -.10 |

Die Interkorrelationen der vier Skalen stellen sich ähnlich wie bei der vorigen Stichprobe dar (siehe Tabelle 25). Die deutlichsten Zusammenhänge weist nach wie vor die Schuldskala mit der Schamskala ($r=.51^{**}$, zuvor $r=.44^{**}$) und der Skala „Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen“ ($r=.48^{**}$, zuvor $r=.58^{**}$) auf.

Tabelle 25: Skaleninterkorrelationen der Subskalen der endgültigen FEMEP-Version, berechnet mit den Daten der Hauptuntersuchung

| | Schuld | Scham | kontrafaktische Aufwärtsvergleiche |
|------------------------------------|-------------------|--------------------|------------------------------------|
| Scham | .51 ^{**} | | |
| kontrafaktische Aufwärtsvergleiche | .48 ^{**} | .11 [*] | |
| kontrafaktische Abwärtsvergleiche | -.07 | -.14 ^{**} | .08 |

Anmerkungen: $N=374$; zweiseitige Testung (Pearson); * Korrelation ist auf dem $p<.05$ -Niveau signifikant;

**Korrelation ist auf dem $p<.01$ -Niveau signifikant

4.8. Kritische Reflektion und Diskussion

Ziel der FEMEP-Konstruktion war es, mit vertretbarem Aufwand ein für die Überprüfung von Forschungshypothesen (siehe 3.2.) notwendiges Instrument zu entwickeln – und kein Instrument für die Individualdiagnostik. Dieses Ziel kann durchaus als erreicht angesehen werden. Dennoch soll der Fragebogen und seine Konstruktion noch einmal kritisch beleuchtet werden, bevor er seinem Konstruktionszweck, der Überprüfung der Forschungshypothesen dieser Arbeit, zugeführt wird (siehe Kapitel 6).

Ein generelles Problem aller Versuche zur Erfassung von Schuldgefühlen bei Psychotherapeuten ergibt sich aus einer Anmerkung von Reuster (2001). Er weist darauf hin, dass „... Psychotherapeuten zuweilen ein Skotom³¹ pflegen, wenn sie auf ihre Verantwortung, v. a. die Möglichkeit, gar Faktizität ihrer Schuld dem Patienten gegenüber angesprochen werden. Der Patient, so heißt es rasch, sei für sich selbst verantwortlich, er könne, falls ihm daran gelegen sei, jederzeit die Therapie beenden.“ Es muss also damit gerechnet werden, dass man bei der Befragung von Psychotherapeuten nach deren möglichen Schuldgefühlen nicht nur latente Schuldgefühle (re)aktiviert, sondern umso mehr auch Abwehrreflexe und Copingstrategien zum Umgang mit Schuldgefühlen. Möglicherweise betritt man mit Fragen nach Schuld auch das Gebiet des Tabus.

Auch lässt sich trotz der im Methodenteil (siehe 4.1) geschilderten Vorteile des Szenarioansatzes fragen, ob dieses Vorgehen nicht auch Nachteile mit sich bringt. Eine Schwachstelle kann darin gesehen werden, dass die Abbildung der Neigung zu Schuld- oder Schamerlebnissen sich mit der Abbildung der moralischen Werte der Probanden überlagern kann (vgl. dazu auch Tangney, 1996). Es handelt sich hier immerhin um verschiedene Phänomene: bei Scham und Schuld geht es um emotionale Erfahrungen, bei moralischen Werten um Glaubenssätze, die als Richtschnur für die Bewertung von Verhaltensweisen dienen. Und doch hängen diese Dinge zusammen. Moralische Urteile spielen indirekt bei der negativen Beurteilung schuldauslösender Verhaltensweisen eine Rolle, sonst könnte es kaum zu Schuldgefühlen kommen. Beim FEMEP wurde jedoch darauf geachtet, dass der Grad der Zustimmung zu phänomenologischen Beschreibungen von Scham- und Schuld Erfahrungen erfragt wird, und nicht das Ausmaß der Zustimmung zu moralischen Glaubenssätzen.

³¹ med. Ausdruck für einen Gesichtsfelddefekt, im übertragenen Sinne also ein „blinder Fleck“

Zu Beginn des Konstruktionsprozesses gab es eine elaborierte theoretische Auffassung und entsprechende allgemeine Operationalisierungen, was mit Schuld, Scham und kontrafaktischen Kognitionen gemeint sei, aber kein hinreichend erschöpfendes Verständnis davon, wann und in welcher Form Schuld und Scham konkret im psychotherapeutischen Arbeitsalltag auf Seiten der Profis vorkommen. Hier war es geboten, mit einer qualitativen Befragung das Feld erst einmal zu ergründen. Es ist zumindest fraglich, ob dies mit den $N=23$ Rückläufen der qualitativen Befragung annähernd erschöpfend geschehen ist, auch wenn im Antwortpool bereits sehr viele Redundanzen vorkamen. Diese Art der qualitativen Befragungen sollte solange fortgesetzt werden, bis keine sinnvollen neuen Informationen mehr generiert werden (Konzept der „theoretischen Sättigung“, Flick, 2002, S. 102ff). Es ist fraglich, ob die etwas unklare Zusammensetzung dieser ersten Stichprobe breit genug war (unterschiedliche Menschenbilder, Sozialisierungen, etc.), um das fragliche Scham- und Schuldlebensspektrum überhaupt abbilden zu können. Es hätten weitere Kollegen befragt werden können, auch hätte die Fachliteratur noch intensiver auf individuelle Schuld- und Schamerlebnisse von psychotherapeutischen Kollegen befragt werden können, um daraus möglicherweise weitere Szenarien zu destillieren.

Man kann sich auch fragen, warum die Rücklaufquote mit ca. 19% relativ gering ausfiel, und warum sehr viele keine / oder nur sehr eingeschränkt demografische Angaben machten, obwohl weitaus mehr Kollegen im Vorfeld bereits bekundet hatten, an einigen kurzen Fragen zu „ihren Erfahrungen als Psychotherapeut“ gerne teilzunehmen. Möglicherweise hat dazu beigetragen, dass Kollegen befürchteten, durch die demografischen Angaben doch „erkannt“ werden zu können. Eine persönliche, qualitative Äußerung zu Schuld- und Schamthemen ist wohl doch etwas anderes als ein quantitatives Rating in standardisierten Fragebögen.

Auch die Stichprobe, an der die FEMEP-Erstversion empirisch überprüft und optimiert wurde, kann kritisch hinterfragt werden. Sie ist keinesfalls repräsentativ für im deutschen Sprachraum psychotherapeutisch Tätige. Dies zeigt sich schon am absolut dominanten Anteil der verhaltenstherapeutisch orientierten Kollegen in der Stichprobe (91.5%), der Dominanz des psychologischen Grundberufs (88.7%) gegenüber Ärzten und anderen Akademikern, oder dem Übergewicht an Kollegen mit relativ geringer Berufserfahrung (55% hatten weniger als 6 Jahre). Allerdings kann es auch als unklar angesehen werden, wie eine Stichprobe von psychotherapeutisch Tätigen aussehen müsste, um definitiv repräsentativ zu sein. Dass eine andere Zusammensetzung der Stichprobe zu leichten Unterschieden in den Itemkennwerten führt (siehe Abschnitt 4.7.1.) ist nachvollziehbar. Ob sich aber tatsächlich eine deutlich andere Auswahl an Items und

Szenarien bei der Zusammenstellung der endgültigen FEMEP-Version ergeben hätte, darf jedoch bezweifelt werden. Immerhin erbrachte die Kreuzvalidierung des FEMEP weitgehend vergleichbare Ergebnisse bezüglich der Skalencharakteristika und der diskriminanten Validität.

Die Durchführungsobjektivität bei der empirischen Überprüfung der FEMEP-Erstversion sollte in gewissem Ausmaß durch eine dem Fragebogen vorangestellte standardisierte schriftliche Instruktion sichergestellt werden. Allerdings gab es keinerlei Kontrolle der sonstigen Durchführungsbedingungen. Die Bögen wurden zu unterschiedlichsten Tageszeiten in unterschiedlichsten Situationen ausgefüllt. Da jedoch die situativen Bedingungen vermutlich völlig unterschiedlich ausfielen (und die dadurch erzeugte Verteilung der Fehlervarianz einem weißen Rauschen entspricht), ist keine systematische Verzerrung der Ergebnisse zu erwarten. Außerdem interessierten für die empirische Überprüfung der FEMEP-Erstversion keine, unter standardisierten Bedingungen entstandenen, Individualwerte und deren Vergleich an einer Normgruppe, sondern nur Gruppenmittelwerte.

Die Zuverlässigkeit des hier entwickelten Fragebogens kann als ausreichend, und für den alleinigen Zweck des Einsatzes als Forschungsinstrument sogar als recht gut, bezeichnet werden. Im Vergleich mit den von Kocherscheidt et al. (2002) berichteten Werten einer nichtpathologischen studentischen Stichprobe der auf 15 Szenarien beruhenden deutschen TOSCA-Version, weist der FEMEP mit seinen gerade mal 10 Szenarien ähnliche interne-Konsistenz-Werte auf (TOSCA: Schuld $\alpha = .74$, Scham $\alpha = .86$; FEMEP: Schuld $\alpha = .75$ (bei der ersten Stichprobe) bzw. $\alpha = .69$ (Stichprobe der Hauptuntersuchung), Scham $\alpha = .83$ (bei der ersten Stichprobe) bzw. $\alpha = .81$ (Stichprobe der Hauptuntersuchung)). Dies kann jedoch darauf zurückzuführen sein, dass der TOSCA viel weiter die allgemeine Breite möglicher scham- und schuldinduzierender Situationen abbilden muss als der auf ein „Spezialgebiet“ ausgerichtete FEMEP. Diese geringere Homogenität der Items wird sicherlich mit Einbußen bei der internen Konsistenz bezahlt.

Ein weiteres interessierendes Maß zur umfassenderen Beurteilung der Zuverlässigkeit des FEMEP wären Retest-Reliabilitäten gewesen. Gerade weil der FEMEP den Anspruch hat, zeitlich eher stabile persönliche Dispositionen abzubilden, wären erneute Testungen von Interesse gewesen. Dies hätte jedoch den Rahmen des gesamten Forschungsvorhabens gesprengt. Auch gibt es in Bezug auf die wiederholte Messung von Schuldgefühlen einen gewichtigen Einwand von Schmitt et al. (1989). Die Autoren vertreten die Meinung, dass bereits die Mitteilung von Schuldgefühlen, wie beispielsweise in einem Fragebogen, entlastend wirken kann. Die Mitteilung entspricht dann einem Schuldeingeständnis. Werden in einem Studiendesign mehrfache

Schuldmessungen beim gleichen Probanden durchgeführt, könnte dies zu einer fortlaufenden Entlastung führen und somit erhebliche Probleme für die Interpretation der Daten mit sich bringen. Allerdings gilt dieses Argument für ein szenariobasiertes Instrument nur eingeschränkt, da nur hypothetische Reaktionen auf hypothetische Situationen erfasst werden, und keine konkreten eigenen Schulerlebnisse.

Bleibt noch zu hinterfragen, ob der FEMEP tatsächlich das misst, was er zu messen vorgibt. Es lagen konkrete formaltheoretische Definitionen vor, in welcher Art von Verhaltensweisen (affektiv, kognitiv, motivational) sich die fraglichen Konstrukte in der „wahren Welt“ abbilden. Die inhaltliche Validität ist somit allein auf Basis des anfänglich deduktiven Konstruktionsweges gegeben – solange man davon ausgeht, dass die Schritte der Ausformulierung konkreter Szenarien und Reaktionen und deren anschließende Validierung und Auswahl handwerklich sauber gemäß der Theorien erfolgte. Die induktive Überprüfung und Optimierung der Skalen führte dann zu einem Instrument mit weitgehend guter faktorieller Validität: Die einzelnen Skalen beinhalten jeweils einen starken ersten, und nach dem Screekriterium auch einzigen Faktor (Einfachstruktur), bei gleichzeitig geringer oder gar keiner Überschneidung der Skalen untereinander (hohe divergente Validität).

Die mittleren Interkorrelationen von Schuld- und Schamskala sowie Schuldskala und kontrafaktischer Aufwärtsskala sind kein Hinweis auf eingeschränkte divergente Validitäten. Vielmehr ist ersteres ein erneutes Indiz für die Annahme, dass Schuld und Scham in vielen Situationen häufig gemeinsam auftreten können (vgl. Kochscheidt et al. 2002, S. 222). Zweiteres ist ein Indiz dafür, dass gerade die kognitiven Komponenten von Schuldgefühlen möglicherweise assoziativ nah verknüpft sind mit dem Auftreten kognitiver Aufwärtsvergleiche.

Konvergente Validitätshinweise konnten im Rahmen dieser Arbeit nicht erbracht werden. Beispielsweise hätte man von einer weiteren Stichprobe den FEMEP gemeinsam mit dem TOSCA bearbeiten lassen können. Psychotherapeutisch Tätige, die allgemein (→TOSCA) eher zu Scham- bzw. Schuldgefühlen neigen, sollten vermutlich auch speziell in beruflichen Situationen (→FEMEP) eher zu diesen Gefühlen neigen. Umgekehrt müsste dies nicht unbedingt gelten.

Es bleibt offen, inwieweit es den Studienteilnehmern überhaupt gelang, sich in die Szenarien tatsächlich hineinzusetzen. Nur wenn emotionales und kognitives Hineinversetzen gelingt, können die Items die geforderten Konstrukte gültig erfassen. Rating-Items der Art „*Wie gut gelang es Ihnen, sich in die geschilderte(n) Situation(en) hineinzusetzen?*“ wären hier möglicherweise für den Konstruktionsprozess von Vorteil gewesen.

Ein weiterer methodischer Kritikpunkt ist abschließend noch anzubringen: Die vorliegende Version des FEMEP dürfte eigentlich noch nicht als „endgültig“ bezeichnet werden. Die Version hätte im optimalen Fall, vor dem Einsatz im Rahmen der Hauptuntersuchung, erst einmal einer weiteren Stichprobe zur Überprüfung vorgelegt werden müssen. Die errechneten Angaben zu den „endgültigen“ Item- und Skalenwerten (siehe Anhang B: FEMEP endgültige Version: Itemkennwerte) beruhen nicht auf der Bearbeitung der vom Autor so genannten endgültigen Version, sondern auf der Bearbeitung der Erstversion mit weiteren 7 Szenarien bzw. 29 Items und dem Herausrechnen dieser. Möglicherweise würde eine Bearbeitung des reinen endgültigen Fragebogens ohne die aussortierten Szenarien zu anderen Ergebnissen führen. Leichte Abweichungen der Item- und Skalenkennwerte zeigten sich bereits bei der Kreuzvalidierung anhand der Hauptuntersuchungsstichprobe (siehe Anhang B: FEMEP endgültige Version: Itemkennwerte bestimmt anhand des Datensatzes der Hauptuntersuchungsstichprobe). Es wird hier also so getan, als ob es mögliche Reihenfolge-, Kontext- und Wechselwirkungseffekte zwischen den verschiedenen Szenarien nicht gibt. Dies ist streng genommen nicht zulässig (vgl. Krampen, Hense & Schneider, 1992; Krampen, 1993; Franke & Stäcker, 1995), musste aber zugunsten eines vertretbaren Aufwandes für das gesamte Forschungsvorhaben hingenommen werden.

5. Stichprobe der Hauptuntersuchung

5.1. Ein- und Ausschlusskriterien

Bei der Festlegung der Kriterien stellte sich die Frage, wie weit oder eng der Kreis der „psychotherapeutisch Tätigen“ gefasst werden sollte. Einerseits gibt es in Deutschland seit dem 16. Juni 1998 das Psychotherapeutengesetz (PsychThG), das genau festlegt, unter welchen Bedingungen man sich in der BRD Psychotherapeut nennen darf und entsprechende Tätigkeiten verrichten darf. Andererseits ist das Spektrum derer, die im deutschsprachigen Raum tatsächlich Psychotherapie ausüben, ein weitaus größeres. Die gesetzlichen Regelungen für deutschsprachige Kollegen in der Schweiz, Luxemburg oder Österreich unterscheiden sich von den deutschen. Und auch in Deutschland arbeiten Tausende im niedergelassenen Bereich auf der rechtlichen Basis des „kleinen Heilpraktikerscheins“ oder im (teil-)stationären Bereich in der Delegation, oder unter Aufsicht von Approbierten. Und auch in vielen psychologischen Beratungsstellen karitativer oder kommunaler Träger erfolgt mitnichten nur Beratung, sondern durchaus die psychotherapeutische Behandlung krankheitswertiger Störungen – auch durch Nicht-Approbierte. Da es in der vorliegenden Arbeit nicht darum geht, einer juristischen Definition gerecht zu werden, sondern die Phänomene Schuld und Scham bei psychotherapeutisch *Tätigen* zu untersuchen, sollen nicht nur approbierte Kollegen in die Stichprobe Eingang finden. Die Stichprobenkriterien sollen sich nach den praktischen Verhältnissen im deutschsprachigen Raum richten. Es muss aber auf jeden Fall deutlich betont werden, dass die Ausübung von psychotherapeutischen Tätigkeiten keinesfalls ohne entsprechenden akademischen Hintergrund und entsprechende anerkannte postgraduale praktische Befähigung (Therapieausbildung) denkbar ist.

Nach diesen Überlegungen wurden folgende Kriterien für den Einbezug in die Stichprobe festgelegt:

Die Probanden müssen

- ... ein Studium der Psychologie, Medizin, Sozialpädagogik / Sozialarbeit oder Pädagogik erfolgreich abgeschlossen haben.
- ... sich in mindestens einem vom „Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie gemäß §11PsychThG“ anerkannten Psychotherapieverfahren in Ausbildung befinden oder eine entsprechende Ausbildung bereits abgeschlossen haben. Dies betrifft die Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Psychoanalyse / Tiefenpsychologische

Psychotherapie und die Systemische Therapie. Die Ausbildung muss nicht zwingend zur Approbation oder einem Arztregistereintrag führen / geführt haben.

Wenn im Folgenden von dieser Stichprobe die Rede sein soll, wird synonym sowohl unter den Begriffen „psychotherapeutisch Tätige“, „Therapeuten“ oder „Psychotherapeuten“ auf die Probanden Bezug genommen.

5.2. Rekrutierung der Probanden

Die Rekrutierung der Probanden (siehe Anhang C: Hauptuntersuchung: Anschreiben zur Probandenrekrutierung) erfolgte über verschiedene Kanäle:

- ... persönliche Ansprache von Kollegen aus dem beruflichen sowie privaten Umfeld des Autors
- ... Herantreten an Ausbildungsinstitutionen (z.B. ZPP Heidelberg, IFKV Bad Dürkheim, IGST Heidelberg, etc.) mit der Bitte, den Ausbildungskandidaten den Fragebogen weiterzureichen / zuzumailen
- ... Nutzung von psychotherapeutischen Diskussionsforen / Intervisionsforen im Internet
- ... Ausgabe der Fragebögen auf Fachtagungen (z.B. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hypnose)
- ... direktes Anschreiben von niedergelassenen Kollegen per Mail, unter Nutzung von Psychotherapeutenverzeichnissen (z.B. „Psychotherapie-Informations-Dienst“ des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen)

Die Befragung fand im Zeitraum von November 2007 bis April 2008 statt. Den Teilnehmern wurde Anonymität und eine vertrauliche Verwendung der Daten zugesichert.

Teilweise wurde der Fragebogen (siehe Anhang C: Hauptuntersuchung: Fragebogenbatterie) direkt in Papierform an die Probanden ausgegeben, teilweise als PDF zum Selbstaussdrucken. Der Fragebogen konnte jedoch nicht direkt am Rechner bearbeitet werden, sondern nur in ausgedruckter Form. Die Bearbeitungsdauer wurde mit ca. einer halben Stunde angegeben.

Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit, sich nach Abschluss der Studie eine Auswertung ihrer Ergebnisse an eine Emailadresse zusenden zu lassen. Um den Probanden die Teilnahme an der Studie möglichst komfortabel und natürlich auch kostenneutral zu ermöglichen wurde angeboten, die Bögen auch mit dem Vermerk „Entgelt zahlt Empfänger“ zurücksenden zu können, wovon knapp 200 Kollegen Gebrauch machten.

5.3. Stichprobenbeschreibung

Insgesamt war der Rücklauf mit 463 Bögen erstaunlich gut. Nicht vollständig ausgefüllt waren 47 Bögen. Diese wurden deshalb nicht weiter berücksichtigt. Weitere 52 Probanden erfüllten nicht die geforderten Kriterien für die Aufnahme in die Studie. Somit reduzierte sich die Anzahl der Probanden in der endgültigen Stichprobe schließlich auf $N=374$. In der endgültigen Stichprobe wünschten sich $N=272$ (72.7%) Teilnehmer eine Rückmeldung ihrer Ergebnisse per E-Mail. Die Angaben auf den Fragebögen wurden manuell in SPSS, Version 15, eingegeben und von einer zweiten Person auf Richtigkeit kontrolliert. Die Auswertung der Daten erfolgte ebenfalls mit SPSS, Version 18.

Die demografische Zusammensetzung der Stichprobe ist in Tabelle 26 ersichtlich. Ob die Probanden aus Deutschland oder aus einem anderen Land kamen, wurde nicht erfasst. Es ist davon auszugehen, dass die Probanden zu 95% aus der BRD stammen, aber auch einige Schweizer, Österreicher oder Luxemburger in der Stichprobe enthalten sind. Die Altersstruktur zeigt Abbildung 26. Die Verteilung der Berufserfahrung ist in Abbildung 27 ersichtlich. Dabei ist auffällig, dass der Anteil der Probanden mit eher geringer Berufserfahrung stark überwiegt. Die Hälfte hat weniger als acht Jahre praktische therapeutische Erfahrung.

Fast drei Viertel der Stichprobe sind weiblich. Es fallen einige dezente Geschlechterunterschiede auf: Die Männer sind im Durchschnitt vier Jahre älter als die Frauen und haben gut zwei Jahre mehr therapeutische Berufserfahrung. Der Anteil der verheirateten Männer liegt 10% über dem der Frauen.

Tabelle 26: Demografische Zusammensetzung der Stichprobe der Hauptuntersuchung

| | | | | | |
|-----------------|-------------------|-----------------------------|--------------------|------------------|-------------------------|
| Geschlecht | weiblich: 72.5% | N=271 | | | |
| | männlich: 27.5% | N=103 | | | |
| Alter | Gesamtstichprobe: | M=42.2 Jahre | Md=41 Jahre | SD=10.9 | Streubereich [24; 73] |
| | nur Frauen: | M=41.1 Jahre | Md=40 Jahre | SD=10.8 | Streubereich [24; 73] |
| | nur Männer: | M=45.2 Jahre | Md=44 Jahre | SD=10.4 | Streubereich [25; 68] |
| Berufserfahrung | Gesamtstichprobe: | M=11.0 Jahre | Md= 8 Jahre | SD=9.6 | Streubereich [0; 40] |
| | nur Frauen: | M=10.1 Jahre | Md= 7.3 Jahre | SD=9.1 | Streubereich [0; 40] |
| | nur Männer: | M=13.4 Jahre | Md=10.3 Jahre | SD=10.4 | Streubereich [0.25; 37] |
| Familienstand | Gesamtstichprobe: | ledig: 20.3% | verheiratet: 51.6% | geschieden: 8% | verwitwet: 0.3% |
| | | mit PartnerIn lebend: 19.8% | | | |
| | nur Frauen: | ledig: 20.7% | verheiratet: 48.7% | geschieden: 9.2% | verwitwet: 0.4% |
| | | mit PartnerIn lebend: 21% | | | |
| | nur Männer: | ledig: 19.4% | verheiratet: 59.2% | geschieden: 4.9% | verwitwet: 0.0% |
| | | mit PartnerIn lebend: 16.5% | | | |

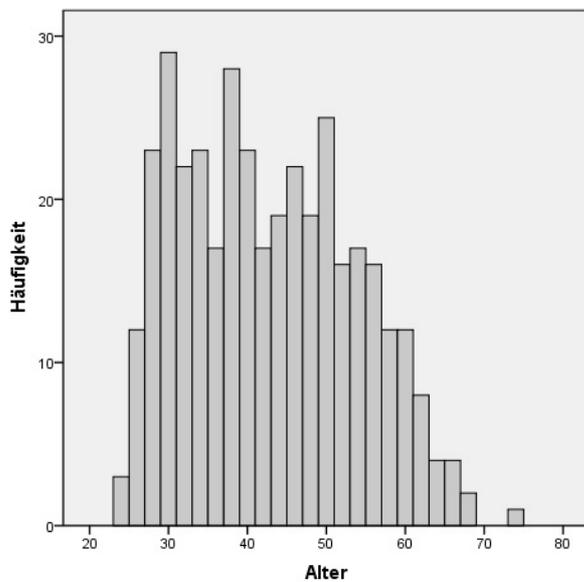


Abbildung 26: Altersverteilung der Probanden der Hauptuntersuchung in Lebensjahren

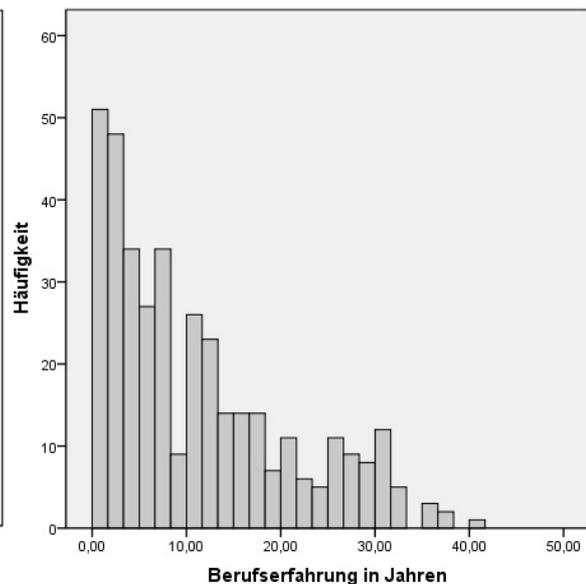


Abbildung 27: Verteilung der Berufserfahrung der Probanden der Hauptuntersuchung in Lebensjahren

62% der Probanden hatten mindestens eine wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Ausbildung bereits abgeschlossen, 38% befanden sich noch auf dem Weg zum Abschluss ihrer ersten anerkannten Ausbildung. Insgesamt 48.7% gaben an, sich in einer laufenden therapeutischen Aus- oder Weiterbildung zu befinden, 5.3% absolvierten gerade zwei oder mehr. 22.5% waren bereits in zwei oder mehr Verfahren und / oder Methoden ausgebildet, 9.6% in mehr als drei, 1.9% in mehr als vier. Im Durchschnitt war jeder Proband in 1.4 wissenschaftlich anerkannten therapeutischen Verfahren ausgebildet. Weitere Angaben zum akademischen Hintergrund und den Therapieausbildungen der Probanden sind Tabelle 27 zu entnehmen.

Tabelle 27: Akademischer Hintergrund und Therapieausbildungen bei den Probanden der Hauptuntersuchung

| | | |
|----------------------|---|--|
| | Psychotherapeut: 51.1% | Psychotherapeut in Ausbildung: 31.8% |
| | KJP: 5.3% | KJP in Ausbildung: 5.1% |
| | Psychoanalytiker: 3.2% | Psychoanalytiker in Ausbildung: 1.3% |
| | Psychologe: 86.1% | |
| | Psychologe und Psychotherapeut: 46.5% | |
| | Psychologe und Psychotherapeut in Ausbildung: 30.5% | |
| | Psychologe und KJP: 5.1% | |
| | Psychologe und KJP in Ausbildung: 2.1% | |
| | Psychologe und Psychoanalytiker: 2.1% | |
| | Psychologe und Psychoanalytiker in Ausbildung: 1.1% | |
| | Arzt: 8.6% | |
| | Arzt und Psychotherapeut: 4.3% | |
| Berufsbezeichnung | Arzt und Psychotherapeut in Ausbildung: 0.5% | |
| | Arzt und Psychoanalytiker: 0.8% | |
| | Arzt und Psychoanalytiker in Ausbildung: 0.3% | |
| | Psychiater: 3.5% | |
| | In Facharztausbildung zum Psychiater: 0.5% | |
| | Kinder- und Jugendpsychiater: 0.3% | |
| | Psychiater und Psychotherapeut: 2.4% | |
| | Pädagoge: 2.7% | |
| | Pädagoge und KJP: 0.5% | |
| | Pädagoge und KJP in Ausbildung: 1.3% | |
| | Pädagoge und Psychoanalytiker: 0.3% | |
| | Sozialpädagoge / Sozialarbeiter : 4.8% | |
| | Sozialpädagoge / Sozialarbeiter und KJP: 0.3% | |
| | Sozialpädagoge / Sozialarbeiter und KJP in Ausbildung: 1.1% | |
| | Verhaltenstherapie: 37.7% | Verhaltenstherapie in Ausbildung: 26.5% |
| | Tiefenpsychologie: 15% | Tiefenpsychologie in Ausbildung: 7.2% |
| | Psychoanalyse: 3.7% | Psychoanalyse in Ausbildung: 1.6% |
| | Systemische Therapie: 13.1% | Systemische Therapie in Ausbildung: 9.1% |
| | Gesprächstherapie: 12.8% | Gesprächstherapie in Ausbildung: 0.8% |
| | GT-Grundausbildung: 1.3% | |
| | Hypnotherapie: 17.1% | Hypnotherapie in Ausbildung: 3.7% |
| | Gestalttherapie: 5.3% | Gestalttherapie in Ausbildung: 0.3% |
| | Transaktionsanalyse: 0.8% | |
| Therapieausbildungen | EMDR: 6.1% | EMDR in Ausbildung: 0.5% |

Im Durchschnitt arbeiteten die Probanden $M=29.25$ Stunden pro Woche ($SD=13.8$; $Md=30$; Streubereich [0; 75]) in therapeutischen Kontexten, Männer im Schnitt etwas mehr ($M=32.5$) als Frauen ($M=28.0$). Wie sich die Arbeitszeit auf unterschiedliche Settings verteilt, ist in Abbildung 28 ersichtlich. Die Häufigkeitsverteilung der unterschiedlichen Arbeitszeiten zeigt Abbildung 29.

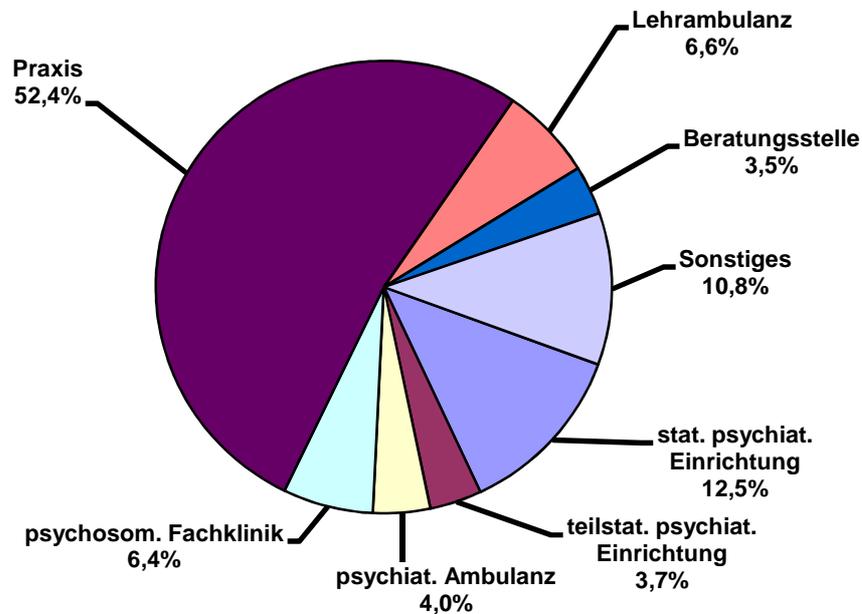


Abbildung 28: Verteilung der therapeutischen Arbeitszeit auf unterschiedliche Settings bei den Probanden der Hauptuntersuchung

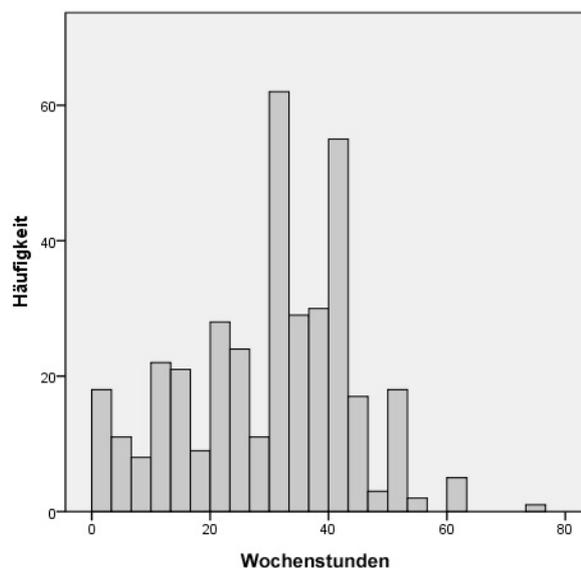


Abbildung 29: Verteilung der wöchentlichen psychotherapeutischen Tätigkeitsdauer in Stunden bei den Probanden der Hauptuntersuchung

6. Ergebnisse der Hauptuntersuchung

In diesem Kapitel wird zunächst auf das methodische Vorgehen bei der Testung der in Abschnitt 3.2. beschriebenen Hypothesen eingegangen (6.1.). Im Anschluss werden nacheinander die Ergebnisse für die Zusammenhangs-(6.2.) und die explorativen (6.3.) Hypothesen berichtet.

6.1. Auswertungsmethodik

Bei der quantitativen Auswertung der Daten, Testung der Hypothesen und der Erstellung von Graphen wurde erneut das Statistikprogramm „SPSS / PASW Statistics“ (Version 18) angewandt. Variablennamen werden im Text in einfachen Anführungszeichen angeführt (z.B. 'VARIABLEXY'). Alle Variablenkennwerte sind im Anhang aufgeführt (siehe Anhang C: Hauptuntersuchung: Variablenkennwerte). Ergebnisse von Hypothesentestungen werden im Folgenden auf dem $p \leq .05$ -Niveau als „signifikant“ bezeichnet und mit einem '*' gekennzeichnet. Ergebnisse auf dem $p \leq .01$ werden als „sehr signifikant“ bezeichnet und mit '**' gekennzeichnet. Befunde auf dem $p \leq .001$ -Niveau werden als hochsignifikant bezeichnet und mit '***' gekennzeichnet. Ergebnisse auf dem Niveau $.05 < p \leq .10$ werden als „Trendbefunde“ bezeichnet. Einseitige Signifikanztestungen sind mit '(1s)' markiert, zweiseitige mit '(2s)'. Zusammenhangshypothesen der Neigungen zu Schuld- und Schamgefühlen mit anderen nichtkategorialen Variablen (z.B. psychische Symptombelastung SCL-K-9, Kohärenzgefühl SOC) wurden, wann immer möglich, mit partiellen Korrelationen berechnet. Dieses Vorgehen ermöglichte das Auspartialisieren von Varianzanteilen (Scham bei Schuldypothesen und umgekehrt) der gerade nicht interessierenden Variable. Somit konnten „reine“, bzw. „tatsächliche“ Zusammenhangseffekte der interessierenden Größen mit der Schuld- und / oder Schamneigung berechnet werden. Die Berechnung von Partialkorrelationen setzt gewisse Annahmen und den methodisch korrekten Umgang mit diesen voraus:

→ Linearität der Zusammenhänge: Wenn Zusammenhänge sehr gering ausfielen, wurden die interessierenden Variablen mit Streudiagrammen auch auf nicht-lineare Zusammenhänge untersucht. Diese Zusammenhänge (und Diagramme) sollten aber nur berichtet und weiter untersucht werden (z.B. mit Clusteranalyse), wenn sie tatsächlich vorliegen, um den Ergebnisteil nicht über Gebühr aufzublähen.

→ Intervallskalenniveau der Variablen: Den aus Ratingskalen resultierenden Daten wird hier, wie in den Sozialwissenschaften meist üblich, Intervallskalenniveau unterstellt. Diese Annahme ist insofern unproblematisch, als die hier interessierenden Größen Skalen sind, die sich immer aus mehreren Ratingitems zusammensetzen.

→ Normalverteilung der Variablen: Die Normalverteilung der interessierenden Variablen wurde visuell mit Histogrammen und ihrer Überlagerung mit Gauß'schen Normalverteilungskurven sowie mit Q-Q-Diagrammen überprüft. Des Weiteren wurden Shapiro-Wilk-Testungen³² auf Abweichungen von der Normalverteilung vorgenommen (Ergebnisse dieser Testungen siehe Anhang C: Hauptuntersuchung: Überprüfung der Normalverteilungsannahmen).

Für viele interessierende Variablen ist die Normalverteilungsannahme aufrecht zu erhalten. Wenn die Normalverteilungsannahme verworfen werden musste, wurden die Ergebnisse der Zusammenhangstestungen konservativ berechnet oder abgesichert: Sie wurden mit der Berechnung robusterer und weitaus voraussetzungsärmerer Rangkorrelationskoeffizienten (Spearman's Rho) überprüft. Die Möglichkeit der Auspartialisierung von Drittvariablen war hierbei natürlich nicht mehr gegeben.

Um den Einfluss von interessierenden Variablen auf die Scham- bzw. Schuldneigung zu überprüfen, die kategorial vorlagen (z.B. Familienstand, Geschlecht, berufliche / therapeutische Herkunft), kamen Varianzanalysen (ANOVA) bzw. Kovarianzanalysen zum Einsatz. Bei signifikanten Befunden wurden die Mittelwerte der verschiedenen Kategorien post hoc mit dem Scheffé-Test bzw. paarweisen Vergleichen auf bedeutsame Unterschiede getestet, und entsprechende Effektstärken für die Mittelwertunterschiede berechnet. Bei Kovarianzanalysen wurden für die abhängige Variable auf den verschiedenen Faktorstufen Schätzwerte für den jeweiligen Mittelwert³³ bestimmt, um Effektstärken berechnen zu können. Die varianzanalytische Voraussetzung

³² Der Shapiro-Wilk-Test ist ursprünglich nur auf ein $n < 50$ ausgelegt gewesen. Durch Erweiterungen von Royston (1992) sollen Stichprobenumfänge von $N < 2000$ möglich sein. Die für die Auswertung verwendete Software SPSS hat offenbar nur den ursprünglichen Algorithmus zur Verfügung und versagt bei $N = 374$. Deshalb wurden per SPSS-Zufallsalgorithmus ca. 10% der Fälle ($N = 39$) ausgewählt und auf dieser reduzierten Datengrundlage die im Anhang berichteten Shapiro-Wilk-Testungen vorgenommen (siehe Anhang C: Hauptuntersuchung: Überprüfung der Normalverteilungsannahmen). $p \geq .05$ wird als starkes Indiz für Normalverteilung gewertet.

³³ Geschätzte Mittelwerte werden im Text genau wie normal berechnete Mittelwerte mit „M=" berichtet.

der Homogenität der Varianzen wurde jeweils mit der Levene-Statistik³⁴ überprüft. War die Homogenität der Varianzen nicht gegeben und / oder waren die Stichprobenumfänge sehr unterschiedlich, wurden die Hypothesen zusätzlich nonparametrisch und somit voraussetzungsärmer mit dem Mann-Whitney-U-Test geprüft. Effektstärken von Mittelwertunterschieden werden mit Cohens (1992) „d“ angegeben und sind immer mit gepoolter Varianz berechnet.

³⁴ Die Levene-Statistik (Levene, 1960) prüft die Gleichheit zweier Varianzen; Hyp0= Varianzen sind gleich, Hyp1: Varianzen sind ungleich; d.h. p sollte $\geq .05$ sein um die Hyp1 zu verwerfen und von Varianzgleichheit ausgehen zu können.

6.2. Ergebnisse zu den konkreten Hypothesen

6.2.1. Schuld- und Schamneigung

Hypothese I. kann bestätigt werden: Die Neigungen zu Schuldgefühlen ('BSchuld') und die zu Schamgefühlen ('BScham') weisen eine mittlere positive Korrelation ($r=.51^{***}$, $p=.000$ (1s)) auf. In der vorliegenden Stichprobe weisen Schuld- und Schamneigung somit eine gemeinsam determinierte Varianz von $r^2=.26$ auf. Dieser Befund bestätigt noch einmal, dass es durchaus sinnvoll ist, bei Zusammenhangshypothesen von Schuld- oder Schamgefühlen mit verschiedenen interessierenden Größen, das jeweils andere auszupartialisieren, um möglichst unverfälscht etwas über das jeweils „Eigene“ von Schuld- bzw. Schamneigung zu erfahren.

6.2.2. Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen

Die Neigung zu Schuldgefühlen und die Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen ('BKonAuf') korrelieren deutlich positiv mit $r=.48^{***}$ ($p=.000$, Pearson, 1s). Dieser Zusammenhang bleibt nach Auspartialisierung der Neigung zu Schamgefühlen ('BScham') mit $r=.49^{***}$, $p=.000$ (1s) praktisch gleich. Die Hypothese II.I. ist somit bestätigt, die Neigung zu Schuldgefühlen und die Neigung zu Kontrafaktischen Aufwärtskognitionen hängen deutlich positiv zusammen.

Die Neigung zu Schamgefühlen und die zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen korrelieren hingegen sogar sehr schwach negativ miteinander ($r=-.17^{***}$, $p=.001$ (schuldbereinigt, 1s)). Hypothese II.II. ist somit auch bestätigt: Die Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen und die Neigung zu Schamgefühlen sind nicht positiv korreliert.

6.2.3. Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen

Hypothese III.I. muss verworfen werden. Wer mehr zu Schuldgefühlen neigt, neigt deswegen weder mehr noch weniger zu kontrafaktischen Abwärtskognitionen ('BKonAb'). Es zeigt sich keinerlei Zusammenhang ($r=.01$, $p=.44$ (schambereinigt, 1s)). Hypothese III.II. findet hingegen zumindest sehr schwache Bestätigung. Die Neigung zu

Schamgefühlen und die zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen sind sehr schwach negativ miteinander korreliert ($r=-.13^{**}$, $p=.007$ (schuldbereinigt, 1s)).

6.2.4. Therapeutisches Wachstum und therapeutischer Abbau

Die Skalen zur Abbildung aktuell empfundenen therapeutischen Wachstums ('EWachstum') und aktuell empfundenen therapeutischen Abbaus ('EAbbau') korrelieren nur schwach negativ miteinander ($r=-.34^{***}$, ($p=.000$, Pearson, 2s)), und können von daher, jede für sich, eine gewisse Eigenständigkeit beanspruchen, so wie es auch Orlinsky und Rønnestad (2005, S.117ff) postuliert haben. Somit ist die Aufstellung getrennter Hypothesen für die beiden Konstrukte gerechtfertigt gewesen.

Hypothese IV.I. konnte bestätigt werden. Aktuell empfundenes Wachstum und die Neigung zu Schuldgefühlen hängen zumindest sehr schwach positiv zusammen ($r=.15^{**}$, $p=.002$ (schambereinigt, 1s)). Und auch Hypothese IV.II. fand Bestätigung: aktuell empfundenes Wachstum und die Neigung zu Schamgefühlen hängen sehr schwach negativ zusammen ($r=-.12^*$, $p=.011$ (schuldbereinigt, 1s)).

Für die Größe „aktuell empfundener therapeutischer Abbau“ zeigt sich entsprechend das gegensätzliche Bild. Hypothese IV.III. wurde bestätigt, indem sich ein sehr schwacher negativer Zusammenhang mit der Neigung zu Schuldgefühlen fand ($r=-.09^*$, $p=.04$ (schambereinigt, 1s)), und Hypothese IV.IV. bestätigte sich durch den sehr schwachen positiven Zusammenhang mit der Neigung zu Schamgefühlen ($r=.14^{**}$, $p=.005$ (schuldbereinigt, 1s)).

6.2.5. Therapeutische Fähigkeiten

Für die positive Einschätzung der eigenen therapeutischen Fähigkeiten ('EFähig') konnte hypothesengemäß (V.I. & V.II.) ein positiver, aber sehr schwacher Zusammenhang mit der Neigung zu Schuldgefühlen ($r=.16^{***}$, $p=.001$ (schambereinigt, 1s)), und ein schwacher negativer Zusammenhang mit der Neigung zu Schamgefühlen ($r=-.33^{***}$, $p=.000$ (schuldbereinigt, 1s)) bestätigt werden.

6.2.6. Selbstwirksamkeitserwartungen

Hypothese VI.I. konnte nicht bestätigt werden. Es zeigt sich keinerlei bedeutsamer Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen ('FSum') und der Neigung zu Schuldgefühlen ($r=.06$, $p=.12$ (schambereinigt, 1s)).

Hypothese VI.II. konnte hingegen bestätigt werden: Je mehr Therapeuten zu Schamgefühlen neigen, desto niedriger sind ihre Selbstwirksamkeitserwartungen ($r=-.28^{***}$, $p=.000$ (schuldbereinigt, 1s)).

6.2.7. Kohärenzgefühl

Es wurde nicht nur angenommen, dass die Neigung zu Schuldgefühlen keinen (positiven) Zusammenhang zu Maßen psychischer Symptombelastung besitzt, sondern auch keinen Zusammenhang zu salutogenetischen Maßen. Es zeigte sich tatsächlich kein Zusammenhang zur 'Sense of Coherence-Skala SOC-L9' ('GSum') ($r=.05$, $p=.36$ (schambereinigt, 2s)). Somit wird die Hypothese VII.I. beibehalten: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Kohärenzgefühl und der Neigung zu Schuldgefühlen.

Dafür gibt es einen negativen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Kohärenzgefühl und der Neigung zu Schamgefühlen ($r=-.32^{***}$, $p=.000$ (schuldbereinigt, 1s)). Die Hypothese VII.II. kann somit ebenfalls beibehalten werden.

6.2.8. Psychische Symptombelastung

Es gibt keine Korrelationen der Schuldneigung mit der Skala 'emotionale Erschöpfung' des Maslach-Burnout-Inventary MBI-D ('DErs') ($r=.04$, $p=.23$ (schambereinigt, 1s)). Mit der MBI-D Skala 'Depersonalisierung' ('DDep') gibt es sogar einen sehr schwachen negativen Zusammenhang ($r=-.16^{***}$, $p=.001$ (schambereinigt, 1s)). Mit der Skala 'persönliche Erfüllung' ('DErs') des MBI-D zeigt sich sogar ein schwacher positiver Zusammenhang ($r=.20^{***}$, $p=.000$ (schambereinigt, 1s)). Mit der Kurzform der Symptomcheckliste SCL-9-K ('HSum') gibt es auch keinen Zusammenhang ($r=.01$, $p=.45$ (schambereinigt, 1s)). Da die Normalverteilungsannahme von 'HSum' leider nicht aufrecht erhalten werden kann (siehe Anhang C: Hauptuntersuchung: Überprüfungen der Normalverteilungsannahme), musste hier auch

nonparametrisch getestet werden. Es zeigt sich ein sehr schwacher Zusammenhang der Symptomcheckliste mit der Schuldneigung ($r=.16^{***}$, $p=.001$ (Spearman, 1s)). Jedoch ist dieser mit großer Sicherheit darauf zurückzuführen, dass die geringe Varianzüberlappung der Schamneigung mit der Schuldneigung auf nonparametrischem Wege nicht auspartialisiert werden konnte. Die Hypothese VIII.I. wird somit als bestätigt angesehen: Es gibt keinen positiven Zusammenhang zwischen dem Ausmaß psychischer Symptombelastung und der Neigung zu Schuldgefühlen.

Die Neigung zu Scham weist im Gegensatz zur Schuldneigung sehr wohl schwache positive Korrelationen mit psychopathologischen Maßen auf, die Hypothese VIII.II. konnte somit ebenfalls bestätigt werden: Korrelation mit SCL-9-K $r=.24^{***}$, $p=.000$ (schuldbereinigt, 1s); ebenfalls nonparametrisch ohne Auspartialisierung der Schuldneigung $r=.26^{***}$, $p=.000$ (Spearman, 1s); Korrelation mit der MBI-D-Skala 'emotionaler Erschöpfung' (MBI-D) $r=.20^{***}$, $p=.000$ (schuldbereinigt, 1s); mit der MBI-D-Skala 'Depersonalisierung' $r=.24^{***}$, $p=.000$ (schuldbereinigt, 1s); und entsprechend eine negative Korrelation mit der MBI-D-Skala 'persönliche Erfüllung' $r=-.24^{***}$, $p=.000$ (schuldbereinigt, 1s).

6.2.9. Komplexitätstoleranz

Die Neigung zu Schamgefühlen und die, Komplexität als Belastung ('CBel') zu erleben, sind gemäß der Hypothese IX.I. tatsächlich deutlich positiv korreliert ($r=.41^{***}$, $p=.000$ (schuldbereinigt, 1s)). Schuldneigung und das Erleben von Komplexität als Belastung (Hypothese IX.II.) weisen hingegen tatsächlich keinen bedeutsamen Zusammenhang auf ($r=.03$, $p=.57$ (schambereinigt, 2s)).

Die Bereitschaft, Komplexität als Notwendigkeit zu akzeptieren, steigt, genau wie es zuvor hypothetisch angenommen wurde (IX.III.), gemeinsam mit der Neigung zu Schuldgefühlen an ($r=.23^{***}$, $p=.000$ (schambereinigt, 1s)). Und genau so nimmt diese Bereitschaft hypothesenkonform (IX.IV.) ab, je mehr Therapeuten zu Schamgefühlen neigen ($r=-.13^{**}$, $p=.005$ (schuldbereinigt, 1s)).

6.2.10. Berufserfahrung

Bei der varianzanalytischen Betrachtung möglicher Effekte unterschiedlicher Ausprägungen der Berufserfahrungsvariablen ('A4Kat') auf die Schuldneigung, zeigte sich hypothesenkonform kein Effekt ($F(5,368)=.37$, $p=.87$; Levene-Statistik: $F(5,368)=.42$,

$p=.83$). Dies ist ebenfalls so, wenn die Schamneigung als Kovariate mit aufgenommen wird ($F(5,367)=1.08$, $p=.37$; Levene-Statistik: $F(5,368)=1.53$, $p=.18$). Somit kann die Hypothese X.I. beibehalten werden, dass es keine Unterschiede in der Neigung zu Schuldgefühlen zwischen Therapeuten mit unterschiedlich langer Berufserfahrung gibt.

Es zeigte sich jedoch ein bedeutsamer Effekt der Berufserfahrung auf die Neigung zu Schamgefühlen ($F(5,368)=4.53$, $p=.001$, Levene-Statistik: $F(5,368)=.57$, $p=.72$); dito bei Berücksichtigung der Schuldneigung als Kovariate ($F(5,367)=5.26$, $p=.000$, Levene-Statistik: $F(5,368)=1.77$, $p=.12$). Eine post-hoc Betrachtung mit dem Scheffé-Test zeigte Trendbefunde bei den Mittelwertunterschieden. Je größer die Berufserfahrung ist, desto geringer fällt die Neigung zu Schamgefühlen aus (siehe Abbildung 30): Bewährte ($M=1.71$, $SD=.48$, $N=61$) haben gegenüber den Anfängern ($M=2.06$, $SD=.57$, $N=48$) eine deutlich geringere Neigung zu Schamgefühlen (Effektstärke $d=.67$, $p=.06$), Senioren ($M=1.70$, $SD=.57$, $N=45$) haben ebenfalls eine deutlich geringere Schamneigung als die Anfänger ($d=.65$, $p=.09$), und schließlich haben die Bewährten auch eine geringere Schamneigung ($d=.61$, $p=.06$) als die Lehrlinge ($M=2.04$, $SD=.60$, $N=58$). Diese Trendbefunde lassen sich leicht in sehr signifikante Befunde überführen, indem man statt der sechs Alterskohorten nur vier bildet. Somit kann die Hypothese X.II. ebenfalls beibehalten werden: Kohorten mit längerer Berufserfahrung neigen weniger zu Schamgefühlen als solche mit kürzerer Berufserfahrung.

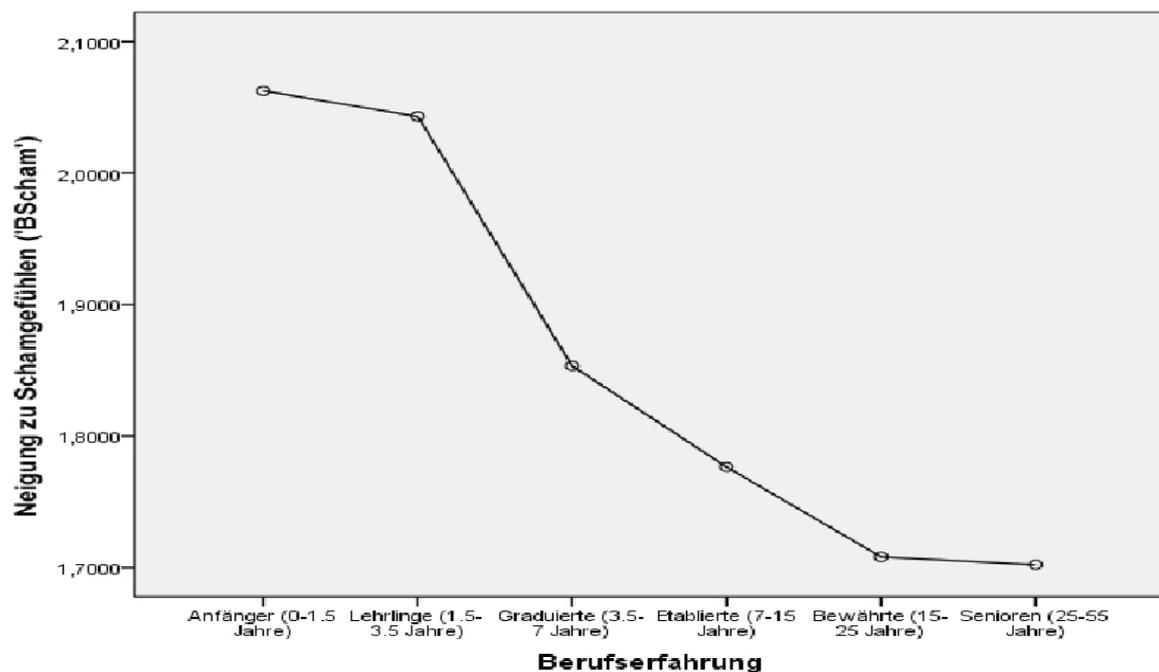


Abbildung 30: Mittelwertunterschiede in der Neigung zu Schamgefühlen zwischen Kohorten mit unterschiedlicher Berufserfahrung

6.2.11. Persönlichkeit

Bei keiner der Skalen des BFI-10 kann davon ausgegangen werden, dass sie normalverteilt ist (siehe Anhang C: Hauptuntersuchung: Überprüfung der Normalverteilungsannahmen). Deswegen müssen die Ergebnisse der Berechnung von partiellen Korrelationen unter großem Vorbehalt betrachtet werden:

Hypothese XI.I. konnte bestätigt werden: Es zeigt sich ein äußerst schwacher positiver Zusammenhang ($r=.12^*$, $p=.012$ (schambereinigt, 1s)) zwischen Schuldneigung und Verträglichkeit ('IVer'). Aber auch nonparametrisch und ohne Auspartialisierung der Schamneigung lässt sich dieser Zusammenhang zeigen (Spearman $r=.10^*$, $p=.026$ (1s)).

Es zeigt sich jedoch entgegen der Erwartung von Hypothese XI.II. ein weiterer Zusammenhang einer Persönlichkeitsvariablen mit der Schuldneigung: Schuldneigung und Gewissenhaftigkeit ('IGew') korrelieren sehr schwach positiv miteinander ($r=.13^*$, $p=.012$ (schambereinigt, 2s)). Allerdings ist der Zusammenhang bei nonparametrischer Betrachtung nicht mehr zu zeigen (Spearman $r=.07$, $p=.18$ (2s)).

Ohne Auspartialisierung der Schamneigung zeigt sich ein schwacher Zusammenhang zwischen Schuldneigung und Neurotizismus ('INeu') (Spearman, $r=.24^{***}$, $p=.000$ (2s)). Berücksichtigt man jedoch die Schamneigung als Kovariate, dann verschwindet der Zusammenhang völlig ($r=.04$, $p=.5$ (2s)). Der Zusammenhang ist somit auf gemeinsame Varianzanteile der Schuldskala und der Schamskala zurückzuführen, und beruht nicht auf unabhängigen Aspekten der Schuldskala.

Die Schamneigung zeigt hingegen, mit Auspartialisierung der Schuldneigung ($r=.39^{***}$, $p=.000$ (1s)) als auch ohne und unter nonparametrischer Betrachtung (Spearman $r=.47^{***}$, $p=.000$ (1s)), einen schwachen bis mittleren positiven Zusammenhang mit dem Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus ('INeu'). Somit kann Hypothese XI.III. als bestätigt angesehen werden.

Des Weiteren zeigt sich entgegen der Erwartung von Hypothese XI.IV. für die Schamneigung ein weiterer, sehr schwacher negativer Zusammenhang, und zwar mit dem Persönlichkeitsmerkmal Gewissenhaftigkeit ('IGew') ($r=-.15^{**}$, $p=.005$ (schuldbereinigt, 2s); Spearman $r=-.12^*$, $p=.018$ (2s)).

Die Analyse von Scatterplots erbrachte keine Hinweise auf mögliche nichtlineare Zusammenhänge zwischen den Neigungen zu Schuld- oder Schamgefühlen und Persönlichkeitsvariablen, weswegen hier auch keine Darstellungen derselben oder weitergehende Analysen erfolgen.

6.3. Ergebnisse zu den explorativen Hypothesen

6.3.1. Quantitative Arbeitsbelastung

Zu Hypothese XII.: Zwischen dem Umfang an psychotherapeutischen Arbeitsstunden pro Woche ('A7Sum') und der Neigung zu Schuldgefühlen besteht kein Zusammenhang ($r=-.01$, $p=.86$ (schambereinigt, 2s)), ebensowenig wie zwischen dem Umfang an Arbeitsstunden und der Neigung zu Schamgefühlen ($r=-.06$ $p=.23$ (schuldbereinigt, 2s)).

6.3.2. Geschlecht

Das Geschlecht ('A1') hat einen deutlichen Einfluss auf die Neigung zu Schuldgefühlen (Hypothese XIII.I.). Frauen neigen bedeutsam mehr ($F(1,372)=23.51^{***}$, $p=.000$; Levene-Statistik: $F(1,372)=2.53$; $p=.11$) zu Schuldgefühlen ($M=3.55$, $SD=.57$, $N=271$) als Männer ($M=3.24$, $SD=.52$, $N=103$). Es zeigt sich ein mittelstarker Effekt von $d=.57$. Wird die Neigung zu Schamgefühlen als Kovariate in die Varianzanalyse mit aufgenommen ($F(1,371)=16.41^{***}$, $p=.000$; Levene-Statistik: $F=.14$, $p=.71$), vermindert sich die Stärke des Effektes ein wenig auf $d=.42$.

Der Effekt des Geschlechts auf die Neigung zu Schamgefühlen fällt mit $d=.33$ etwas geringer aus. Aber auch hier haben Frauen die höheren Werte ($M=1.89$, $SD=.62$, $N=271$). Sie neigen, zumindest auf den ersten Blick, bedeutsam mehr ($F(1,372)=6.82^{**}$ $p=.009$ Levene-Statistik³⁵: $F(1,372)=20.04$ $p=.000$) zu Schamgefühlen als Männer ($M=1.72$, $SD=.39$, $N=103$). Dieser Effekt verschwindet jedoch vollständig ($d=.03$; $F(1,371)=.06$, $p=.81$), wenn die Neigung zu Schuldgefühlen als Kovariate mit aufgenommen wird. Es wird somit nicht davon ausgegangen, dass Frauen tatsächlich auch mehr zu Schamgefühlen neigen als Männer (Hypothese XIII.II.). Interessant ist in diesem Zusammenhang der Befund, dass die Neigungen zu Schuld- und Schamgefühlen generell bei weiblichen Therapeuten deutlich mehr konfundiert sind ($r=.53^{***}$, $p=.000$ (1s)) als bei männlichen ($r=.33^{***}$, $p=.000$ (1s)).

³⁵ Die Testung auf Homogenität der Varianzen fällt kritisch aus. Dennoch wird dies als unproblematisch angesehen, da hier lediglich zwei Gruppen miteinander verglichen werden.

6.3.3. Familienstand

Zu Hypothese XIV.I.: Es zeigt sich kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem Familienstand ('A3') und der Neigung zu Schuldgefühlen ($F(3,369)=.41$, $p=.75$; Levene-Statistik: $F(3,369)=.27$, $p=.85$)³⁶, auch nicht nach Aufnahme der Schamneigung als Kovariate ($F(3,368)=.67$, $p=.61$; Levene-Statistik: $F(3,369)=.57$, $p=.68$).

Zu Hypothese XIV.II.: Dafür zeigt sich ein bedeutsamer Zusammenhang des Familienstandes mit der Neigung zu Schamgefühlen ($F(3,369)=3.62^*$, $p=.013$; Levene-Statistik: $F(3,369)=.41$, $p=.75$). Die Bedeutsamkeit dieses Effektes bleibt bei Aufnahme der Schuldneigung als Kovariate praktisch gleich ($F(3,368)=3.59^{**}$, $p=.01$; Levene-Statistik: $F(3,369)=.21$, $p=.89$): Ohne Trauschein mit Partnern Lebende neigen bedeutsam mehr (Scheffé-Test: $p=.002$, $d=.37$) zu berufsbezogenen Schamgefühlen ($M=2.02$, $SD=.58$, $N=74$) als verheiratete Therapeuten ($M=1.77$, $SD=.57$, $N=193$). Es zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede in der Schamneigung, wenn man die Geschlechter getrennt voneinander betrachtet (siehe Abbildung 31): Frauen neigen am meisten zu Schamgefühlen, wenn sie ohne Trauschein mit Partner leben ($M=2.09$, $SD=.59$, $N=57$), bedeutsam mehr ($p=.04$, $d=.41$) als wenn sie geschieden sind ($M=1.83$, $SD=.68$, $N=25$), und auch bedeutsam mehr ($p=.001$, $d=.44$) als wenn sie verheiratet sind ($M=1.82$, $SD=.64$, $N=132$). Für die Schamneigung der Männer macht es hingegen keinen Unterschied, ob sie in wilder Ehe leben ($M=1.69$, $SD=.41$, $N=17$) oder verheiratet sind ($M=1.68$, $SD=.40$, $N=61$). Ihre Schamneigung ist am höchsten bei den Ledigen ($M=1.87$, $SD=.35$, $N=20$) und damit bedeutsam höher ($p=.049$, $d=.51$) als bei den Verheirateten.

³⁶ Ein Fall wurde aus der Berechnung ausgeschlossen, da die Kategorie '4' (=verwitwet) der Familienstands-Variable 'A3' nur mit $N=1$ besetzt ist.

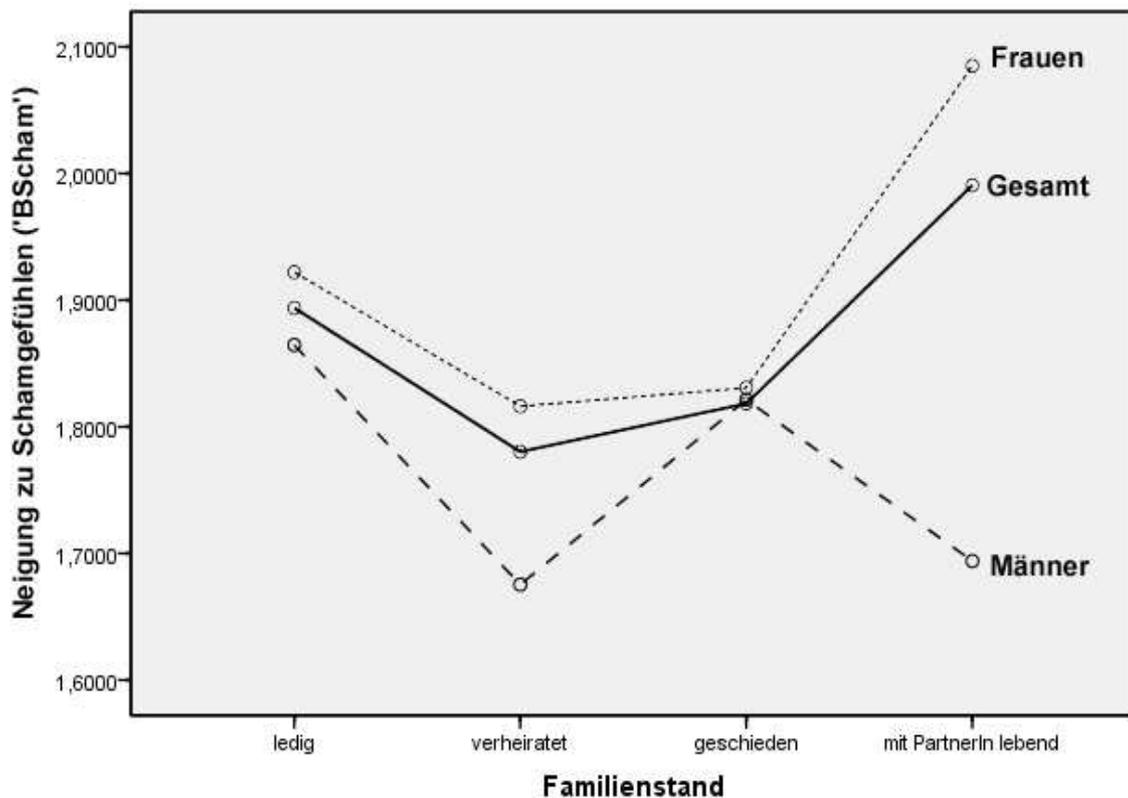


Abbildung 31: Mittelwertunterschiede in der Neigung zu Schamgefühlen in Abhängigkeit vom Familienstand

6.3.4. Berufliche Herkunft und therapeutische Orientierung

Zunächst wurden mögliche Zusammenhänge zwischen der Neigung zu Schuldgefühlen und der beruflichen Herkunft bzw. therapeutischen Orientierung betrachtet (Hypothese XV.I.). Dazu wurde der akademische Grundberuf in einer kategorialen Variable ('A5Studium') kodiert ($N=314$ Psychologen (Wert '1'), $N=32$ Mediziner (Wert '2'), $N=28$ Pädagogen/ Sozialpädagogen/ Sozialarbeiter (Wert '3')). Im Rahmen einer Varianzanalyse und unter Einbeziehung der Schamneigung als Kovariate wurde überprüft, inwieweit diese Variable zur Varianz in der Schuldneigung beiträgt: Es zeigte sich kein bedeutsamer Effekt ($F(2,370)=1.04$, $p=.35$; Levene-Statistik: $F(2,371)=.13$, $p=.88$).

Nun wurde überprüft, ob Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten mit abgeschlossener Ausbildung in unterschiedlichem Ausmaß zu Schuldgefühlen neigen (Variable 'A5KJPPP': '1'=KJP ($N=19$), '2'=PP ($N=159$)). Auch hier zeigte sich bei varianzanalytischer Betrachtung und unter Einbezug

der Schamneigung als Kovariate kein bedeutsamer Effekt ($F(1,175)=1.27$, $p=.26$; Levene-Statistik: $F(1,176)=.26$, $p=.61$).

In einem nächsten Schritt wurde auf gleiche Weise (Varianzanalyse, Schamneigung als Kovariate einbezogen) überprüft, ob das gerade aktuell oder bereits fertig erlernte therapeutische Verfahren (Variable 'A6Verf'³⁷) in Zusammenhang mit der Schuldneigung steht. Es zeigte sich ein signifikanter Effekt ($F(3,278)=3.22^*$, $p=.02$; Levene-Statistik: $F(3,279)=1.53$, $p=.21$). Der paarweise Vergleich ergab: Tiefenpsychologen und Psychoanalytiker ($M=3.34$, $SD=.61$, $N=65$) neigen deutlich weniger (Trendbefund: $p=.065$, $d=.73$) zu Schuldgefühlen als Gesprächspsychotherapeuten ($M=3.73$, $SD=.47$, $N=6$), und auch deutlich weniger (Trendbefund: $p=.007$, $d=.35$) als Verhaltenstherapeuten ($M=3.54$, $SD=.54$, $N=180$). Auch die Systemiker ($M=3.41$, $SD=.58$, $N=32$) neigen vor allem im Vergleich zu den Gesprächspsychotherapeuten deutlich weniger ($d=.61$) zu Schuldgefühlen. Die Untergruppen der Systemiker und Gesprächspsychotherapeuten waren aber zu klein, um bei diesem Vergleich auch ein signifikantes Ergebnis zu erzeugen ($p=.14$). Abbildung 32 stellt die Ergebnisse übersichtlich dar.

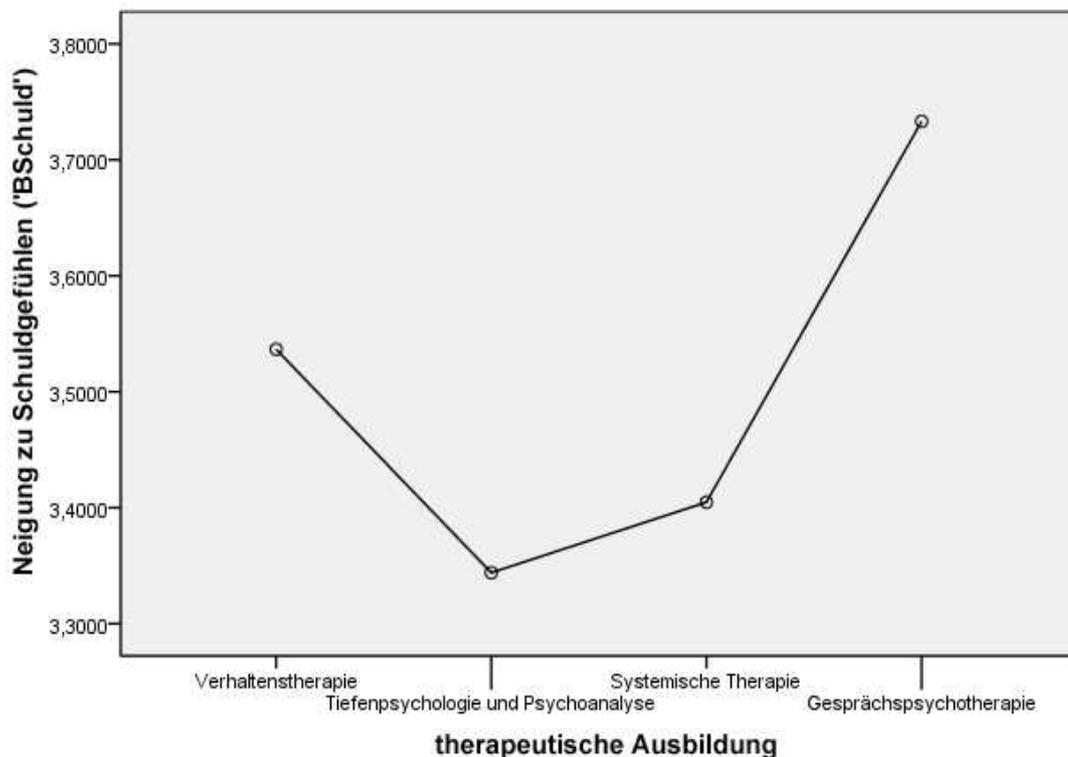


Abbildung 32: Mittelwertunterschiede in der Neigung zu Schuldgefühlen zwischen Therapeuten mit unterschiedlicher therapeutischer Ausbildung

³⁷ Es wurden nur Fälle einbezogen, bei denen eine eindeutige Zuteilung zu einem der Verfahren möglich war.

Die Gesamtanzahl der Verfahren und Methoden ('A6Sum1'), die eine Therapeut erlernt hat, steht nicht in Zusammenhang mit seiner Schuldneigung ($r=.08$, $p=.14$ (schambereinigt, 2s); Normalverteilung bei 'A6Sum1' nicht gegeben, deshalb noch nonparametrische Berechnung mit Spearman ohne Auspartialisierung der Schamneigung: $r=-.03$, $p=.52(2s)$).

Dann wurde betrachtet, inwieweit das Bekenntnis der Therapeuten, sich an bestimmten theoretischen Konzepten zu orientieren, in Zusammenhang mit der Neigung zu Schuldgefühlen steht (Varianzanalyse, Schamneigung als Kovariate berücksichtigt). Es zeigte sich jedoch für keine der einzelnen Orientierungen ein bedeutsamer Effekt³⁸ (analytisch/psychodynamisch Orientierung: $F(2,370)=1.94$, $p=.15$; Levene-Statistik: $F(2,371)=.02$, $p=.98$; verhaltenstherapeutisch: $F(2,370)=2.00$, $p=.14$; Levene-Statistik: $F(2,371)=.18$, $p=.84$; kognitiv: $F(2,370)=1.51$, $p=.22$; Levene-Statistik: $F(2,371)=.48$, $p=.62$; humanistisch: $F(2,370)=2.97$, $p=.053$; Levene-Statistik: $F(2,371)=.03$, $p=.97$; systemtheoretisch: $F(2,370)=1.35$, $p=.26$; Levene-Statistik: $F(2,371)=1.74$, $p=.18$). Auch für die Gesamtsumme der Orientierung an theoretischen Konzepten ('EthKonzepteSumKat') ergab sich kein bedeutsamer Effekt ($F(9,363)=1.89$, $p=.053$; Levene-Statistik: $F(9,364)=1.25$, $p=.26$).

Nun wurden die vorgenannten Arbeitsschritte wiederholt, um herauszufinden, ob es Zusammenhänge zwischen der Neigung zu Schamgefühlen und der beruflichen Herkunft bzw. therapeutischen Orientierung gibt (Hypothese XV.II.), diesmal unter Berücksichtigung der Schuldneigung als Kovariate, bzw. unter Auspartialisierung der Schuldneigung.

Für die Schamneigung zeigte sich im Gegensatz zur Schuldneigung ein bedeutsamer Zusammenhang mit dem akademischen Grundberuf ($F(2,370)=3.37^*$, $p=.04$; Levene-Statistik: $F(2,371)=.95$, $p=.39$). Die Gruppe der Pädagogen / Sozialpädagogen / Sozialarbeiter ($M=2.07$, $SD=.67$) neigt bedeutsam mehr zu Schamgefühlen als die Psychologen ($M=1.84$, $SD=.57$, $p=.02$, $d=.37$) und die Mediziner ($M=1.76$, $SD=.43$, $p=.02$, $d=.55$).

Auch für die Schamneigung konnte kein Unterschied zwischen Kinder- und Jugendlichentherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten nachgewiesen werden ($F(1,175)=.01$, $p=.93$; Levene-Statistik: $F(1,176)=1.28$, $p=.26$).

³⁸ Das Bekenntnis zu den jeweiligen therapeutischen Orientierungen wurde ursprünglich auf einer sechsstufigen Ratingskala erfasst. Zum Zweck der varianzanalytischen Betrachtung wurde die Skala auf drei Kategorien vermindert (Werte '1' und '2' = Kategorie „niedrige Orientierung an diesem Konzept“, Werte '3' + '4' = Kategorie „mittlere Orientierung“, Werte '5' + '6' = Kategorie „starke Orientierung“).

Für die Schamneigung ergab sich, ganz im Gegensatz zur Schuldneigung, kein Zusammenhang mit dem aktuell oder bereits fertig erlernten therapeutischen Verfahren ($F(3,278)=.72$, $p=.54$; Levene-Statistik: $F(3,279)=1.07$, $p=.36$).

Die Gesamtanzahl der Verfahren und Methoden ('A6Sum1'), die eine Therapeut gelernt hat, steht im schwachen negativen Zusammenhang mit der Schamneigung ($r=-.20^{***}$, $p=.000$ (schuldbereinigt, 2s)). Wie bereits oben erwähnt, ist die Normalverteilungsvoraussetzung bei der Variablen 'A6Sum1' jedoch nicht gegeben. Deshalb wurde die Berechnung nonparametrisch (Spearman) wiederholt, ohne jedoch auf diese Weise die Schuldneigung auspartialisieren zu können. Auch hier zeigte sich der negative Zusammenhang in gleicher Weise ($r=-.23^{***}$, $p=.000(2s)$). Der Effekt lässt sich ebenso bei kategorialer Betrachtung der Variablen 'A6Sum1' varianzanalytisch unter Einbezug der Schuldneigung als Kovariate absichern ($F(7,365)=3.58^{***}$, $p=.001$; Levene-Statistik: $F(7,366)=.77$, $p=.61$). Dabei zeigt sich, dass es vor allem bedeutsam ist ($p=.004$, $d=-.35$), ob ein Therapeut wenigstens ein Verfahren / eine Methode bereits abschließend erlernt hat ($M=1.81$, $SD=.52$, $n=92$) oder noch nicht ($M=2.00$, $SD=.56$, $N=129$). Ob dann noch ein ($M=1.78$, $SD=.61$, $N=69$, $p=.68$, $d=-.05$) oder zwei ($M=1.67$, $SD=.50$, $N=48$, $p=.11$, $d=-.27$) weitere Verfahren / Methoden hinzukommen, macht zumindest statistisch betrachtet keinen bedeutsamen Unterschied mehr, wenngleich die Schamneigung doch noch immer niedriger ausfällt.

Zum Abschluss wurde untersucht, inwieweit das Bekenntnis der Therapeuten, sich an bestimmten theoretischen Konzepten zu orientieren, in Zusammenhang mit der Neigung zu Schamgefühlen steht (Varianzanalyse, Schuldneigung als Kovariate berücksichtigt). Für die Orientierung an analytischen / psychodynamischen Konzepten fand sich kein Zusammenhang ($F(2,370)=.47$, $p=.63$; Levene-Statistik: $F(2,371)=.71$, $p=.49$). Ebenso wenig für die Orientierung an verhaltenstherapeutischen ($F(2,370)=.92$, $p=.40$; Levene-Statistik: $F(2,371)=.14$, $p=.87$) und kognitiven Konzepten ($F(2,370)=.01$, $p=.99$; Levene-Statistik: $F(2,371)=.18$, $p=.83$). Es zeigte sich jedoch ein bedeutsamer Zusammenhang mit der Orientierung an humanistischen Konzepten ($F(2,370)=3.1^*$, $p=.045$; Levene-Statistik: $F(2,371)=.48$, $p=.62$). Therapeuten mit niedriger Orientierung an humanistischen Konzepten neigen signifikant mehr ($p=.02$, $d=.27$) zu Schamgefühlen ($M=1.95$, $SD=.69$, $N=66$) als Therapeuten die sich stark an humanistischen Konzepten orientieren ($M=1.78$, $SD=.56$, $N=148$). Einen ähnlichen bedeutsamen Zusammenhang gibt es zwischen der Schamneigung und der Orientierung an systemtheoretischen Konzepten ($F(2,370)=3.60^*$, $p=.03$; Levene-Statistik: $F(2,371)=.28$, $p=.76$). Auch hier neigen Therapeuten mit niedriger Orientierung an den Konzepten signifikant mehr ($p=.009$, $d=.32$) zu Schamgefühlen ($M=1.96$, $SD=.57$, $N=98$) als Therapeuten mit einer starken Orientierung ($M=1.78$, $SD=.56$, $N=129$). Für die Gesamtsumme der Orientierung an allen

theoretischen Konzepten ('EthKonzepteSumKat') ergab sich kein bedeutsamer Effekt ($F(9,363)=1.26, p=.26$; Levene-Statistik: $F(9,364)=.66, p=.75$).

7. Diskussion

In diesem Abschnitt erfolgt die Zusammenfassung und Diskussion der wichtigsten Ergebnisse der Hauptstudie (7.1.), sowie eine kritische Reflektion des Forschungsprojektes (7.2.). Dann werden mögliche Auswirkungen der vorliegenden Forschungsbefunde auf die psychotherapeutische Ausbildungs- und Berufspraxis in Form konkreter Praxisempfehlungen gegeben (7.3.). Im Anschluss werden, ausgehend von noch offenen und gleichzeitig alltagsrelevanten Forschungsfragen, weitere mögliche Studiendesigns für zukünftige Forschungsprojekte skizziert (7.4.). Abschließend erfolgt ein persönlicher Ausblick (7.5.).

7.1. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Das übergeordnete Ziel der vorliegenden Studie war es herauszufinden, welche Rolle die Neigung zu Schuldgefühlen in Abgrenzung der Neigung zu Schamgefühlen in der beruflichen Entwicklung von psychotherapeutisch Tätigen spielt (siehe Abschnitt 2.4.). Auf Basis bestehender theoretischer und empirischer Erkenntnisse sowie eigener Überlegungen, wurde eine größere Anzahl Hypothesen dazu entwickelt (siehe Abschnitte 3.2. und 3.3.). Die aufgestellten Hypothesen konnten zum größten Teil bestätigt werden (siehe Abschnitte 6.2. und 6.3.).

Es zeigte sich erwartungsgemäß kein positiver Zusammenhang zwischen der Schuldneigung und dem Ausmaß psychischer Symptombelastung (SCL-9-K) – es zeigte sich gar kein Zusammenhang. In Bezug auf Burnoutmaße (MBI-D) zeigte sich sogar das Gegenteil: Die Neigung zu Schuldgefühlen geht, wenn auch recht schwach, mit 'persönlicher Erfüllung' einher. Therapeuten, die zu Schuldgefühlen neigen, erleben sich also bei der Arbeit mit Klienten sogar eher als gut gelaunt, empathisch, tatkräftig, kompetent und erfolgreich. Schuldneigung und 'Depersonalisierung' laufen einander sogar sehr schwach entgegen, sprich: Wer zu Schuldgefühlen neigt, wird mit leicht erhöhter Wahrscheinlichkeit auch weniger von Gleichgültigkeit und Gefühllosigkeit seinem Klienten gegenüber erfasst. Folgerichtig zeigte sich auch kein Zusammenhang von Schuldneigung und salutogenetischen Maßen wie dem Kohärenzgefühl oder Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE). Es gibt also kein Indiz dafür, dass Schuldgefühle krank machen, noch dass sie die Gesundheit in besonderem Maße schützen. Die Neigung zu Schuldgefühlen ist eine von Psychopathologie und Salutogenese unabhängige Größe.

Dies gilt jedoch nicht für die Neigung zu Schamgefühlen. Sie hängt schwach positiv mit der aktuellen psychischen Symptombelastung und Burnoutmaßen wie 'emotionaler Erschöpfung' und 'Depersonalisation' zusammen, steht 'persönlicher Erfüllung' leicht entgegen. Therapeuten, die zu Schamgefühlen neigen, weisen auch deutlich häufiger eine stärkere Ausprägung des Persönlichkeitsmerkmals „Neurotizismus“ auf. Und als bekannt gilt: Je höher die Ausprägung von Neurotizismus ist, desto mehr steigt das Risiko, an psychischen Störungen, wie etwa einer Depression, zu erkranken (Kendler et al., 2006). Ein weiteres Ergebnis der Studie: Die Schamneigung verträgt sich nicht mit Salutogenese. Sie hängt schwach negativ mit dem Kohärenzgefühl und Selbstwirksamkeitserwartungen zusammen.

Auch empfinden Schamneiger komplexe Situationen viel eher (mittlerer Zusammenhang) als Belastung, und zeigen mit steigender Scham etwas weniger Bereitschaft, Komplexität als Notwendigkeit zu akzeptieren (sehr schwacher Zusammenhang). Dies lässt sich gut dadurch erklären, dass Menschen, die zur Scham neigen, ihren Aufmerksamkeitsfokus auf sich selbst und befürchtete negative Aspekte ihrer Person richten. Dadurch werden kognitive Ressourcen vom situativen Kontext abgezogen, und stehen nicht mehr für die Bewältigung komplexer Zusammenhänge zur Verfügung. Dafür spricht auch, dass Therapeuten, die zu Schuldgefühlen neigen, Komplexität nicht vermehrt als Belastung erleben. Sie sind mit ihrer Aufmerksamkeit in der Situation und bei ihrem Handeln in der selbigen. Sie haben mit steigender Schuldneigung sogar eine leicht erhöhte Neigung, Komplexität auch als Notwendigkeit anzuerkennen.

All diese Ergebnisse entsprechen den im Theorieteil (siehe Abschnitt 2.1.4.) dargestellten Vorbefunden und folgen den auf Lewis (1971) basierenden Modellbildungen von Tangney, Stuewig und Mashek (2007): Schuldgefühle sind assoziiert mit wünschenswerten Aspekten, Schamgefühle mit negativen, teilweise psychopathologischen.

Die Neigung zu Schuldgefühlen ist also auch bei Psychotherapeuten keinesfalls etwas Schlechtes. Sie ist sogar mit zahlreichen positiven Aspekten assoziiert. Aber ist sie möglicherweise auch darüber hinaus unmittelbar nützlich für das Erlernen und Ausüben des psychotherapeutischen Handwerks? Es ergaben sich Indizien dafür, dass Schuldgefühle nützlich für den Aufbau und die Anwendung psychotherapeutischer Fähigkeiten sind. In der vorliegenden Studie waren sehr schwache positive Zusammenhänge zwischen der Neigung zu Schuldgefühlen und einer positiven Einschätzung der eigenen therapeutischen Fähigkeiten, sowie auch dem aktuell empfundenen therapeutischen Wachstum nachweisbar. Ebenso zeigte sich ein sehr

schwacher negativer Zusammenhang zwischen der Neigung zu Schuldgefühlen und einem aktuell empfundenen therapeutischen Abbau. Des Weiteren fand sich ein mittlerer Zusammenhang der Neigung zu Schuldgefühlen mit der Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen. Wer eher zu Schuldgefühlen neigt, neigt also auch deutlich mehr dazu, sich den ein oder anderen Gedanken zu machen, wie er es hätte besser machen können. Für kontrafaktische Abwärtsvergleiche fand sich kein solcher Zusammenhang. Wenn man davon ausgeht, dass kontrafaktische, aufwärtsorientierte Gedanken im praktischen Alltag für die Zukunft zu neuen Handlungsoptionen führen, dann kann wohl von erfolgreich vollzogenem Lernen in Verbindung mit der Neigung zu Schuldgefühlen gesprochen werden. Menschen wollen negativen emotionalen Zuständen in der Zukunft vorbeugen, wenn sie es können und es ihnen sinnvoll erscheint. Kontrafaktische Aufwärtsvergleiche sind ein kognitives Werkzeug auf dem Weg zu diesem Ziel. Vermutlich zumindest, wenn sie gepaart mit einem Minimum positiver Selbstwirksamkeitserwartungen auftreten. All das verleiht dem Umkehrschluss jedoch keine Gültigkeit: Es wäre sicherlich falsch, davon auszugehen, dass Schuldgefühle eine notwendige Bedingung für das kognitive Lernen durch kontrafaktische Aufwärtsvergleiche sind. Oder anders ausgedrückt: Eine ausgeprägte Neigung zu Schuldgefühlen ist keine notwendige Voraussetzung, um ein guter und lernfähiger Therapeut zu sein. Aber die Neigung zu Schuldgefühlen ist, richtig genutzt, ein hochwertiger Sprit für den Motor der therapeutischen (Weiter-)entwicklung. Um Schuldgefühle in diesem Sinne nutzen zu können, ist es vor allem wichtig, dass sie nicht mit Schamgefühlen vermischt sind, da diese kognitive Ressourcen durch die negative Selbstbetrachtung dysfunktional binden. Entsprechend zeigte sich in der Studie, dass die Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen sehr schwach negativ mit der Neigung zu Schamgefühlen korreliert ist, ebenso wie die Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen. Des Weiteren geht die Neigung zu Schamgefühlen sowohl schwach negativ mit der positiven Einschätzung der eigenen therapeutischen Fähigkeit einher, als auch sehr schwach negativ mit dem aktuell empfundenen Wachstum als Therapeut. Dafür zeigte sich ein sehr schwacher positiver Zusammenhang der Schamneigung mit dem aktuell empfundenen therapeutischen Abbau, folglich: Schamgefühle können sinnvolles Nachdenken hemmen, Lernen unwahrscheinlicher machen und somit auch das Erlernen und Ausüben des psychotherapeutischen Berufes behindern.

Dabei bleibt offen, wie zeitlich stabil die Neigung zu Schamgefühlen ist. Zwar fällt die Schamneigung geringer aus, wenn die Psychotherapeuten in der Stichprobe eine längere Berufserfahrung aufweisen, oder wenn zumindest ein therapeutisches Verfahren oder eine Methode abschließend erlernt wurde. Das Design der Untersuchung als

Querschnittstudie erlaubt jedoch keine Aussage über den zeitlichen Verlauf der Schamneigung. Der Befund könnte sich aus verschiedenen Ursachen speisen:

- Die Attributionsmuster für eigenes Fehlverhalten, und somit die Schamneigung, könnte sich mit zunehmender Berufserfahrung und Ausbildung tatsächlich ändern; weg von einer global negativen Selbstbewertung, hin zu einer lediglich negativen Bewertung konkreter eigener Verhaltensweisen. Dies würde bedeuten, dass Erfahrung und Ausbildung vor Schamgefühlen schützen könnten.
- Es könnten sich mit der Zeit mehr und mehr kognitive Abwehrstrategien zum Schutz vor Schamgefühlen herausgebildet haben (beispielsweise *„Der ist doch selber Schuld!“* oder *„Bei den schlechten Arbeitsbedingungen ist es doch kein Wunder, das mir Fehler unterlaufen!“*).
- Nicht unwahrscheinlich ist auch, dass Kollegen mit einer hohen Neigung zu Schamgefühlen ihrer selbstempfundenen Unzulänglichkeit nachgegeben haben könnten, und das therapeutische Arbeitsfeld wieder verlassen haben, oder keine weiteren Therapieausbildungen machen. Sie wären somit in den Kohorten mit längerer Berufserfahrung oder bei den Kollegen mit mehreren Ausbildungen gar nicht mehr in dem Maße vorhanden.

Zu der dritten möglichen Ursache passt gut der Befund, dass sich die Schuldneigung im Gegensatz zur Schamneigung bei Kohorten mit unterschiedlich langer Berufserfahrung, und ebenso auch unabhängig von der Anzahl erlernter Verfahren und Methoden, immer gleich darstellt. Dies könnte als Indiz für die Stabilität der Neigung zu Schuldgefühlen gewertet werden. Würden sich die Attributionsmuster weg von der Scham verändern, sollte man zumindest einen gewissen Anstieg der Schuldneigung bei Kohorten mit mehr Berufserfahrung verzeichnen.

Für die Stabilität von Schuld- und Schamneigung spricht auch, dass beide Größen keinen Zusammenhang zur rein quantitativen psychotherapeutischen Arbeitsbelastung in Wochenstunden aufweisen.

Ein weiterer Befund der Studie: Systemische Therapeuten und Tiefenpsychologen / Psychoanalytiker neigen bedeutsam weniger zu Schuldgefühlen als Gesprächstherapeuten. Legen diese Therapieschulen möglicherweise Ideen nahe, die der Auffassung *„Ich habe etwas falsch gemacht, bedauere dies und würde es gerne wieder gut machen“* zuwider laufen?

Für Systemiker könnte ein Teil der Antwort im systemischen Konzept der „Neutralität“ zu finden sein (Selvini Palazzoli et al., 1980; Cecchin, 1988). Neutralität wird dabei als eine, im Sinne therapeutischer Ziele gelegentlich nützliche, strategische Haltung verstanden: Der Therapeut verhält sich in Bezug auf die Werthaltungen seines

Klienten, wie auch in Bezug auf seine Haltungen zu Veränderung bzw. Nicht-Veränderung, neutral. Neutralität ist dabei nicht damit gleich zu setzen, keine eigene Meinung zu haben, sondern diese dem Klienten gegenüber nicht als Doktrin zu vertreten (vgl. von Schlippe & Schweitzer, 2007, S. 119). Wer als Therapeut keine Position und Bewertung als „die Richtige“ favorisiert, kann damit auch nicht falsch liegen. Wer die Werthaltungen seines Klienten hingegen bewertet, oder wer Veränderungen oder Nichtveränderungen seines Klienten persönlich nimmt, der könnte damit „Fehler“ begehen und sich „verschulden“, falls dies dem Klienten doch irgendwann zum Nachteil gereichen sollte.

Ein weiterer Teil der Antwort könnte im systemischen Konzept der „Respektlosigkeit“ liegen (Cecchin, Lane & Ray, 1993). Die systemische Auffassung von Respektlosigkeit legt nahe, sich zwar gegenüber Menschen äußerst respektvoll zu verhalten, gegenüber eigenen Ideen, Theorien, Werthaltungen und Realitätskonstruktionen jedoch maximal respektlos. Dies gilt natürlich auch in Bezug auf mögliche eigene Missetaten: Man kann eigene Handlungen als Missetaten betrachten, aber eben zu einer solchen Ansicht auch auf innere Distanz gehen und andere Betrachtungsweisen als ebenbürtig daneben stellen, sprich: Sich seine Weltsicht und die Sicht auf das eigene therapeutische Handeln „weicher“ konstruieren.

Aber wie kommt es nun, dass tiefenpsychologisch / analytisch ausgebildete Kollegen weniger zu Schuldgefühlen neigen? Hinweise darauf sind handschriftlichen Anmerkungen tiefenpsychologischer / analytischer Kollegen auf den Antwortbögen der Hauptstudie zu entnehmen. In mehreren Kommentaren wird deutlich, dass schuldhaft Regungen im eigenen Seelenleben von tiefenpsychologischen Kollegen häufig als Gegenübertragungsphänomene gedeutet werden, die primär nichts mit dem Therapeuten und seinen Verhaltensweisen zu tun haben, sondern dem Analysanden³⁹ zuzuschreiben sind. Auch sind die tiefenpsychologischen / analytischen Ansätze weitaus weniger durch aktives Verhalten des Therapeuten geprägt (Stichwort „gleichschwebende Aufmerksamkeit“) als dies typischerweise verhaltenstherapeutischen („Instruktion“), systemischen („Intervention“) und selbst gesprächstherapeutischen („wertschätzende, empathische & kongruente Interaktion“) Therapeuten zugeschrieben wird. Wer weniger

³⁹ Eine Analytikerin merkte beispielsweise an, dass Sie auf eigene Langeweile, sexuelle Fantasien oder das nicht Ansprechen möglicherweise aggressiver Impulse des Analysanden keinesfalls in den im Fragebogen beschriebenen Weisen reagiert hätte, sondern mit Fragen der folgenden Art: *„Woher kennen Sie das, dass sie andere langweilen / zu erotischen Fantasien einladen / ihre aggressiven Fantasien von anderen tabuisiert werden?“* Ein Tiefenpsychologe schrieb, dass es sich bei einigen FEMEP-Situationen schlicht um starke Gegenübertragungen handle, und dass die vorgegebenen Antworten auf wenig Therapieerfahrung im psychodynamischen Sinne hindeuteten (was allerdings aus VT-Sicht zumindest verständlich sei).

aktiv handelt, kann auch weniger aktiv, und damit möglicherweise falsch, instruieren, intervenieren und interagieren.

In den Therapeutenvariablen nach Carl Rogers (Stumm & Pritz, 2000, S. 252) steckt auch gleich eine mögliche Antwort auf die Frage, warum Gesprächspsychotherapeuten mehr zu Schuldgefühlen neigen: Es besteht der Anspruch, sich seinen Klienten gegenüber fortwährend möglichst positiv wertschätzend, empathisch einfühlend und kongruent äußernd zu verhalten. Die Messlatte liegt somit bisweilen hoch und kann leichter mal gerissen werden, wobei man als humanistischer Therapeut hin und wieder eher mit dem ein oder anderen Schuldgefühl bezahlt.

Erstaunlich ist es, dass zwar die tatsächliche Sozialisation in bestimmten Therapieschulen in Zusammenhang mit Unterschieden der Schuldneigung steht. Die Selbstauskunft darüber, sich in der therapeutischen Praxis an dem ein oder anderen therapieschulischen Konzept mehr oder weniger zu orientieren, spielt jedoch keine Rolle in Bezug auf das Ausmaß der Neigung zu Schuldgefühlen. Möglicherweise haben Bekenntnisse zu therapeutischen Orientierungen eher etwas mit aktuellen therapeutischen Moden, aktuell besuchten Fortbildungen und Kongressen, sowie gelesenen Büchern oder weiteren anderen Faktoren als der therapieschulischen Sozialisation zu tun.

Im Gegensatz zur Schuldneigung spielt für die Neigung zu Schamgefühlen weder die Sozialisation in einer bestimmten therapeutischen Richtung eine Rolle, noch das Ausmaß der Orientierung an der ein oder anderen Therapieschule. Es ist dahingegen jedoch bedeutsam, ob der akademische Grundberuf ein pädagogischer oder ein medizinischer / psychologischer ist. Pädagogen neigen mehr zu Schamgefühlen. Möglicherweise ist dies so, weil sie eine stärkere Verantwortung dafür wahrnehmen, ihre Klienten „richtig“ zu instruieren, um ihnen damit psychischen Leidensdruck zu nehmen. Vielleicht prägt instruktionistisches Denken, häufig überspitzt karikiert mit dem mechanistischen Bild des „Nürnberger Trichters“⁴⁰ (siehe Abbildung 33⁴¹), zumindest in abgeschwächter Form das Selbstverständnis der Psychotherapeuten pädagogischer Herkunft, und somit auch deren Anspruch an psychotherapeutisch richtiges Handeln.

⁴⁰ volkstümliche spöttische Bezeichnung für ein mechanistisches Lehrverfahren, in Anlehnung an G. Ph. Harsdörffers „Poetischem Trichter“ 1647-1653 (Quelle: Großes Modernes Lexikon (1987), Gütersloh: Bertelsmann, S.453)

⁴¹ Quelle: http://www.teachsam.de/pro/pro_lernlern/pro_lernlen_bild_1.htm (aufgerufen am 9.8.2011)



Abbildung 33: Der „Nürnberger Trichter“
– Postkarte um 1940

Im Rahmen der vorliegenden Studie konnten somit erneut zahlreiche Belege für die divergente Validität von Scham- und Schuldneigung erbracht werden. Unbenommen ihrer unterschiedlichen Korrelate treten Scham und Schuld jedoch häufig zusammen als Folge der gleichen Situation auf. So zeigte sich in der Studie erwartungsgemäß eine Korrelation mittleren Ausmaßes zwischen Scham- und Schuldneigung, wobei sich Schuld- und Schamneigung bei weiblichen Psychotherapeuten in stärkerem Ausmaß zusammen zeigten (mittlerer Zusammenhang) als bei männlichen (schwacher Zusammenhang).

Über die Gründe dafür lässt sich spekulieren: möglicherweise sehen Frauen weniger als Männer ihre Verhaltensweisen eher getrennt von sich als gesamter Person an. Wenn Verhalten und sich verhaltende Person mehr als Einheit wahrgenommen werden, dann werden negative Ereignisfolgen eher sowohl dem konkreten Verhalten (->Schuldgefühle) als auch der gesamten Person (->Schamgefühle) zugeschrieben.

Es zeigte sich noch ein weiterer Geschlechterunterschied: Weibliche Therapeuten neigen mehr zu Schuldgefühlen, nicht jedoch tatsächlich auch mehr zu Schamgefühlen als männliche. Worin könnten die Ursachen der vermehrten Neigung zu Schuldgefühlen liegen?

- Es könnte sein, dass sich Psychotherapeutinnen rascher verantwortlich für Ihre Handlungsfolgen fühlen.
- Vielleicht nehmen Frauen rascher an, dass andere das Recht haben könnten, eine Entschuldigung zu fordern, und neigen aus diesem Grund mehr zu Schuldgefühlen. Wie bereits im Theorieteil (Abschnitt 2.1.7.) dargestellt, ist es für die Entstehung von Schuldgefühlen nicht notwendig, dass man sich persönlich verantwortlich fühlt für Verhaltensweisen, die zu negativen Folgen bei anderen geführt haben. Es genügt, davon auszugehen, dass andere das Recht haben könnten, eine Entschuldigung zu fordern, wenn ein prinzipiell kontrollierbares Verhalten negative Folgen hatte.
- Schließlich könnte es auch sein, dass Frauen schneller oder intensiver empathisch einfühlend „bedauern“, wenn andere aufgrund einer Verhaltensweise der Therapeutin negative Auswirkungen erleben. Mehr empathisches „Bedauern“ würde als emotionale Komponente von Schuldgefühlen, somit Schuldgefühle insgesamt begünstigen. Frauen sind jedoch nicht von Natur aus mehr zur Empathie fähig als Männer, sondern lediglich, abhängig von den situativen Bedingungen, motivierter, empathisch zu sein. Diese Motivation ist besonders groß, wenn Frauen sich bewusst sind, dass sie auf einer empathierelevanten Dimension bewertet werden und / oder empathiebezogene Rollenerwartungen bestehen (Ickes, Gesn & Graham, 2005). Von beidem kann bei der Bearbeitung des FEMEP im Rahmen der Studie ausgegangen werden.

Und noch ein Geschlechterunterschied zeigte sich, diesmal in Bezug auf die Schamneigung und den Familienstand: Therapeutinnen neigten am meisten zu

Schamgefühlen, wenn sie ohne Trauschein mit einem Partner lebten. Therapeuten hingegen, wenn sie ledig waren. Mögliche Erklärungen dafür: Liierte aber unverheiratete Psychotherapeutinnen denken möglicherweise *„Ich bin es wohl nicht wert, geheiratet zu werden.“*; und empfinden diesen Zustand als die beschämendere Kränkung ihres Selbst, verglichen mit den Varianten geschieden, verheiratet oder ledig zu sein. Vielleicht folgt das zugrundeliegende Muster auch dem Motto *„Wenn ich unverheiratet bleibe, kann ich vielleicht eher verbergen, dass ich eigentlich unzulänglich bin.“* Die Richtung des Effektes bleibt also unklar: Bleiben liierte Psychotherapeutinnen mit erhöhter (beruflicher) Schamneigung eher unverheiratet? Oder erhöht der Status der wilden Ehe die (berufliche) Schamneigung? Möglicherweise zeichnet auch eine dritte Größe für den Effekt verantwortlich. Auch bei den männlichen Kollegen kann über die dem Befund zugrunde liegenden Zusammenhänge und die Richtung des Effektes wieder einmal nur gemutmaßt werden: Neigen ledige männliche Therapeuten eher dazu, sich generell und eben auch beruflich mehr zu schämen? Oder tendieren zur Scham neigende Therapeuten möglicherweise eher dazu, solo zu bleiben? Hier tun sich interessante Forschungsfelder auf, auch jenseits des Interesses an der Entwicklung von Psychotherapeuten. Bezüglich Schuldneigung und dem Familienstand zeigten sich keinerlei Unterschiede, auch nicht zwischen den Geschlechtern.

7.2. Kritische Reflektion des Forschungsprojektes

Die verwertbare Stichprobe der Hauptstudie war mit $N=374$ Probanden erfreulich groß, die Resonanz auf das Forschungsprojekt mit $N=463$ ungleich größer. Vermutlich reizte viele Teilnehmer die angebotene Möglichkeit, sich nach Abschluss der Studie eine Auswertung ihrer Ergebnisse zusenden zu lassen. Immerhin 72.7% der Probanden der endgültigen Stichprobe baten um eine Ergebnisrückmeldung. Häufig wurde in zusätzlichen schriftlichen Anmerkungen auf den Bögen oder in Begleitschreiben die Studie sehr begrüßt, da sie nicht in erster Linie die Klienten im Fokus des Interesses habe, sondern „endlich“ einmal die Therapeuten und ihr Befinden – auch dies vermutlich eine Motivation zur Teilnahme. Leider füllte ein Zehntel der Teilnehmer die Bögen nicht vollständig aus. Angesichts des mit 160 Items recht großen Umfangs der Fragebögen verwundert dieser Anteil jedoch nicht. Aus zusätzlichen Rückmeldungen der Teilnehmer wurde deutlich, dass einigen die angegebene Bearbeitungszeit von „ca. einer halben Stunde“ bei weitem nicht ausreichte. Bei einem Achtel der richtig bearbeiteten Bögen waren die geforderten Einschlusskriterien (siehe Abschnitt 5.1.) nicht erfüllt – es hatten sich einige Nichtakademiker mit selbstgegebenem psychotherapeutischem Auftrag unter die Studienteilnehmer gemischt, ebenso wie Teilnehmer ohne zumindest begonnene, wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Ausbildung. Dass sich in der endgültigen Stichprobe jedoch immer noch Teilnehmer befinden, die die Einschlusskriterien nicht erfüllen und einfach nur vorgeben, beispielsweise Psychologe in VT-Ausbildung zu sein, um eine ausführliche Rückmeldung zu bekommen, ist nahezu völlig auszuschließen, da auf den Teilnahmebögen keine Ein- oder Ausschlusskriterien benannt wurden. Es wurden lediglich unspezifisch „*psychotherapeutisch Tätige*“ angesprochen. Bei der Zusammensetzung der Stichprobe kann nicht von Repräsentativität ausgegangen werden, da es sich um eine Gelegenheitsstichprobe handelt. Somit sind Verzerrungen in den Ergebnissen, verglichen mit der wahren Population, nicht auszuschließen. Die Stichprobe weist einerseits einen großen Anteil an Psychologen (86.1%), Frauen (72.5%) und verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Kollegen (64.2%) auf, und andererseits sind andere Untergruppen, wie beispielsweise Ärzte (8.6%) und Psychoanalytiker (5.3%), eher unterrepräsentiert. Dabei ist jedoch auch unklar und praktisch nicht feststellbar, wie eine repräsentative Stichprobe der deutschsprachigen, psychotherapeutisch tätigen Kollegen mit (zumindest begonnener) wissenschaftlich anerkannter Therapieausbildung und akademischem Hintergrund (psychologisch / medizinisch / pädagogisch) aussehen müsste. Entsprechend der Einschlusskriterien ist die Stichprobe auch durch eine große Heterogenität gekennzeichnet. Natürlich hätte man sich bereits zu Studienbeginn auf eine eng

umgrenzte Auswahl an Teilnehmern, beispielsweise verhaltenstherapeutisch ausgebildete, approbierte Psychologische Psychotherapeuten, festlegen können. Damit hätte man sich jedoch die Möglichkeit genommen, Unterschiede der Subgruppen und Kohorten hinsichtlich der untersuchten Merkmalsausprägungen und Zusammenhänge zu identifizieren.

Die Stichprobe ist insgesamt so groß, dass rasch auch sehr schwache Zusammenhänge und Effekte hochsignifikant nachgewiesen werden konnten. Dies ist einerseits von Vorteil, andererseits birgt es die Gefahr der Überbewertung von Ergebnissen. Aus diesem Grunde wurden, wann immer sinnvoll, auch Effektstärken berechnet. Es gilt jedoch zu beachten, dass sich viele der eher schwachen und sehr schwachen Zusammenhangsbefunde in der Regel auf Zusammenhänge eines interessierenden State-Maßes mit einem Trait-Maß (Schuld / Schamneigung) bezogen. Und gerade in diesen Fällen kann trotzdem eine hohe Praxisrelevanz der Befunde vorliegen: Bricht sich eine latent vorhandene Schamdisposition (Trait, wie durch den FEMEP erfasst) durch einen konkreten aktuellen Anlass (z.B. Patientensuizid) Bahn, und wird dadurch zu einer starken tatsächlichen Schamerfahrung (State), führt dies vermutlich zu sehr starken und praxisrelevanten Zusammenhängen mit aktuellen Maßen psychischer Symptombelastung (State). Wird also eine latente Traitausprägung zum aktuellen Statebefinden, ergeben sich durchaus stärkere Zusammenhänge. Um auch die Größe solcher Zusammenhänge abschätzen zu können, hätten in der Studie nicht nur Schuld- und Schamneigung szenariobasiert erfasst werden müssen, sondern auch, bezogen auf die jeweiligen Szenarien, die dann vermuteten jeweiligen Merkmalsausprägungen der States, wie eben psychische Symptombelastung, etc..

Unter welchen konkreten Rahmenbedingungen (Situation, Tageszeit, Zeitdruck etc.) der Studienfragebogen jeweils durchgeführt wurde, konnte nicht kontrolliert werden. Da es aber nicht darum ging, einzelne Teilnehmer der Studie untereinander, oder mit einer Norm, zu vergleichen, sondern in der Regel Gruppenmittelwerte, spielt dieser Aspekt der Durchführungsobjektivität keine Rolle. Es ist davon auszugehen, dass die Verzerrungen und Fehler durch unterschiedliche Kontextbedingungen bei der Bearbeitung der Bögen nicht systematisch sind, und sich die Fehlervarianzen dadurch gleich auf die Subgruppen verteilen. Einer weiteren möglichen Verzerrungsquelle, und somit Minderung der Durchführungsobjektivität, wurde dadurch vorgebeugt, dass der Fragebogen nicht am Rechner bearbeitet werden konnte, sondern nur in ausgedruckter Form.

Den Studienteilnehmern wurde eine anonyme Behandlung ihrer Angaben zugesagt. Dennoch kann man sich fragen, ob es nicht doch zu sozial erwünschten Antworten gekommen ist. Immerhin gab ein großer Teil der Teilnehmer eine persönliche Emailadresse an, welche es prinzipiell ermöglicht, die Angaben der Teilnehmer konkreten, dem Studienautor möglicherweise sogar bekannten Personen zuzuordnen. Ein nachträglicher Vergleich zwischen beiden Gruppen – den VP mit Emailadresse und den „anonymen“ VP ohne Emailangabe – ergab jedoch, dass die anonymen nicht mehr zu Schuld- ($M=3.42$, $SD=.64$, $N=102$) oder Schamgefühlen ($M=1.84$, $SD=.65$, $N=102$) neigen als die weniger anonymen dies tun (Schuldneigung: $M=3.48$, $SD=.55$, $N=272$; Schamneigung: $M=1.85$, $SD=.54$, $N=272$). Dies ist ein Indiz dafür, dass vermutlich nicht mit größeren Verzerrungen der Angaben im Sinne sozialer Erwünschtheit gerechnet werden muss.

Erstaunlich ist jedoch, dass Schuld- und Schamneigung bei den anonymen deutlich ($z=1.67$, $p=.096$ (2s), \rightarrow Trendbefund) mehr korrelieren ($r=.60^{***}$, $p=.000$ (2s)) als bei den weniger anonymen ($r=.46^{***}$, $p=.000$ (2s)). Möglicherweise ist dies dadurch zu erklären, dass Teilnehmer, die keine Rückmeldung wünschten, und somit keinen individuellen Nutzen in der Bearbeitung für sich sahen, die Fragen des FEMEP etwas weniger sorgfältig, und somit undifferenzierter hinsichtlich scham- oder schuldhafter Reaktionsweisen bearbeiteten, und bei den Szenarien eher gewissen allgemeinen Antworttendenzen folgten. Das gleiche Muster zeigt sich nämlich ebenfalls beim Zusammenhang der Neigungen zu kontrafaktischen Auf- und Abwärtsvergleichen ($z=2.18^*$ $p=.029$ (2s)). Während der Zusammenhang bei den anonymen Teilnehmern schwach aber deutlich ausfällt ($r=.26^{**}$, $p=.009$ (2s)), ist er bei den Teilnehmern mit Emailangabe gar nicht vorhanden ($r=.01$, $p=.91$ (2s)). So gesehen ist die Gruppe der anonymen Beantworter womöglich auch die Gruppe der unmotivierteren Studienteilnehmer gewesen.

Betrachtet man das Studiendesign, dann fällt auf, dass alle erhobenen Merkmale ausschließlich auf Selbstauskünften der Therapeuten beruhen. Somit wurde implizit vorausgesetzt, dass die Selbstauskünfte eine valide Messung der wahren interessierenden Größen darstellen. Diese Annahme ist natürlich nicht unbedingt berechtigt, selbst wenn man davon ausgeht, dass Psychotherapeuten selbstreflektierte Menschen sind. Eine (zumindest auch teilweise) Fremdeinschätzung der interessierenden Größen durch Außenstehende, wie beispielsweise Klienten, Kollegen oder Supervisoren, könnte zu Ergebnissen führen, die nicht deckungsgleich mit den Selbsteinschätzungen sind. Genauso hätte man beispielsweise die Messungen der psychischen Symptombelastung auch durch „harte“ physiologische Messdaten (Katecholamine,

Cortisol, etc.) ergänzen können. Die erhobenen Selbstauskünfte erlauben keinerlei Auskunft darüber, ob und wie sich Schuld- oder Schamneigungen des Therapeuten tatsächlich auf therapeutische Prozesse und die Ergebnisqualität von Therapien auswirken. Die Selbsteinschätzung der eigenen therapeutischen Fähigkeiten, so wie in der Studie erfasst, muss nicht zwangsläufig in engem Zusammenhang mit der tatsächlichen fachlichen Befähigung eines Therapeuten stehen. Auch sagen die erfassten Schuld- und Schamneigungen nichts über die tatsächliche Häufigkeit und Qualität konkreter Schuld- und Schamerfahrungen im beruflichen Alltag der Therapeuten aus.

Zwei weitere Limitierungen der vorliegenden Studie gilt es noch aufzuzeigen:

Erstens muss man sich bei der Rezeption der Studienergebnisse vor Augen halten, dass es sich bei Schuld- wie auch Schamgefühlen um kulturell eingebettete Phänomene handelt, die sich in unterschiedlichen Kulturkreisen durchaus auch unterschiedlich darstellen (vgl. Abschnitt 2.1.4.). Somit gelten die Ergebnisse dieser Arbeit erst einmal nur für den deutschsprachigen Kulturkreis. Ist eine gewisse Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf weite Teile des westlichen Kulturkreises vermutlich noch einigermaßen legitim, so stößt die Verallgemeinerung spätestens bei den meist kollektivistischen asiatischen Kulturkreisen an ihre Grenzen, und bedarf einer eingehenden Diskussion.

Zweitens kann man bei der Interpretation der Befunde gar nicht genug darauf hinweisen, dass es sich um eine Querschnittstudie handelt, und die Ergebnisse daher keinerlei Kausalschlüsse zulassen. Was hier erbracht werden konnte, war der Nachweis vorhandener bzw. auch nicht vorhandener Zusammenhangsbefunde. In dem einen oder anderen Fall konnten Zusammenhangsbefunde mit theoretischen Überlegungen kombiniert werden, so dass sich Indizien für Kausalzusammenhänge ergaben, die jedoch einer weiteren Überprüfung jenseits von Querschnittsdesigns bedürfen. Einige gefundene Zusammenhänge zwischen zwei Variablen stehen möglicherweise in keinerlei wie auch immer gerichtetem kausalem Zusammenhang, sondern werden beide durch eine bislang unbekannte Drittvariable beeinflusst.

7.3. Implikationen für die Praxis

In Anlehnung an den im Theorieteil (Kapitel 2) referierten bisherigen Wissensstand zu Schuld- und Schamgefühlen, sowie die, durch die vorliegende Studie bestätigten bzw. neu hinzugekommenen Erkenntnisse (Kapitel 6), sollen nun einige, die berufliche Entwicklung von Psychotherapeuten unterstützende Überlegungen in Form von „Empfehlungen“ angestellt werden. Was kann man Psychotherapeuten, ihren Ausbildern, Selbsterfahrungsleitern und Supervisoren hinsichtlich Schuld- und Schamgefühlen raten? Im Wesentlichen beziehen sich die Empfehlungen darauf, Schamreaktionen als psychopathologisch assoziierte Phänomene zu vermeiden, und Schuldgefühle als lernassoziierte Phänomene aktiv zu nutzen.

Empfehlung 1: Akzeptiere deine Fehler und dein Scheitern!

Die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildungskultur ist häufig davon geprägt, (zukünftigen) Therapeuten zu vermitteln, was mit bestimmten therapeutischen Vorgehensweisen alles machbar ist, und wie das Ganze vonstatten geht. So berichtet beispielsweise die bekannte Psychotherapeutin und Wissenschaftlerin Eva Jaeggi in ihrem Buch „Und wer therapiert die Therapeuten?“ (2004, S. 89):

„Viele Psychotherapeuten haben sich zu Beginn ihrer Laufbahn von den Möglichkeiten der Psychotherapie etwas mehr versprochen. Die jeweiligen Supervisionen waren – wie fast alle berichten – auch nicht unbedingt dazu angetan, ihnen die vielen Arten des Scheiterns vor Augen zu führen. »Alles war, so schien es mir, mit entsprechenden Methoden in den Griff zu kriegen«, so berichtete ein Verhaltenstherapeut. Aber auch Einsichtstherapeuten sind oft allzu leichtgläubig in ihre Therapien hineingegangen.“

Allzu oft werden „Lösungen“ für Symptome „verkauft“. Funktioniert etwas nicht, bekommt man von manchen Lehrtherapeuten zu hören, dass man sich nicht richtig an die therapeutischen Regeln bzw. das entsprechende Vorgehen „lege artis“ gehalten habe, etwas übersehen habe, oder es eben (falls nicht der widerständige oder noch-nicht-so-weite Patient schuld ist) an der fehlenden Erfahrung gelegen haben könnte. In diesen Fällen zeigt sich eine Defizit-Vermeidungs-Kultur. Eine entspannte Toleranz gegenüber therapeutischen Fehlern und allseits gelebte Akzeptanz für das Scheitern therapeutischer

Unternehmungen kommt dabei häufig zu kurz. Dabei muss sich beides nicht widersprechen, sondern ist durchaus vereinbar: Das Bemühen um möglichst gut gelingende („fehlerfreie“) therapeutische Arbeit, bei gleichzeitiger Akzeptanz der Tatsache, dass dies nie und nimmer immer gelingen kann und wird. In der Akzeptanz der Unvermeidbarkeit therapeutischer Fehler ergibt sich eine versöhnlichere Haltung gegenüber dem eigenen Sich-schuldig-machen und dadurch eine Vorbeugung von Schamgefühlen: „Ich mache therapeutische Fehler, aber ich bin kein Fehler als Therapeut.“

Empfehlung 2: Übernimm nur Verantwortung für das, worüber du auch die Macht hast!

Wie Tangney et al. (2007) betonen, weisen Schuldgefühle keinen Zusammenhang mit psychopathologischen Symptomen auf, wenn sie nicht aus übertriebener oder verzerrt wahrgenommener Verantwortlichkeit resultierten. Es empfiehlt sich also stets im Blick zu haben, wofür man a) explizit oder implizit die Verantwortung übernommen hat b) und / oder wofür man die Verantwortung zugewiesen bekommt um dann c) mit kühlem Kopf zu prüfen, ob man auch tatsächlich die Möglichkeiten hat, dieser Verantwortung nachzukommen. Gegebenenfalls ist es dann nötig, a) Verantwortung explizit zu übernehmen oder auch abzulegen, b) Verantwortungszuweisungen zurückzuweisen und c) sich die eigene Ohnmacht und Machbarkeitslimitierungen einzugestehen. Oder wie der Volksmund sagt: „Der ist ein Narr, der sich nimmt an, was er nicht vollbringen kann.“. Der Gesetzgeber kennt eine für Psychotherapeuten hilfreiche Zweiteilung hinsichtlich Verantwortungsübernahmen: Die zwischen Werkverträgen (§ 631ff BGB) und Dienstverträgen (§ 611 BGB). Bei einem Werkvertrag schuldet der Auftragnehmer ein genauer zu beschreibendes Werk (=konkretes Ergebnis) gegen Zahlung einer Vergütung. Bei einem Dienstvertrag schuldet der Auftragnehmer seinen Dienst (d.h. für einen gewissen Zeitraum sein Wissen und seine Fertigkeiten), nicht jedoch den Erfolg. Psychotherapeuten haben mit ihren Klienten juristisch betrachtet ganz eindeutig Dienstverträge. Sie sind nicht verantwortlich für ein bestimmtes Ergebnis, auch wenn die Vereinbarung therapeutischer Ziele zwischen Klient und Therapeut gelegentlich beiden eine Werkvertragsbeziehung suggerieren mag. Psychotherapeuten schulden ihre Zeit, ihr Wissen, ihre Fertigkeiten, eine therapeutische Arbeitsbeziehung – nicht mehr aber auch nicht weniger.

Empfehlung 3: Sei dir über die Unterschiede von Schuld- und Schamgefühlen im Klaren und nimm entsprechende Regungen bewusst wahr!

Schuld und Scham liegen sehr nahe beieinander. Ein Hauptunterschied besteht darin, ob eigene Verhaltensweisen negativ bewertet werden, und mit Bedauern und Wiedergutmachungstendenzen einhergehen, oder ob gleich das gesamte Selbst negativ bewertet wird. Die gleichen Situationen können sowohl Schuld- als auch Schamgefühle auslösen. Um nun auf Schuld- oder Schamneigungen überhaupt in jeweils angemessener Weise aktiv und konstruktiv reagieren zu können, sollte man sie a) überhaupt erst einmal bewusst wahrnehmen und sie b) unterscheiden können. Hilfreich für Bewusstmachung und Differenzierung können beispielsweise sein:

- das Wissen um die unterschiedlichen Merkmale von Scham und Schuld (siehe Abschnitte 2.1.4. und 4.2.)
 - emotional belastend konnotierte Reaktionen auf berufliche Situationen (z.B. mutmaßliche Verfehlungen, Pflichtverletzungen, etc.) auf verschiedenen Verhaltensebenen (kognitiv, emotional, physiologisch, motivational / Verhalten) bewusst wahrnehmen und notieren (Protokoll / Tagebuch)
 - die entsprechenden Reaktionen mit Außenstehenden durchsprechen und im Hinblick auf mögliche Schuld- oder Schamreaktionen reflektieren
- Man sollte daran denken, dass Schuld- und Schamreaktionen sich häufig überlagern, bei Therapeutinnen im Schnitt mehr als bei Therapeuten.

Empfehlung 4: Überprüfe, ob deine Schuld- oder Schamgefühle auch wirklich dir gehören

Manchen Klienten gelingt es, immer wieder die gleichen typischen Gefühle und Handlungsimpulse in seinen Mitmenschen – auch in seinem Therapeuten – zu erzeugen. Selbsterfahrung, Lehranalyse und Supervision sind die Kontexte, in denen ein Psychotherapeut für sich prüfen kann, welche Regungen „typisch“ für ihn selbst sind, und mit seiner eigenen Biografie zu tun haben; und welche Regungen nicht originär ihm gehören. Und ob sich beides vermischt. Manche Klienten besitzen die Gabe, die Klaviatur der Emotionen ihres Therapeuten virtuos zu spielen.

Empfehlung 5: Wenn du Schamgefühle wahrnimmst, versuch ihnen entgegen zu wirken!

Um der kognitiven Komponente von Schamgefühlen entgegenzuwirken, eignen sich Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie, beispielsweise die Umfokussierung der Aufmerksamkeit weg vom Selbst und hin zum konkreten Verhalten, die „Gedankenstop-Technik“, oder die Selbstverbalisation funktionaler Kognitionen (mehr zu den Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie siehe z.B. Fliegel et al., 1998). Emotionale Schamkomponenten wie das „Kleinsein“ können beispielsweise durch Elemente körperorientierter Therapieansätze wie Haltungsänderungen oder „sich groß atmen“ gut einer Veränderung zugeführt werden (zum weiteren Verständnis siehe z.B. Storch et al., 2006). Motivationalen Schamkomponenten, wie etwa Rückzugstendenzen oder Verteidigungshaltungen, kann wiederum gut mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen begegnet werden. Es können beispielsweise alternative Verhaltensweisen eingeübt und ihre Auftretenswahrscheinlichkeit erhöht werden. Natürlich haben auch viele weitere Therapieschulen möglicherweise hilfreiche Ideen und Ansätze zur Modifikation schamhaften Erlebens beizutragen. Selbsterfahrungsleiter und andere Psychotherapeuten helfen gerne weiter, um die eigene Scham zu bekämpfen.

Empfehlung 6: Nutze die Lernmöglichkeiten, die dir Schuldgefühle bieten!

Schuldgefühle mögen ein unangenehmer emotionaler Spannungszustand sein. Sie sind aber nicht nur eine Bürde, sondern auch eine Möglichkeit für Lernen und therapeutische Weiterentwicklung. Wie das alte Sprichwort sagt: *„Aus Fehlern wird man klug, drum ist einer nicht genug.“* Schuldgefühle können in Verbindung mit kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen (*„Wie hätte ich es anders machen können?“*) ein guter Motor für die Weiterentwicklung sein. Der Psychiater Irvin Yalom merkt dazu an: *„Man kann für die Vergangenheit nur büßen, indem man die Zukunft verändert.“*⁴² Wichtig bei allem schuldangetriebenen Nachdenken ist es jedoch, irgendwann zu einem Abschluss zu kommen (*„Habe jetzt für die Zukunft was daraus gelernt und kann das Thema ruhen lassen.“*), und nicht in Dauergrübeleien (*„Ach hätte ich doch nur...“*) abzugleiten.

⁴² Quelle: Praxishomepage von Prof. Dr. Alexander Noyon (<http://www.psychologie-bensheim.de/Zitate.htm>), aufgerufen am 16.8.2011.

Empfehlung 7: Rede mit anderen über deine Schuldgefühle!

Neben Schuldgefühlen und kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen sind „soziale Ressourcen“ von großem Nutzen für die berufliche Weiterentwicklung. Mit dritten Personen besprochen (Kollegen, Supervisoren, Familie, Freunde) kann manchem Schuldgefühl und Zweifel ein hilfreiches Fazit abgewonnen werden. Dritte Personen können Dinge sehen, die man aus der Betroffenenperspektive nicht wahrnimmt. Sie können Dinge aussprechen, die man als „Schuldiger“ nicht mal zu denken wagt, und sie können Dinge ertragbar machen, die einen sonst zu erdrücken drohen. Oder wie der deutsche Pfarrer und Schriftsteller Heinrich Wolfgang Seidel (1946) schrieb: *„Man darf niemandem seine Verantwortung abnehmen, aber man soll jedem helfen, seine Verantwortung zu tragen.“*

Empfehlung 8: Nutze Schuldgefühle für die Beziehungsgestaltung!

Schuldgefühle haben interpersonelle Funktionen (vgl. Baumeister, Stillwell & Heatherton, 1994), die der Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Klient nutzen können. Schuldgefühle motivieren zur Wiedergutmachung und Entschuldigung, und unterstützen somit die Aufrechterhaltung von Beziehungen und das gute Auskommen miteinander. Außerdem fühlt sich der Geschädigte möglicherweise nicht ganz so schlecht, wenn auch der Missetäter reuig und zumindest etwas schuldbehaftet leidet. Vorsicht ist natürlich geboten, damit das „Klientenopfer“ offensichtliche Schuldgefühle des „Therapeutentäters“ nicht einseitig und überzogen zu seinen Zwecken nutzt und Wiedergutmachungshandlungen einfordert (Bevorzugung, Sonderrechte, Überschreitung der Grenze zum Privaten, etc.), welche die therapeutische Beziehung in ein Schräglage bringen könnten, oder gegen die guten Sitten verstoßen.

Empfehlung 9: Trainiere emotionale Distanzierung!

Die meisten Klienten fühlen sich wunderbar angenommen, wenn man ihnen empathisch begegnet. Empathisches Einfühlen ist integraler Bestandteil des psychotherapeutischen Handwerks. Empathie ist jedoch nur eine Seite der Medaille. Die andere Seite ist die emotionale Distanz, die Meta- bzw. Außenperspektive. Auch sie ist integraler Bestandteil des psychotherapeutischen Handwerks. Psychotherapeuten sollten sich vor empathischer Überinfizierung ebenso schützen, wie sie sich vor dem einseitigen Rückzug in die intellektuell-kognitive Daueraußenperspektive hüten sollten. Nun ist

gerade „interpersonelles Bedauern“ als emotionaler Aspekt von Schuldgefühlen ein absolut empathischer Vorgang. Es ist gut, empathisch bedauern zu können, aber eben nur, wenn es früher oder später auch wieder gelingt, emotional distanziertere Sichtweisen zum Klienten einzunehmen. Ein ganzes Potpourri an Strategien kann dabei hilfreich sei, angefangen von schwarzem Humor („*Wo gehobelt wird, fallen Späne*“) und Selbstironie („*Es ist noch kein Meister vom Himmel gefallen*“), über die Einnahme der Position eines imaginierten Außenbeobachters der Situation, bis hin zur Nutzung zeitlicher Distanzierung („*Nehmen wir an, es sind einige Monate ab heute vergangen, und es geht mir als Therapeut wieder richtig gut, und ich schaue zurück in die Vergangenheit auf diese damals schuldauslösende Situation: Was werde ich dann darüber denken?*“).

Empfehlung 10: Glaube an (Selbst-)Vergebung und praktiziere sie!

*„Dass Menschen in Schuld geraten, ist schlimm; aber sich schuldig zu fühlen und nicht an Vergebung glauben zu können, - das ist die Hölle.“*⁴³

Eugen Drewermann, deutscher Theologe und Schriftsteller, *1940

*„Vergebung ist keine einmalige Sache, Vergebung ist ein Lebensstil.“*⁴⁴

Martin Luther King, am. Pastor und Bürgerrechtler, *1929 - †1968

Viele weltanschauliche Systeme definieren klar, wie man sich schuldig macht (z.B. Verstöße gegen die zehn Gebote), aber ebenso, wie man Schuldgefühle auch wieder los wird (Beichte & Buße & Vergebung). Der persönliche Nutzen liegt auf der Hand: Dass man sich immer wieder schuldig macht, wird nicht geleugnet, sondern als Teil des Menschseins akzeptiert. Würden sich jedoch die Schuldgefühle immer weiter aufaddieren, würde man irgendwann unter ihnen zusammenbrechen. Alle möglichen Systeme bieten nun entsprechende, explizite oder implizite Ausstiegsszenarien aus Schuldgefühlen an: Beichte, Reinigungsrituale, Selbstkasteiung, Begnadigung, „Neubeginn“, etc. Das naheliegendste, aber häufig auch schwierigste Ritual: Den Geschädigten um Verzeihung bitten, sich ent-schuldigen. Nun hilft aber alles Bitten um Verzeihung nicht, wenn der Geschädigte trotz aller Wiedergutmachungsversuche die Gunst der Entschuldigung verwehrt, oder wenn das Gespräch mit dem Geschädigten gar nicht mehr möglich ist, oder man sich trotzdem selbst nicht verzeiht. Vergebung heißt nicht, plötzlich wieder unschuldig zu sein, sondern trotz tatsächlich bestehender Schuld im Netz des sozialen

⁴³ Quelle: Drewermann in seinem Buch „*Ich steige hinab in die Barke der Sonne*“, zitiert nach http://de.wikiquote.org/wiki/Eugen_Drewermann, aufgerufen am 16.8.2011.

⁴⁴ Quelle: <http://www.zitate-online.de/sprueche/historische-personen/17776/vergebung-ist-keine-einmalige-sache-vergebung.html>, aufgerufen am 16.8.2011.

Gefüges als gleichberechtigter Beziehungspartner ohne Schuldgefühle weiter frei leben und handeln zu dürfen.

Empfehlung 11: Sei ein gutes, fehlerhaftes Modell!

Als Lehrtherapeut, Supervisor oder auch Therapeut ist man immer auch Modell für andere Kollegen und seine Klienten, und sollte nicht den Eindruck erwecken, man sei ein nahezu fehlerloser Profi. Es empfiehlt sich, die eigene Fehlerhaftigkeit vorzuleben, vielleicht sogar gelegentlich die eine oder andere Geschichte von eigenen schuldhaften Verhaltensweisen und Unpässlichkeiten Preis zu geben. Keinesfalls sollte man dem eigenen Narzissmus verfallen und den Eindruck erwecken, alle Fehler lägen nun hinter einem. Damit legt man nicht nur seinen Ausbildungskandidaten, Supervisanden und Klienten die Messlatte unrealistisch hoch, sondern auch sich selbst.

7.4. Anregungen für die weitere Forschung

Letztendlich ergab sich das Studiendesign und die Auswahl der Instrumente, wie wohl meistens, auch aus ökonomischen und zeitlichen Erwägungen heraus. So wünschenswert die Erhebung weiterer oder anderer Parameter gewesen wäre, möglicherweise auch in Verbindung mit anderen Studiendesigns, so sehr bestand bei diesem Dissertationsprojekt auch die Gefahr, die Studie zu breit, und den Arbeitsumfang nicht mehr bewältigbar anzulegen. Die Arbeit fand isoliert statt, und war nicht in ein längeres, größeres, und mehrere Forscher und Studien umfassendes Forschungsvorhaben eingebettet. Anders betrachtet wurden mit der Studie glücklicherweise nicht einmal annähernd alle Fragen geklärt, die sich auf die Rolle von Schuld- und Schamgefühlen in der beruflichen Entwicklung von Psychotherapeuten beziehen. Somit bleibt noch genug zu erforschen übrig:

Zuvorderst wäre es wünschenswert, statt, wie geschehen, eine Querschnittstudie durchzuführen, möglichst langfristige quantitative Längsschnittstudien aufzulegen. Im Rahmen echter Längsschnittstudien wäre es möglich, Vermutungen über kausale Zusammenhänge empirisch zu klären. Man könnte in erster Linie herausfinden, ob sich die aus dieser Studie ergebenden Vermutungen tatsächlich bewahrheiten, nämlich dass eine hohe Schamneigung tatsächlich kausal die Berufsausübung und Weiterentwicklung zu einem möglichst guten und dabei psychisch gesunden Therapeuten behindert, und eine hohe Schuldneigung hingegen einen günstigen Einfluss hat. Auch könnte man mögliche Auswirkungen konkreter, sowohl privater als auch beruflicher Erfahrungen auf die Neigung zu Schuld- und Schamgefühlen untersuchen. Man könnte feststellen, ob die akademische oder therapeutische Sozialisation, sowie auch die Art der Supervision, tatsächlich direkte kausale Einflüsse auf Schuld- oder Schamneigung haben. Es würde sich somit auch klären lassen, wie stabil Schuld- oder Schamneigung sich zeigen, ob Kollegen mit hoher Schamneigung das therapeutische Arbeitsfeld tatsächlich häufiger oder rascher wieder verlassen, ob Empfehlungen zur Reduzierung der Schamneigung und Nutzung der Schuldneigung (siehe Abschnitt 7.3.) überhaupt Wirkung zeigen - und somit auch sinnvolle Maßnahmen im Rahmen von Ausbildung, Weiterbildung und Supervision darstellen.

Auch wäre es durchaus erstrebenswert, berufsbezogene Schuld- und Schamgefühle bei Psychotherapeuten inhaltlich und strukturell noch besser zu verstehen. Wie entwickeln sich entsprechende Gedankengänge während auslösender Situationen? Alternieren sie? Gibt es kritische Momente, die darüber entscheiden, ob eine Situation

letztendlich zu Schamgefühlen, Schuldgefühlen, einem Mischungsverhältnis aus beidem oder ganz anderen Gefühlslagen führt? Welche Gedankengänge, Verhaltensweisen oder Wahrnehmungen helfen dabei, Scham wieder zu reduzieren oder doch noch „die Kurve“ Richtung Schuldgefühle zu bekommen? Welche Wiedergutmachungsmöglichkeiten finden Therapeuten für sich? Wie vergeben sich Therapeuten ihre Fehler? Licht ins Dunkel dieser und anderer offener Verständnisfragen ließe sich mit qualitativen Forschungsansätzen bringen. Denkbar wäre auch, quantitative Längsschnittstudien mit qualitativen Ansätzen zu kombinieren.

Schließlich wären auch noch experimentelle Designs denkbar. Man könnte unwissende Psychotherapeuten in vorgetäuschte Therapiesituationen (Erstgespräche) mit Schauspielern als Klienten bringen, und potentiell schuld- oder schamgefühlslösende Situationen herbeiführen, um dann konkret resultierende Reaktionsweisen unter variierenden Bedingungen zu erfassen. Beispielsweise könnte man herausfinden, in welcher Form anschließende Supervisionen möglicherweise hilfreich sind, ob anschließende Reinigungsrituale – ähnlich wie bei Ärzten das Händewaschen oder Kittel ausziehen – nachhaltig hilfreiche Effekte haben; wie Therapeuten reagieren, wenn man ihnen die Möglichkeit zur direkten Wiedergutmachung dem Klienten gegenüber nimmt, oder ob vorher in einer Fortbildung thematisierte Empfehlungen wie in Abschnitt 7.3. tatsächlich hilfreich sind. Gerade bei experimentellen Designs mit solchen Vortäuschungen ist jedoch unbedingt und sehr penibel auf ethische Standards zu achten.⁴⁵

⁴⁵ Man denke dabei beispielsweise an das Milgram-Experiment (Milgram, 1963, 1974) und seine ethischen Implikationen.

7.5. Ausblick

Zum Abschluss möchte ich alle psychotherapeutisch Tätigen noch einmal zum offensiven Umgang mit Scham- und Schuldgefühlen ermutigen. Beide fordern Psychotherapeuten in sehr unterschiedlicher Weise zum aktiven Umgang mit ihnen heraus, auch wenn sie häufig in den selben Situationen ihren Ursprung haben.

Schuldgefühle sind Phänomene, die das „Wachstum“ des Menschen im besten humanistischen Sinne begleiten. Mich haben sie die letzten Jahre in zweierlei Hinsicht begleitet: Einmal in der wissenschaftlichen Beschäftigung mit ihnen in Form dieser Studie. Und zum anderen in Form meiner eigenen therapeutischen Sozialisation, vom „Psychotherapeuten in Ausbildung“ bis hin zum Lehrtherapeuten und Supervisor, und den damit hin und wieder verbundenen Schuldgefühlen. Ich war somit stets Forscher und beforschtes Objekt – was immer wieder der emotionalen Distanz zu meiner Arbeit als Psychotherapeut zuträglich war.

Vermutlich machen uns gelegentliche Schuldgefühle – emanzipiert von ihrem häufigen Begleiter, den Schamgefühlen, dafür in Begleitung kontrafaktischer Aufwärtsvergleiche – zu verantwortungsvolleren, zunehmend sicherer, therapeutisch sattelfester und reifer handelnden Menschen im komplexen System „Psychotherapie“. In diesem Sinne möchte ich die moralische Emotion Schuld als *wachstumsorientierte moralische Emotion* bezeichnen und ihr, zumindest erst einmal für mich, explizit einen relevanten Stellenwert in der beruflichen Entwicklung als Psychotherapeut zuweisen.

*„Schreiben ist nicht schön.
Schön ist, geschrieben zu haben.“⁴⁶*

Rudolf Augstein, dt. Journalist, Verleger und Publizist, *1923 - †2002

⁴⁶ Augstein zit. nach Gabor Steingart (2011) in *„Das Ende der Normalität. Nachruf auf unser Leben, wie es bisher war.“*, S. 174., München: Piper.

8. Literaturverzeichnis

- Abramson, L. Y. & Sackheim, H. A. (1977). A paradox in depression: Uncontrollability and self-blame. *Psychological Bulletin*, 84(5), 838-851.
- Albani, C., Blaser, G., Körner, A., Geyer, M., Volkart, R., O'Connor, L, Berry, J. & Brähler, E. (2002). Der „Fragebogen zu interpersonellen Schuldgefühlen“ (FIS). Anwendung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und bei PsychotherapiepatientInnen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52, 189-197.
- Albani, C., Blaser, G., Körner, A., Volkart, R., Geyer, M. & Brähler, E. (2004). Interpersonelle Schuldgefühle im Vergleich zwischen einer Bevölkerungsstichprobe, Medizinstudenten und Psychotherapiepatienten. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 13(1), 13-19.
- Albs, B. (1997). *Verantwortung übernehmen für Handlungen und deren Folgen*. Hamburg: Kovac.
- Albs, B. (1998). Ein Beitrag zur Messung moralischer Emotionen: Das State-Trait-Schuldgefühle-Ausdrucksinventar. In: B. Reichke & M. Schmitt (Hrsg), *Verantwortung, Gerechtigkeit und Moral. Zum psychologischen Verständnis ethischer Aspekte im menschlichen Verhalten*. Weinheim, München: Juventa.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S. & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: the role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 69-73.
- Antonovsky A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725 - 733.
- Antonovsky A. & Franke, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Arnold, E. & Retsch, A. (1991): Liebe, Sexualität und Erotik zwischen Therapeuten und Klientinnen. Eine anonyme Fragebogenerhebung bei zertifizierten Verhaltenstherapeuten und -therapeutinnen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 23, 273-288.
- Arnold, E., Vogt, I. & Sonntag, U. (2000). Umgang mit sexueller Attraktivität und Berichten über sexuelle Kontakte in psychotherapeutischen Beziehungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie Psychiatrie und Psychotherapie*, 48, 18-35.
- Ashby, J. S., Rice, K. G. & Martin, J. L. (2006). Perfectionism, shame, and depressive symptoms. *Journal of Counseling and Development*, 84(2), 148-156.
- Baldwin, P., Dodd, M. & Wrate, R. (1997). Young doctor`s health: II. Health and health behaviour. *Social Science & Medicine*, 45, 41-44.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

- Baumeister, R. F. (1998). Inducing guilt. In J. Bybee (ed.), *Guilt and children*, 127-138. San Diego, CA: Academic Press.
- Baumeister, R. F., Stillwell, A. M. & Heatherton, T. F. (1994). Guilt: An interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, 115, 243-267.
- Becker-Fischer, M. & Fischer, G. (1996). *Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie – was tun? Orientierungshilfen für Therapeuten und interessierte Patienten*. Heidelberg: Asanger.
- Bennett, D. S., Sullivan, M. V. & Lewis, M. (2005). Young children`s adjustment as a function of maltreatment, shame, and anger. *Child Maltreatment*, 10(4), 311-323.
- Bermond, B., Nieuwenhuysse, B., Fasotti, L., & Schuerman, J. (1991). Spinal cord lesions, peripheral feedback, and intensities of emotional feelings. *Cognition and Emotion*, 5, 201-220.
- Berndsen, M., van der Pligt, J., Doosje, B. & Manstead, S. R. (2004). Guilt and regret: The determining role of interpersonal and intrapersonal harm. *Cognition & Emotion*, 18(1), 55-70.
- Berrios, G. E., Bulbena, A. & Bakshi, N. (1992). Feelings of guilt in major depression: Conceptual and psychometric aspects. *British Journal of Psychiatry*, 160, 781-787.
- Bonyng, E. R. (1993). Unidimensionality of SCL-90-R Scales in adult and adolescent crisis samples. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 212-215.
- Brähler, E., Surrey, H.-W. & Scheer, J. W. (1995). *Der Giessener Beschwerdebogen*. Handbuch. 2., erg. und rev. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Brandt, W. A. (2010) *Kreuzvalidierung des ICD-10-Symptom-Rating-(ISR)-Selbstbeurteilungsfragebogens an 969 depressiven Patienten mit der SCL-90-R und dem BDI I*. Dissertation, Universität Regensburg. Digital publiziert unter urn:nbn:de:bvb:355-epub-137511 (aufgerufen am 16.1.2011)
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 499-509.
- Brightman, B. K. (1984-1985). Narcissistic issues in the training experience of the psychotherapist. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 10, 293-317.
- Brosius, F. (2002). SPSS 11. *Professionelle Statistik unter Windows*. Bonn: mitp-Verlag.
- Brown, H. N. (1987). Patient suicide during residency training (1): Incidence, implications, and program response. *Journal of Psychiatric Education*, 11, 201-216.
- Busche, W., Mösko, M., Kliche, T., Koch, U. (2006) Die "Praktische Tätigkeit" in der psychotherapeutischen Ausbildung - Eine Akteurs- und Betroffenenbefragung zur Struktur- und Prozessqualität und zur Lage der PiA in diesem Ausbildungsabschnitt. *Report Psychologie*, 390-401
- Büssing, A. & Perrar, K.-M. (1992). Die Messung von Burnout. Untersuchung einer Deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). *Diagnostica*, 38, 328-353.
- Cannon, W. B. (1927). The James-Lange theory of emotion: A critical examination and an alternative theory. *American Journal of Psychology*, 39, 106-124.
- Caprara, G. V., Manzi, J. & Perugini, M. (1992). Investigating guilt in relation to emotionality and aggression. *Personality and Individual Differences*, 13, 519-532.
- Carroll, J. (1985). *Guilt. The gray eminence behind character, history and culture*. London: Routledge & Kegan Paul.

- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research* 1(2), 245-276.
- Cecchin, G. (1988). Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesisieren, Zirkularität und Neutralität: Eine Einladung zur Neugier. *Familiendynamik* 13(3), 190-203.
- Cecchin, G., Lane, G. & Ray, W. A. (1993). *Respektlosigkeit – eine Überlebensstrategie für Therapeuten*. Heidelberg: Carl Auer.
- Cohen, J. (1992): A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *NEO-PI-R Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Covert, M. V., Tangney, J. P., Maddux, J. E. & Heleno, N. M. (2003). Shame-proneness, guilt-proneness, and interpersonal problem solving: A social cognitive analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(1), 1-12.
- Crossley, D. & Rockett, K. (2005). The experience of shame in older psychiatric patients: a preliminary enquiry. *Aging & Mental Health*, 9, 368-373.
- Dalbert, C. (1999). *Die Ungewißheitstoleranzskala: Skaleneigenschaften und Validierungsbefunde* (=Hallesche Berichte zur Pädagogischen Psychologie Nr. 1). Halle: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, FB Erziehungswissenschaften – Pädagogik.
- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. London: Hohn Murray.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version*. John Hopkins University School of Medicine.
- Deutsch, C. J. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15(6), 833-845.
- Dickerson, S. S., Gruenewald T. L. & Kemeny, M. E. (2004). When the social self is threatened: shame, physiology, and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1191-216.
- Dickerson, S. S., Kemeny, M. E., Aziz, N., Kim, K. H. & Fahey, J. L. (2004). Immunological effects of induced shame and guilt. *Psychosomatic Medicine*, 66, 124-131.
- Dörner, D. & Stäudel, T. (1990). Emotion und Kognition. In Scherer, K. R. (Hrsg.), *Psychologie der Emotionen*. Enzyklopädie der Psychologie, Band C/IV/3., 293-344, Göttingen: Hogrefe.
- Einstein, D. & Lanning, K. (1998). Shame, guilt, ego development, and the five-factor model of personality. *Journal of Personality*, 66(4), 555-582.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition Emotion*, 6, 169-200.
- Ekman, P. & Friesen, W. V. (1978). *The facial action coding system*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Enzmann, D. & Kleiber, D. (1989). *Stress und Burnout in psychosozialen Berufen*. Heidelberg: Asanger.
- Farber, B. A. (1990). Burnout in psychotherapists: incidence, types and trends. *Psychotherapy in Private Practice*, 8, 35-44.
- Feiring, C. & Taska, L. (2005). The persistence of shame following sexual abuse: a longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreatment*, 10, 337-349.

- Feiring, C., Taska, L. & Lewis, M. (2002). Adjustment following sexual abuse discovery: the role of shame and attributional style. *Developmental Psychology*, 38, 79-92.
- Ferguson, T. J., Stegge, H., Eyre, H. L., Vollmer, R. & Ashbaker, M. (2000). Context effects and the (mal)adaptive nature of guilt and shame in children. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 126, 319-345.
- Finzen, A. (1986). Der Suizid im psychiatrischen Krankenhaus. Ein Sammelreferat von achtundneunzig Studien aus den Jahren 1941-1986. *Suizidprophylaxe*, SH4.
- Flick, U. (2002). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Fliegel, S., Groeger, W. M., Künzel, R., Schulte, D. & Sorgatz, H. (1998). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden*. 4. Aufl. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union.
- Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptomcheckliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual*. Göttingen: Beltz.
- Franke, G.H. & Stäcker, K.H. (1995). Reliabilität und Validität der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R; Derogatis, 1986) bei Standardreihenfolge versus inhaltshomogener Itemblockbildung. *Diagnostica*, 41(4), 349-373.
- Frenkel-Brunswik, E. (1949). Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable. *Journal of Personality*, 18, 108-143.
- Freud, S. (1923). *Das Ich und das Es* (eds). Studienausgabe, III, 273-330. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Frijda, N. H. (1993). The place of appraisal in emotion. *Cognition and Emotion*, 7, 357-387.
- Gabbard, G. O. (2003). Miscarriages of psychoanalytic treatment with suicidal patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 249-261.
- Ghatavi, K., Nicolson, R., MacDonald, C., Osher, S. & Levitt, A. (2002). Defining guilt in depression: a comparison of subjects with major depression, chronic medical illness and healthy controls. *Journal of Affective Disorders*, 68, 307-315.
- Gilbert, D. T. (2006). *Stumbling on happiness*. New York: Knopf.
- Gilovich, T. & Medvec, V. H. (1994). The temporal pattern to the experience of regret. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 357-365.
- Gilovich, T. & Medvec, V. H. (1995). The experience of regret: What, when, and why. *Psychological Review*, 102, 379-395.
- Goldstein, L. S. & Buongiorno, P. A. (1984). Psychotherapists as suicide survivors. *American Journal of Psychotherapy*, 38(3), 392-398.
- Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann, W. B., Jr. (2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality*, 37, 504-528.
- Gramzow, R. & Tangney, J. P. (1992). Proneness to shame and the narcissistic personality. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 369-76.
- Guttman, L. (1954). Some necessary conditions for common factor analysis. *Psychometrika* 19, 149-161.
- Häcker, H. & Stapf, K. H. (Hrsg.) (1998). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch*. (13. Aufl.). Bern: Huber.

- Hahn, W. K. (2004). The role of shame in negative therapeutic reactions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(1), 3-12.
- Haidt, J. (2003a). Elevation and the positive psychology of morality. In *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived*, ed. C.L. Keyes, J. Haidt, 275-89. Washington, DC: American Psychological Association.
- Haidt, J. (2003b). The moral emotions. In: R. J. Davidson, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith (Eds.) *Handbook of affective sciences*, 852-870, Oxford: Oxford University Press.
- Harder, D. W., Cutler, L. & Rockart, L. (1992). Assessment of shame and guilt and their relationships to psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 59, 584-604.
- Harder, D. W. & Zalma, A. (1990). Two promising shame and guilt scales: A construct validity comparison. *Journal of Personality Assessment*, 55, 729-745.
- Hardt, J., Gerbershagen, H. U. & Franke, P. (2000). The symptom check-list, SCL-90-R: its use and characteristics in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 4, 137-148.
- Harper, F. W. K. & Arias, I. (2004). The role of shame in predicting adult anger and depressive symptoms among victims of child psychological maltreatment. *Journal of Family Violence*, 19(6), 367-75.
- Henderson, L. & Zimbardo, P. (2001). Shyness as a clinical condition: the Stanford model. In: W. R. Crozier & L. E. Alden (eds.) *International Handbook of Social Anxiety: Concepts, Research and Interventions Relating to the Self and Shyness*, S. 431-47. New York: Wiley.
- Hendin, H., Haas, A. P., Maltzberger, J. T., Szanto, K. & Rabinowicz, H. (2004). Factors Contributing to Therapists' Distress After the Suicide of a Patient. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1442-1446.
- Heydt, G. & Potschigmann, B. (1989). Reaktionen vom Pflegepersonal auf Suizide psychiatrischer Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 16, 66-70.
- HM Inspectorate of Prisons for England and Wales (1999). *Report on a full inspection of HM Prison The Wolds 2-6 November 1998*, London: Home Office. Siehe auch: <http://www.nationalarchives.gov.uk/ERORecords/HO/421/2/hmipris/inspects/wolds.pdf> (aufgerufen am 28.2.2010)
- Hodgson, R. & Rachman, S. (1974). II. Desynchrony in measures of fear. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 319-326.
- Hoffmann-Richter, U. (1995a). Schuld und Schuldgefühle im therapeutischen Team nach einem Suizid. *Suizidprophylaxe*, 22(1), 25-29.
- Hoffmann-Richter, U. (1995b). Wenn Therapeuten etwas schuldig bleiben: Bedeutung und Umgang mit Schuldgefühlen nach Suiziden Psychosekranker. In M. Wolfersdorf & W. Felber (Hrsg.), *Psychose und Suizidalität*, Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Holi, M. M., Sammallahti, P. R. & Aalberg V. A. (1998). A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 42-46.
- Holroyd, J. C. & Brodski, A. M. (1977). Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic physical contact with clients. *American Psychologist*, 32, 843-849.
- Hosser, D., Windzio, M. & Greve, W. (2008). Guilt and shame as predictors of recidivism: a longitudinal study with young prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 138-152.

- Huxley, A. (1981). *Die Pforten der Wahrnehmung*. München: Piper.
- Ickes, W., Gesn, P. R. & Graham, T. (2005). Gender differences in empathic accuracy: Differential ability or differential motivation? *Personal Relationships*, 7(1), 95-109.
- Izard, C. E. (1978). *Human emotions*. Plenum: NewYork.
- Jaeggi, E. (2004). *Und wer therapiert die Therapeuten?* München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188-205.
- Jeschke, K. & Wolff, S. (2010). Zwischen Wachstum und Stagnation – Die professionelle Entwicklung von Psychotherapeut/inn/en über die Lebensspanne. *Psychotherapeutenjournal*, 1/2010, 25-33.
- John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). *The Big Five Inventory-Versions 4a and 54*. Berkeley, CA: University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.
- Joireman, J. (2004). Empathy and the self-absorption paradox II: self-rumination and self-reflection as mediators between shame, guilt, and empathy. *Self and Identity*, 3, 225-38.
- Kämmerer, A., Rosenkranz, J., Parzer, P. & Resch, F. (2003). *Heidelberger Fragebogen zu Schamgefühlen (HFS) – Manual*. Frankfurt am Main: Swets Test Services GmbH.
- Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O. & Pedersen, N. L. (2006). Personality and major depression.: a Swedish longitudinal, population-based twin study. *Archives of General Psychiatry*, 63(19), 1113-1120.
- Kernberg, O. F., Dulz, B. & Eckert, J. (2005). *Wir. Psychotherapeuten über sich und ihren "unmöglichen" Beruf*. Stuttgart: Schattauer.
- Kihlstrom, J. F. (1999). The Psychological Unconscious. In: L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: theory and research*. New York, London: Guilford Press.
- Klaghofer, R. & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49(2), 115-124.
- Kleespies, P. M., Penk, W. E. & Forsyth, J. P. (1993). The stress of patient suicidal behavior during clinical training: incidence, impact, recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(3), 293-303.
- Kleespies, P. M., Smith, M. R. & Becker, B. R. (1990). Psychology interns as patient suicide survivors: Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(4), 257-263.
- Kleining, G. (1982). Umriß zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 34, 224-253.
- Kocherscheidt, K., Fiedler, P., Kronmüller, K.-T., Backenstraß, M. & Mundt, C. (2002). Zur empirischen Unterscheidung von Scham und Schuld. Beschreibung und Evaluierung der dt. Version des Tosca. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23(2), 217-224.
- Kotter, H., Reschke, K. & Kranich, U. (2000). Wie gehen Psychotherapeutinnen in den Neuen Bundesländern mit berufsethischen Standards zum Thema "Sexualität in der Psychotherapie" um? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 32, 663-672.
- Krampen, G. (1993). Effekte von Bewerbungsinstruktionen und Subskalenextraktion in der Fragebogendiagnostik. *Diagnostica*, 39(2), 97-108.

- Krampen, G., Hense, H. & Schneider, J.F. (1992). Reliabilität und Validität von Fragebogenskalen bei Standardreihenfolge versus inhaltshomogener Blockbildung ihrer Items. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 39, 229-248.
- Kroll, J. & Egan, E. (2004). Psychiatry, moral worry, and the moral emotions. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(6), 352-360.
- Kubany, E. S. & Watson, S. B. (2003). Guilt: elaboration of a multidimensional model. *The Psychological Record*, 53, 51-90.
- Kugler, K. & Jones, W. H. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 318-327.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In J. M. Schlein (Ed.), *Research in psychotherapy*, (Vol. 3, 90-103). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lang, F. R., Lüdtke, O. & Asendorpf, J. B. (2001). Testgüte und psychometrische Äquivalenz der deutschen Version des Big Five Inventory (BFI) bei jungen, mittelalten und alten Erwachsenen. *Diagnostica* 47, 111-121.
- Lange, C. G. (1887). *Über Gemuethsbewegungen*. Leipzig: Theodor Thomas.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Leibetseder, M., Laireiter, A.-R., Riepler, A. & Köller, T. (2001). E-Skala: Fragebogen zur Erfassung von Empathie - Beschreibung und psychometrische Eigenschaften. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 22(1), 70-85.
- Leith, K. P. & Baumeister, R. F. (1998). Empathy, shame, guilt, and narratives of interpersonal conflicts: guilt-prone people are better at perspective taking. *Journal of Personality*, 66, 1-37.
- Leskela, J., Dieperink, M. & Thuras, P. (2002). Shame and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 223-26.
- Levene, H. (1960). Robust tests for equality of variances. In: I. Olkin, H. Hotelling et al (Hrsg.): *Contributions to Probability and Statistics: Essays in Honor of Harold Hotelling*, S. 278-292, Stanford University Press 1960.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lickel, B., Schmader, T., Curtis, M., Scarnier, M. & Ames, D. R. (2005). Vicarious shame and guilt. *Group Processes & Intergroup Relations*, 8(2), 145-157.
- Lilliefors, H. W. (1967). On the Kolmogorov-Smirnov test for normality with mean and variance unknown. *Journal of the American Statistical Association*, 62, 399-402.
- Lindsay-Hartz, J. (1984). Contrasting experiences of shame and guilt. *American Behavioral Scientist*, 27, 689-704.
- Litman, R. E. (1965). When patients commit suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 19(4), 570-576.
- Maes, L. (1998). In: B. Reichke & M. Schmitt (Hrsg.), *Verantwortung, Gerechtigkeit und Moral. Zum psychologischen Verständnis ethischer Aspekte im menschlichen Verhalten*. Weinheim, München: Juventa.
- Mandel, D. R. (2003). Counterfactuals, emotions, and context. *Cognition & Emotion*, 17, 139-159.

- Markowitz, J. C. (1990). Letters to the editor: Attending the funeral of a patient who commits suicide. *American Journal of Psychiatry*, 147(1), 122-123.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Mayring, P. (2001). Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse [31 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung* [On-line Journal], 2(1). Verfügbar über: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs.htm> (aufgerufen am: 1.3.2006)
- McDougall, W. (1908). *An introduction to social psychology*. London: Methuen.
- McGraw, K. M. (1987). Guilt following transgression: An attribution of responsibility approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 247-256.
- McLaughlin, D. E. (2002). Posttraumatic stress disorder symptoms and self-conscious affect among battered women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 62, 4470.
- Mead, M. (1961). Administrative contributions to democratic character formation at the adolescent level. In C. Kluckhohn, H. A. Murray & D. M. Schneider (Eds.), *Personality in nature, society, and culture*. New York: Knopf, 663-670.
- Menninger, W. W. (1990). Anxiety in the psychotherapist. *Bulletin of the Menninger Clinic*, Spring90, 54(2), 232-247.
- Menninger, W. W. (1991). Patient suicide and its impact on the psychotherapist. *Bulletin of the Menninger Clinic*, Spring91, 55(2), 216-228.
- Mertens, W. (1998). *Psychoanalytische Grundbegriffe* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz
- Meyer, W.-U., Schützwohl, A. & Reizenzein, R. (2001). *Einführung in die Emotionspsychologie. Band I. 2.* überarb. Aufl., Bern: Hans Huber.
- Meyer, W.-U., Schützwohl, A. & Reizenzein, R. (2003a). *Einführung in die Emotionspsychologie. Band II: Evolutionspsychologische Emotionstheorien*. 3. korrigierte Aufl. Bern: Hans Huber.
- Meyer, W.-U., Schützwohl, A. & Reizenzein, R. (2003b). *Einführung in die Emotionspsychologie. Band III: Kognitive Emotionstheorien*. Bern: Hans Huber.
- Miceli, M. & Castelfranchi, C. (1998). How to silence one's conscience: cognitive defenses against the feeling of guilt. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 28(3), 287-318.
- Milgram, S. (1963). Behavioral Study of obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 371-378.
- Milgram, S. (1974). *Obedience to Authority. An Experimental View*. New York: Harper.
- Millar, K. U. & Tesser, A. (1988). Deceptive behavior in social relationships: A consequence of violated expectations. *Journal of Psychology*, 122, 263-273.
- Mills, R. (2003). Possible antecedents and developmental implications of shame in young girls. *Infant and Child Development*, 12, 329-49.
- Montada, L. (1988). *Schuld wegen Wohlstand?* (Berichte aus der Arbeitsgruppe „Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral“ Nr. 43). Trier: Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie.
- Montada, L. (1993). Moralische Gefühle. In W. Edelstein, G. Nummer-Winkler & G. Noam (Hrsg.), *Moral und Person*, 259-277. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Montada, L. & Schneider, A. (1988). *Justice and emotional reactions to victims* (Berichte aus der Arbeitsgruppe „Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral“ Nr. 47). Trier: Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie.
- Montada, L., Schmitt, M. & Dalbert, C. (1983). *Existentielle Schuld: Rekrutierung der Untersuchungsstichprobe, Erhebungsinstrumente und Untersuchungsplan* (Berichte aus der Arbeitsgruppe „Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral“ Nr. 20). Trier: Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie.
- Montada, L., Schmitt, M. & Dalbert, C. (1986). Thinking about justice and dealing with one`s own privileges: A study of existential guilt. In H. W. Bierhoff, R. Cohen & J. Greenberg (Eds.), *Justice in Social Relations*. New York: Plenum Press, 125-143.
- Montada, L., Dalbert, C., Reichle, B. & Schmitt, M. (1986). Urteile über Gerechtigkeit, „existentielle Schuld“ und Strategien der Schuldabwehr. In F. Oser, W. Althof & D. Garz (Hrsg.), *Moralische Zugänge zum Menschen – Zugänge zum moralischen Menschen*. München: Kindt, 205-225.
- Montada, L. & Reichle, B. (1983). *Existentielle Schuld: Explikation eines Konzeptes* (Berichte aus der Arbeitsgruppe „Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral“ Nr. 18). Trier: Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie.
- Mosher, D. L. (1966). The development and multitrait-multimethod matrix analysis of three measures of three aspects of guilt. *Journal of Consulting Psychology*, 30(1), 25-29.
- Murray, C. Waller, G. & Legg, C. (2000). Family dysfunction and bulimia psychopathology: the mediating role of shame. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 84-89.
- Neuberg, S. L., & Newsom, J. T. (1993). Personal need for structure: Individual differences in the desire for simple structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 113-131.
- Niedenthal, P. M., Tangney, J. P. & Gavanski, I. (1994). “If only I weren`t” versus “if only I hadn`t”: distinguishing shame and guilt in counterfactual thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(4), 585-95.
- O`Connor, L., Berry, J., Weiss, J., Bush, M. & Sampson, H. (1997). Interpersonal guilt: the development of a new measure. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 73-89.
- Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: a study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Orsillo, S. M., Heimburg, R. G., Juster, H. R. & Garrett, J. (1996). Social phobia and PTSD in Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 235-52.
- Otto, J. H., Euler, H. A. & Mandl, H. (2000). *Emotionspsychologie. Ein Handbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Parkinson, B., Fischer, A. H. & Manstead, A. S. R. (2005). *Emotion in social relations: cultural, group, and interpersonal processes*. New York: Psychology Press.
- Paulhus, D. L., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H. & Tracy, J. L. (2004). Two replicable suppressor situations in personality research. *Multivariate Behavioral Research*, 39, 303-28.
- Plutchik, R. (1958). Outlines of a new theorie of emotion. *Transactions of the New York Academy of Sciences*, 20, 394-403.

- Plutchik, R. (1980). *Emotion. A psychoevolutionary synthesis*. New York: Harper & Row.
- Pope, G. G. (1990). Abuse of psychotherapy: psychotherapist-patient intimacy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 53, 191-198.
- Pope, K. S., Levenson, H. & Schover, L. S. (1979). Sexual intimacy in psychology training: results and implications of a national survey. *American Psychologist*, 34, 682-689.
- Quiles, Z. N. & Bybee, J. (1997). Chronic and predispositional guilt : relations to mental health, prosocial behavior and religiosity. *Journal of Personality Assessment*, 69, 104-26.
- Rachman, S. & Hodgson, R. (1974). I. Synchrony and desynchrony in measures of fear. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 311-318.
- Radant, M. & Dalbert, C. (2006, September). *Dimensionen der Komplexitätstoleranz: Ergebnisse einer Synopse von Persönlichkeitskonstrukten*. Vortrag gehalten auf dem 45. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Nürnberg.
- Rammstedt, B. (2007). The 10-Item Big Five Inventory (BFI-10): Norm values and investigation of socio-demographic effects based on a German population representative sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 193-201.
- Rammstedt, B., & John, O.P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41, 203–212.
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press.
- Reichle, B., Montada, L. & Schneider, A. (1985). *Existentielle Schuld: Differenzierung eines Konstruktes* (Berichte aus der Arbeitsgruppe „Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral“ Nr. 35). Trier: Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie.
- Reisenzein, R. & Hostmann, G. (2006). Emotion. In H. Spada (Ed.), *Lehrbuch Allgemeine Psychologie* (3. Aufl.) (pp. 435-500). Bern: Hans Huber.
- Reschke, K., Köhler, M.F. & Kranich, U. (1999). Wie stabil sind Umgangsmuster mit sexueller Attraktivität und Kontakten in der Psychotherapie? Eine Nachuntersuchung an sächsischen Psychotherapeutinnen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 31, 551-570.
- Reschke, K. & Kranich, U. (1996). Sexuelle Gefühle und Phantasien in der Psychotherapie. Eine anonyme Fragebogenerhebung bei sächsischen Psychotherapeutinnen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 28, 251-271.
- Reuster, T. (2001). Schuld in der psychotherapeutischen Beziehung. *Psychotherapeut*, 46, 259-265.
- Rief, W., Greitemeyer, M. & Fichter, M. M. (1991). Kurzberichte über neue diagnostische Verfahren. Die Symptomcheckliste SCL-90-R: Überprüfung an 900 psychosomatischen Patienten. *Diagnostica*, 37, 58-65.
- Roese, N. J. (1994). The functional basis of counterfactual thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 805-818.
- Roese, N. J. (2007a). *Ach, hätt' ich doch! Wie man Zweifel in Chancen verwandelt*. Frankfurt am Main: Eichborn.
- Roese, N. J. (2007b). Ach, hätte ich doch ... ! *Psychologie Heute*, 3(34), 21-25.

- Roese, N. J., Sanna, L. J., & Galinsky, A. D. (2005). The mechanics of imagination: Automaticity and control in counterfactual thinking. In R. R. Hassin, J. S. Uleman, & J. A. Bargh (Eds.), *The new unconscious* (pp. 138-170). New York: Oxford University Press.
- Rønnestad, M. H. & Orlinsky, D. (2006). Therapeutische Arbeit und berufliche Entwicklung. *Psychotherapeut*, 51, 271-275.
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. (1997). Berufliche Entwicklung und Supervision von Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 42, 299-306.
- Royston, P. (1992). Approximating the Shapiro-Wilk W-test for non-normality. *Statistics and Computing*, 2, 117-119.
- Sanftner, J. L., Barlow, D. H., Marschall, D. E. & Tangney, J. P. (1995). The relation of shame and guilt to eating disorders symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 315-24.
- Schachter, S. & Singer, J.E. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Schaefer, D. A. (2000). The difference between shame-prone and guilt-prone persons on measures of anxiety, depression and risk of alcohol abuse. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 60, 2389.
- Scherer, K. R. (2001). Appraisal considered as a process of multilevel sequential checking. In K. R. Scherer, A. Schorr & T. Johnstone (Hrsg.), *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*, 91-120. New York: Oxford University Press.
- Schmidbauer, W. (1977). *Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe*. Reinbek: Rowohlt.
- Schmidbauer, W. (2002). *Helfersyndrom und Burnoutgefahr*. München, Jena: Urban & Fischer.
- Schmidbauer, W. (2005). Burn-out in der Psychotherapie. In: O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (2005), *Wir. Psychotherapeuten über sich und ihren "unmöglichen" Beruf*. Stuttgart: Schattauer.
- Schmitt, M., Bäuerle, C., Domke, E., Eckmann, J., Ganseforth, A., Gartelmann, A., Mosthaf, U., Siebert, G. & Wiedemann, R. (1989). Zur Differenzierung von existenzieller Schuld und Mitleid über Verantwortlichkeitsinduktion: Ein Filmexperiment. *Zeitschrift für Experimentelle and Angewandte Psychologie*, 36(2), 274-291.
- Schneider, K. (1990). Emotionen. In H. Spada (Hrsg.), *Allgemeine Psychologie* (S. 405-449). Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, A., Reichle, B. & Montada, L. (1986). *Existenzielle Schuld: Stichprobenrekrutierung, Erhebungsinstrumente und Untersuchungsplan* (Berichte aus der Arbeitsgruppe „Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral“ Nr. 36). Trier: Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie.
- Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2000). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskaala. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 50, 472-82.
- Schwab, R. & Liese, G. (2000). Burnout und Persönlichkeit bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In Vergleich zwischen Gesprächspsychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 31, 45-51.

- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schweitzer, J. & Schlippe, A. v. (2007). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Searls, H. E. (1979). Feelings of guilt in the psychoanalyst. In: *Countertransference and related subjects: Selected papers* (pp. 28-35). New York: International Universities Press. (Originalarbeit publiziert 1967)
- Seidel, H. W. (1946). *Aus dem Tagebuch der Gedanken und Träume*. München: Piper.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1981). Hypothesisieren – Zirkularität – Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik*, 6, 123-139.
- Shneidman, E. S. (1969). Suicide, Lethality, and the Psychological Autopsy. *International Psychiatry Clinics*, 6(2), 225-250.
- Skovholt, T. M. & Rønnestad, M. H. (1995). *The evolving professional self: Stages and themes in therapist and counselor development*. Chichester, UK: Wiley.
- Smith, C. A. & Lazarus, R. S. (1993). Appraisal components, core relational themes, and the emotions. *Cognition and Emotion*, 7, 233-269.
- Smits, D. J. M., De Boeck, P., Kuppens, P. & Van Mechelen, I. (2002). The structure of negative emotion scales: generalization over contexts and comprehensiveness. *European Journal of Personality*, 16(2), 127-41.
- Sokolowski, K. (2007). Emotion. In J. Müsseler (Ed.), *Allgemeine Psychologie* (2. Aufl., pp. 294-333). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. In C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 1, 23-49). New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form Y)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Jacobs, G., Russel, S. F. & Crane, R. S. (1983). Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale. In J. N. Butcher & C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* (Vol.2, 159-187). Hillsdale: Erlbaum.
- Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G. & Tschacher, W. (2010). *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen*. 2., erw. Aufl., Bern: Huber.
- Strohschneider, S. & Tisdale, T. (1987). *Handlungspsychologie*. Kurseinheit 3: Handlungsregulation in Unbestimmtheit und Komplexität. Hagen: Fernuniversität Hagen.
- Stuewig, J. & McCloskey, L. (2005). The impact of maltreatment on adolescent shame and guilt: psychological routes to depression and delinquency. *Child Maltreatment*, 10, 324-36.
- Stumm, G. & Pritz, A. (Hrsg.) (2000). *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Tangney, J. P. (1990). Assessing individual differences in proneness to shame and proneness to guilt: Development of the self-conscious affect and attribution inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 101-111.

- Tangney, J. P. (1991). Moral affect: the good, the bad, and the ugly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 598-607.
- Tangney, J. P. (1992). Situational determinants of shame and guilt in young adulthood. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 199-206.
- Tangney, J. P. (1994). The mixed legacy of the superego: adaptive and maladaptive aspects of shame and guilt. In: J. M. Masling, R. F. Bornstein (ed.) *Empirical Perspectives on Object Relations Theory*. Washington, DC: American Psychological Association, 1-28.
- Tangney, J. P. (1995). Shame and guilt in interpersonal relationships. In: J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. New York: Guilford Press, 114-39.
- Tangney, J. P. (1996). Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 34(9), 741-54.
- Tangney, J. P., Burggraf, S. A. & Wagner, P. E. (1995). Shame-proneness, guilt-proneness, and psychological symptoms. In: J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. New York: Guilford Press, 343-367.
- Tangney, J. P. & Dearing, R. (2002). *Shame and Guilt*. New York: Guilford.
- Tangney, J. P. & Mashek, D. J. (2004). In search of the moral person: Do you have to feel really bad to be good? In: J. Greenberg, S. L. Koole, T. Pyszczynski (Eds.), *Handbook of Experimental Existential Psychology*, 156-166, New York: Guilford Press.
- Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L. & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1256-1269.
- Tangney, J. P., Stuewig, J. & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, 58, 345-72.
- Tibbetts, S. G. (1997). Shame and rational choice in offending decisions. *Criminal Justice and Behavior*, 24, 234-55.
- Tibbetts, S. G. (2003). Self-conscious emotions and criminal offending. *Psychological Reports*, 93(1), 101-26.
- Tillman, J. G. (2006). When a patient commits suicide: An empirical study of psychoanalytic clinicians. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 159-177.
- Tomkins, S. S. (1964). Affect theory. In K. R. Scherer & P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 163-195.
- Tracy, J. L. & Robins, R. W. (2006). Appraisal antecedents of shame, guilt, and pride: Support for a theoretical model. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(10), 1339-51.
- Traue, H. C. & Kessler, H. (2003). Psychologische Emotionskonzepte. In: A. Stephan & H. Walter (Hrsg.), *Natur und Theorie der Emotion* (pp. 21-33). Paderborn: Mentis.
- Valente, S. M. (1994). Psychotherapist reactions to the suicide of a patient. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(4), 614-621.
- Valente, S. M. (2003). Aftermath of a patient's suicide: a case study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 39(1), 17-22.

- Valins, S. (1966). Cognitive effects of false heart-rate feedback. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 400-408.
- Volgger, B., Laireiter, A.-R. & Sauer, J. (2004). Burnout bei PsychotherapeutInnen: Eine Studie bei Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in Österreich. *Person*, 2, 114-124.
- Wagner, A. M. (1995). *Rückfall und Emotion: zur psychischen Beanspruchung von Suchttherapeuten*. Frankfurt: Lang.
- Watson, J. B. (1968). *Behaviorismus*. Kiepenheuer & Witsch.
- Watson, J. B. & Rayner, R. (1920/2000). Conditioned emotional reactions. *American Psychologist*, 55, 313-317.
- Webster, D. M. & Kruglanski, A. W. (1994). Individual Differences in need for cognitive closure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1049-1062.
- Weiner, B. (1980). A cognitive (attribution)-emotion-action model of motivated behavior: An analysis of judgements of help-giving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 186-200.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. Berlin: Springer.
- Weiner, B. (1995). *Judgments of Responsibility: A Foundation for a Theory of Social Conduct*. New York: Guilford.
- Weiner, B. & Graham, S. (1999). Attribution in Personality Psychology. In: L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: theory and research*. New York, London: Guilford Press.
- Weiss, J. (1993). *How Psychotherapy Works. Process and Technique*. New York, London: Guilford Press.
- Weiss, J., Sampson, H. & The Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research*. New York: Guilford Press.
- Wicker, F. W., Payne, G. C. & Morgan, R. D. (1983). Participant descriptions of guilt and shame. *Motivation and Emotion*, 7(1), 25-39.
- Willutzki, U., Ambühl, H., Cierpka, M., Meyerberg, J., Orlinski, D. & SPR Collaborative Research Network (1997). Zufrieden oder ausgebrannt: Die berufliche Moral von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In: P. Janssen (Hrsg.), *Psychotherapie als Beruf*, 207-222, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wurmser, L. (2007). *Die negative therapeutische Reaktion*. Vortrag am 28.11.2007 in der Villa Raczyński, Bregenz. Skript zum Vortrag unter <http://www.jung-institut-muenchen.de/download/index.html> (aufgerufen am 20.10.2010)
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking : Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175.
- Zhong, C.-B. & Liljenquist, K. (2006). Washing away your sins: threatened morality and physical cleansing. *Science*, 313, 1451-1452.

Schuldgefühle nach Suiziden von Patienten des Autors

Ich habe lange überlegt, ob ich in dieser Arbeit meine persönlichen Erfahrungen mit Patientensuiziden schildern soll – oder besser nicht. Der Ausspruch „*Eigene Erfahrungen sind teuer, fremde Erfahrungen sind kostbar*“ des jüngst verstorbenen Begründers der Positiven Psychotherapie Nossrat Peseschkian hat mich schließlich bewogen, zwei meiner teuer bezahlten Erfahrungen hier einfließen zu lassen:

Falldarstellung I

In meiner Zeit als „Psychologe im Praktikum“ arbeitete ich in einer psychiatrischen Akutklinik und war als Psychologe zuständig für eine Station mit 30 Betten. Wenige Wochen nach meinem Arbeitsantritt in der Klinik nahmen wir einen Familienvater mit einem schizoiden, wahnhaft-depressiven Zustandsbild auf. Er litt unter einem Verschuldigungswahn in Bezug auf ein einziges, bagatellhaft anmutendes Ereignis an seinem Arbeitsplatz. Seine Symptomatik besserte sich nur sehr langsam und wurde nie wirklich greifbar. Als es nach über einem Jahr Klinikaufenthalt endlich so schien, dass es deutlich bergauf ging, beging er während eines Freiganges völlig überraschend auf äußerst gewaltsame Weise Suizid. Ich überbrachte die Todesnachricht gemeinsam mit dem leitenden Oberarzt seiner Ehefrau und seinen Eltern. Es war ein sehr schwerer Gang. Ich hatte die Familie zuvor häufig in Form von entlastenden Gesprächen und gemeinsamem Lösungssuchen in die Therapie eingebunden und kannte alle gut. Wir hatten ein vertrauensvolles Verhältnis. Dieses gute Verhältnis half meiner Ansicht nach, die Angehörigen in den ersten Stunden so gut wie möglich zu stützen. Schuldgefühle hatte ich nur relativ wenige, dafür aber der Assistenzarzt, der ihm Ausgang gewährt hatte. Dennoch gingen mir viele kontrafaktische Gedanken durch den Kopf: Wie wäre die Sache ausgegangen, wenn ich mich im Laufe der Behandlung anders verhalten hätte? Andere Entscheidungen getroffen hätte? Nahezu das gesamte Team meiner Station befand sich in einer Art schuldbehafteten Schockstarre, und ich wurde gebeten, das Ereignis mit allen nach zu besprechen, da die nächste externe Supervision erst wieder in knapp einem Monat gewesen wäre. In Rücksprache mit dem Chefarzt und auf eigenen Wunsch ging ich auch auf die öffentliche Beerdigung. Dort erlebte ich dann eine Art „persönliches Waterloo“. Als die Mutter des Toten mich kurz vor Ende des Beerdigungsrituals erblickte, beendete sie – für mich völlig überraschend! – die sprichwörtliche Totenstille durch theatralische Ausschreie, Beschimpfungen und heftigste Schuldvorwürfe an meine Adresse. Als binnen weniger Augenblicke ihr, und somit auch mir, die gesamte Aufmerksamkeit der Trauergesellschaft gewiss war, blieb mir nurmehr übrig, den Friedhof möglichst ruhig und rasch zu verlassen. Ich habe mich oft gefragt,

warum mich dieses Ereignis in meiner beruflichen Entwicklung zwar bedeutsam geprägt, jedoch nicht tiefgreifend verunsichert hat. Die gegenwärtige Antwort darauf lautet: Die Verantwortung für das therapeutische Vorgehen war aus meiner Perspektive gut verteilt gewesen: auf mich, zwei erfahrene Assistenzärzte, den leitenden Oberarzt. Des Weiteren stand der Chefarzt unbeirrt hinter all unseren therapeutischen Entscheidungen. Auch war das Thema „Suizid“ für mich kein völlig neues. Ich hatte bereits während meines Zivildienstes im Rettungsdienst des Roten Kreuzes vielfach direkten Kontakt mit erfolgreichen und weniger erfolgreichen Suizidanten und wusste, dass ich mit dem Thema prinzipiell gut umgehen kann. In dieser Zeit hatte sich bei mir auch eine belastbare eigene Haltung zum Thema Sterblichkeit und Suizid entwickelt.

Die wichtigste Lehre aus diesem Psychiatrie-Kapitel ist für mich: *„Egal wie gut dein therapeutischer Kontakt ist, unterschätze nie die Macht des Schuldokers. Menschen sind bereit, ihr Leben aufzugeben, um Schuldgefühle loszuwerden. Landet die Schuldkarte dann bei Angehörigen, rechne damit, dass sie sehr rasch – möglicherweise an dich als Therapeut – weitergereicht wird.“*

Des Weiteren festigt sich seitdem immer mehr der Gedanke, dass es in Therapie nicht immer darum geht, Patienten rasch von ihren Schuldgefühlen zu erlösen, sondern auch zu helfen, mit Schuldgefühlen möglicherweise erst einmal zu leben. Der Weg zur Selbstvergebung führt häufig nicht über rasche Interventionen der kognitiven Umstrukturierung. Manchmal ist eine notwendige Bedingung der Selbstvergebung die Bestrafung. Und wenn diese nicht von Außen erfolgt, dann bleibt nur die Selbstbestrafung. Und dann kann Psychotherapie die Funktion übernehmen, Patienten zu helfen, mit Augenmaß angemessene, selbst-gerechte Wege der Selbstbestrafung zu finden (wobei der Suizid wohl häufig eher eine Flucht vor Schuldgefühlen ist, und eher seltener eine Form der der Selbstbestrafung.).

Nach dem Besuch der Beerdigung widmete ich mich ein wenig der Literaturrecherche und konnte feststellen, dass Meinungen und Erlebnisse, ob der Besuch von Beerdigungen nach Suiziden von Patienten gutgeheißen wird, weit auseinander gehen. Kleespies, Smith und Becker (1990) berichten von einem Studienteilnehmer, der es als hilfreich erlebte, an der Beerdigung eines Suizidanten teilzunehmen. Zwei weitere erlebten es als nicht hilfreich, da ihnen von Familienangehörigen Wut und Feindseligkeit entgegenschlug, ähnlich wie mir. Es wird von zwei weiteren Therapeuten berichtet, die Patientenbeerdigungen bewusst nicht aufsuchten, um nicht den Eindruck zu erwecken, dass sie sich möglicherweise verantwortlich für den Suizid fühlten. Der Empfehlung von Markowitz (1990) auf Patientenbeerdigungen generell als Therapeut anwesend zu sein, da dies sowohl für die Familie des Patienten als auch für den Therapeuten von

therapeutischem Nutzen sei, kann somit nicht uneingeschränkt beigeplichtet werden. Vielmehr muss man wohl in jedem individuellen Fall abwägen, ob der Besuch einer Patientenbeerdigung möglicherweise sinnvoll sein kann. Wenn es zum emotional geladenen Poker um Verantwortung und Schuld kommen könnte, sollte man von einem Besuch absehen – aber wer weiß das vorher schon genau. Indem Familienangehörige Therapeuten beschuldigen und gelegentlich sogar verklagen, können sie auch laut Hendin et al.'s (2004) Ansicht die Anerkennung eigener Schuld(gefühle) erfolgreich vermeiden. Wenn es der (Unter-)Stützung oder auch Sinn- und Verständnisbildung der Zurückgebliebenen (Angehörige und Therapeuten) dient, dann ist der Besuch einer Beerdigung sicher zu begrüßen.

Falldarstellung II

Einige Jahre später, ich war längst „fertiger“ approbierter Therapeut und Lehrtherapeut, niedergelassen in eigener Praxis, suchte mich ein Student Ende zwanzig auf. Er gab an, unter sehr massiven und diffusen Ängsten zu leiden. Wie ich den Vorbefunden entnehmen konnte, hatte er bereits eine mehrjährige ambulante und auch stationäre Behandlungskarriere hinter sich, wobei ihm aber nach eigenen Angaben bis zu diesem Zeitpunkt niemand habe nachhaltig helfen können. Erst wenige Tage zuvor war er in einer psychiatrischen Spezialambulanz gründlich getestet und mit fachkundigem differentialdiagnostischem Blick betrachtet worden. Neben einer Angsterkrankung attestierte man ihm eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung, was ich aber erst nach der Sitzung der Lektüre der entsprechenden Befunde entnehmen konnte. Er gab an, kürzlich Fernsehberichte zu verschiedenen Behandlungsverfahren gesehen zu haben, die ihm Mut bezüglich seiner Angsterkrankung gemacht hätten. Da ich in all diesen Verfahren ausgebildet sei, habe er nun mich für seine weitere Behandlung aufgesucht. Ich führte ein erstes anamnestisches Gespräch mit ihm, um ihn und mich genauer über die Symptomatik zu orientieren. Nach den üblichen Regeln der Kunst war keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung festzustellen. Der Patient war schwingungsfähig und zu allen Qualitäten voll orientiert. Wir kamen überein, dass wir es „miteinander versuchen wollten“ und ich gab ihm einige Fragebögen zur Bearbeitung mit nach Hause. Wir hatten zeitnah den nächsten Gesprächstermin vereinbart. Noch vor unserem nächsten Termin ereilte mich ein Anruf von ihm, er habe wieder große Ängste. Er wüsste, dass ich mit Patienten bei Bedarf auch „im Feld“ arbeite und Hausbesuche machen würde. So kamen wir nach einer telefonischen Abklärung der ambulanten Führbarkeit rasch überein, dass ich zeitnah am gleichen Tag bei ihm zu Hause vorbeischauen würde. Als ich bei seinem Haus ankam, öffnete niemand die Tür. Ich fuhr zu seinen, fünf Fahrminuten entfernt wohnenden Eltern und kehrte mit seinem Vater zurück, der einen Zweitschlüssel besaß. Das Haus

war fein säuberlich aufgeräumt. Ich fand den Patienten mit einer Kugel im Kopf im Keller liegen, tot, neben einem prall gefüllten Waffenschrank. Es folgte das in solchen Fällen zwingend vorgesehene Prozedere: Ich rief die Kriminalpolizei, ein knappes Dutzend Beamte bevölkerte schon wenige Minuten später das gesamte Haus. Ich unterstützte den Vater noch in der ersten Stunde der initialen Trauerreaktion so gut ich konnte, begleitete ihn nach Hause zur erstaunlich gefassten Mutter des Toten, und überbrachte ihr den Ehemann und die Todesnachricht. Glücklicherweise war schnell ein Notfallseelsorger vor Ort und kümmerte sich weiter um die Hinterbliebenen.

Diesmal nagten die Schuldgefühle schon weitaus heftiger an mir. Hatte ich etwas Wichtiges übersehen? Hätte ich sofort nach seinem Anruf einen Krankenwagen oder die Polizei zu ihm schicken sollen? Die Schuldgefühle besserten sich deutlich nach ca. einer Woche, vielen Stunden Nachdenken und Selbstvorwürfen. Mir war etwas aufgefallen: Der Patient hatte mir auf dem Patientenbogen nicht seine Adresse angegeben, sondern die Adresse seiner Eltern, bei denen er schon Jahre nicht mehr wohnte. Erst beim letzten Telefonat an seinem Todestag hatte er mir noch schnell beiläufig seine Adresse mitgeteilt. Es war ihm äußerst wichtig, dass ich wusste, wo seine Eltern wohnen. Seine Mutter hatte mir noch am Abend des Selbstmordes berichtet, dass sie wenige Minuten vor dem Ableben ihres Sohnes mit ihm telefoniert hätte. Er sei völlig normal gewesen, sie hatte den Eindruck, dass es ihm schon wieder viel besser ginge. Er habe gesagt, dass er sich sehr auf den Hausbesuch durch den Psychologen freuen und danach noch zum Abendessen bei seinen Eltern vorbeikommen würde. Heute bin ich mir sicher, dass er den Suizid von langer Hand geplant hatte. Mich hatte er nur ausgesucht, um seine Eltern beim Auffinden des toten Körpers bzw. dem Empfang der Todesnachricht gleich fachkundig psychologisch versorgt zu wissen. Ich kam mir missbraucht vor, war wütend. Aber das war weitaus besser als die anfänglichen Schuldgefühle, und wandelte sich schon bald zu Akzeptanz. Was noch einige Wochen blieb, war die Angst vor anschuldigenden Reaktionen der Eltern, wie ich sie schon einmal erlebt hatte. Natürlich werde ich nie Sicherheit darüber bekommen, ob dieses „Narrativ“ auch „wirklich“ stimmt, ich muss mit einem kleinen Rest an Ungewissheit leben.

Was ich daraus gelernt habe? Dass es nicht nur Patientenaufträge der Gestalt *„nimm mir mein Leiden“* gibt, sondern auch einen Auftrag namens *„ermögliche mir den Suizid“*. Das ich für diese Art Auftrag nun besser sensibilisiert bin. Und dass ein solcher Auftrag möglicherweise nicht offen kommuniziert wird.

| TOSCA-Item | Form / Thema | mögliches Item (Szenario) für FEMAP-Erstversion |
|--|---|---|
| <p>1. Sie planen, mit einem Freund gemeinsam Mittagessen zu gehen. Um fünf Uhr nachmittags bemerken Sie, dass Sie ihn versetzt haben.</p> | <p>Termin versäumt</p> | <p>Sie haben um 11 Uhr einen auswärtigen Gesprächstermin mit einem Patienten. Nachmittags um vier bemerken sie, dass Sie sie versetzt haben.</p> |
| <p>3. Sie gehen abends mit Freunden aus und empfinden sich als besonders witzig und attraktiv. Der Ehepartner ihres Freundes / Freundin scheint sich in Ihrer Anwesenheit sehr wohl zu fühlen.</p> | <p>romantische Nähe wo sie sich nicht gehört</p> | <p>Ein(e) Patient(in) scheint sich deutlich über das normale Patienten-Therapeuten-Verhältnis hinaus wohl in Ihrer Gegenwart zu fühlen. Bereits zu Beginn der Behandlung wird deutlich, dass er / sie romantische Gefühle für Sie empfindet. Sie gehen nicht weiter darauf ein, fühlen sich aber geschmeichelt und setzen die Therapie fort. Bei Abschluss der Therapie stellen Sie fest, dass der Patient / die Patientin bei weitem nicht in dem Maße von der Behandlung profitiert hat, wie Sie es eigentlich erwartet hätten.</p> |
| <p>4. Bei der Arbeit verschieben Sie die Planung einer wichtigen Aufgabe auf die letzte Minute und alles geht schief.</p> | <p>Unsorgfältigkeit bei Arbeitsvorbereitungen</p> | <p>Sie verschieben die inhaltliche Vorbereitung für eine psychotherapeutische Gruppe auf die letzte Minute. Die Gruppe verläuft daraufhin völlig chaotisch und unproduktiv.</p> |
| <p>8. Während eines Spiels werfen Sie einen Ball. Dieser trifft einen Freund ins Gesicht.</p> | <p>Jemand verletzen (physisch)</p> | <p>Sie begleiten einen Patienten mit Höhenangst auf einen hohen Turm. Auf dem Treppenweg nach oben bekommt der Patient immer mehr Angst, seine Schritte werden zunehmend unsicherer. Schließlich erwischt er eine Stufe nicht richtig, stürzt unglücklich und bricht sich den Arm.</p> |
| <p>9. Sie sind kürzlich aus ihrem Heimatort weggezogen, und alle Familienmitglieder haben Ihnen dabei geholfen. Einige Male mussten Sie sich Geld leihen, aber Sie haben es</p> | <p>„Schulden“ bei anderen machen</p> | <p>Sie haben vor vier Monaten eine neue Stelle angetreten. Ihre neuen Kollegen haben sie bei der Einarbeitung gut unterstützt. Sie kommen jedoch gelegentlich noch immer mit formalen Abläufen durcheinander, die Sie schon öfter zu erledigen hatten, und müssen erneut Kollegen um Hilfe bitten.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>immer so schnell wie möglich zurückgezahlt.</p> | | |
| <p>11. Sie verlassen eine Prüfung und denken, Sie waren gut. Dann finden Sie heraus, dass Sie schlecht waren.</p> | <p>Schlechte Leistungen erbracht</p> | <p>Im Rahmen einer Gruppensupervision zeigen sie einen längeren Videoausschnitt einer noch laufenden Therapie, in der Sie sich als Therapeut ziemlich gut fanden. Beim Feedback durch die anderen Supervisanden und den Supervisor bekommen sie einhellig mitgeteilt, dass die anderen ihr Vorgehen bedenklich finden und für Ihren Klienten als nachteilig ansehen.</p> |
| <p>12. Sie und eine Gruppe von Mitarbeitern haben sehr hart für ein Projekt gearbeitet. Ihr Chef wählt Sie für eine Prämie aus, da das Projekt ein großer Erfolg war.</p> | <p>Allein den Lob / Lohn für etwas erhalten, der mehreren zusteht</p> | <p>Sie arbeiten in einem multimodalen Behandlungsteam mit anderen, ihnen gleichgestellten Psychologen, Ärzten und anderen Therapeuten. Zusammen mit den anderen erarbeiten sie für einen Klienten mit besonders schwerer Symptomatik und schlechter Prognose einen Behandlungsplan, gemeinsam führen sie die Behandlung durch. Nach einiger Zeit kann der Klient in erstaunlich gut gebessertem Zustand aus der Behandlung entlassen werden. In einer monatlichen Sitzung der gesamten Einrichtung mit dem Chef wählt dieser sie alleine für eine ausführliche Belobigung vor dem versammelten Kollegenkreis bezüglich der erfolgreichen Behandlung aus.</p> |
| <p>15. Sie helfen freiwillig bei einer lokalen Sportveranstaltung für behinderte Kinder. Die Arbeit erweist sich als frustrierend und zeitintensiv. Sie denken darüber nach, es hinzuschmeißen, aber dann sehen Sie, wie glücklich die Kinder sind.</p> | <p>Scheinbar nicht lohnendes Engagement vorschnell abbrechen wollen</p> | <p>Sie engagieren sich sehr intensiv in der Behandlung einer Patientin. Die Arbeit mit ihr erweist sich jedoch zunehmend als frustrierend, es geht kaum voran. Sie denken schließlich ernsthaft darüber nach, die Behandlung abzubrechen. Dann erfahren sie jedoch von ihr, wie glücklich sie darüber ist, von Ihnen behandelt zu werden, und wie überaus bereichernd sie die Sitzungen erlebt. Bisher habe sie sich nicht getraut, Ihnen das mitzuteilen.</p> |

Liebe Kollegen, ich bitte um Eure Erfahrungen!

Ich arbeite im Rahmen meiner Dissertation an der Uni Heidelberg an einer Studie über "moralische" Emotionen bei Psychotherapeuten (bzw. psychotherapeutisch Tätigen). Ziel der Studie ist es zu herauszufinden, welche Rolle eigene Schuld- und Schamgefühle in der Arbeit und professionellen Entwicklung von Psychotherapeuten spielen. Gegenwärtig bin ich dabei, einen Fragebogen zur Erfassung der Neigung zu Schuld- und Schamgefühlen bei Psychotherapeuten zu konstruieren. Und genau hier ist Eure Expertise gefragt, ich bitte um Eure Unterstützung! Teilt mir bitte im Sinne eines kollektiven Brainstormings eigene Schuld- und / oder Schamerfahrungen mit, entweder auf dem Postweg (Gebühr übernehme ich) oder gerne auch direkt an meine Mailadresse (Info@hypnotherapeut.de), ganz wie ihr wollt. Damit leistet Ihr einen wertvollen Beitrag zur Weiterentwicklung unserer Profession.

Hier meine Fragen an Euch:

Thema SCHULD:

- 1a) In welchen Situationen im Zusammenhang mit Deiner psychotherapeutischen Tätigkeit hattest Du schon einmal ein schlechtes Gewissen? Schuldgefühle? Hast Dein Handeln bereut? Hattest den Wunsch nach Wiedergutmachung?
- 1b) Welche Gedanken sind dir dabei im Kopf rumgegangen?
- 1c) Wie hast Du Dich verhalten?

Thema SCHAM:

- 2a) In welchen Situationen im Zusammenhang mit Deiner psychotherapeutischen Tätigkeit hast Du Dich schon geschämt, bist Dir klein, mies oder rücksichtslos vorgekommen? Warst von Dir selbst angewidert? Wärest am liebsten im Boden versunken oder unsichtbar geworden?
- 2b) Welche Gedanken sind dir dabei im Kopf rumgegangen?
- 2c) Wie hast Du Dich verhalten?

Demografische Angaben:

- 3a) Alter?
- 3b) Geschlecht?
- 3c) Wieviele Jahre arbeitest Du schon psychotherapeutisch?
- 3d) Welches ist Dein Grundberuf (Arzt, Psychologe, SozPäd, etc..)?
- 3e) Auf welcher Basis arbeitest Du psychotherapeutisch (Approbation, HPG)?
- 3f) Welche abgeschlossenen therapeutischen Qualifikationen (z.B. VT, klinische Hypnose, etc..) hast Du?

Hinweis:

- * Eure Angaben werden vollständig anonym behandelt. Gebt bitte keinen Absender an
- * Denkt bei Euren Schilderungen nicht nur an die ganz dicken, sondern auch an die kleine Scham und das ganz ganz bisschen schlechte Gewissen.
- * Gerne könnt Ihr mehrere Situationen schildern.

Nun erst einmal vielen Dank für Eure Mithilfe!

Stefan Junker

| Themen aus der qualitativen Befragung (über die TOSCA-Themen hinaus) |  mögliches Item (Szenario) für FEMAP-Erstversion |
|---|--|
| <p>Es nicht schaffen eine Situation herzustellen, in der der Patient sich öffnen und reden kann</p> | <p>Eine Patientin bricht, für Sie als Therapeut/in völlig überraschend, nach 15 Sitzungen die Behandlung ab. Als Grund dafür gibt sie an, dass sich ihre Erwartungen an Sie und die Therapie nicht erfüllt hätten. Sie denke nun darüber nach, sich eventuell einen anderen Therapeuten / eine andere Therapeutin zu suchen. Dann verlässt sie Ihr Sprechzimmer.</p> |
| <p>Eigengefährdung nicht konsequent genug erfragt</p> | <p>Sie erfahren, dass einer Ihrer ambulanten depressiven Patienten einige Stunden nach einer Sitzung bei Ihnen einen ernstzunehmenden Selbstmordversuch unternommen hat und deswegen mit Vergiftungserscheinungen in ein Krankenhaus gebracht wurde. Sie können sich nicht daran erinnern, jemals zuvor Hinweise auf akute oder latente Suizidalität bei dem Patienten wahrgenommen zu haben. Außer beim Erstgespräch haben Sie den Patienten jedoch nicht erneut auf lebensmüde Gedanken und suizidale Handlungsimpulse angesprochen.</p> |
| <p>Fremdgefährdung nicht konsequent genug erfragt</p> | <p>Ein sympathischer und zuvorkommender ambulanter Angstpatient berichtete Ihnen vor einiger Zeit von aggressiven Fantasien in Bezug auf einen seiner Bekannten. Danach wurde das Thema 'Aggressionen' jedoch von keiner Seite mehr in den Sitzungen thematisiert. Nun sitzt Ihnen der Patient gegenüber und erzählt, wie er seinen Bekannten vor zwei Tagen zusammengeschlagen und ihm die Nase gebrochen hat.</p> |
| <p>In Gedanken sexuelle Handlungen mit Klient/in vollführen</p> | <p>Sie haben eine überaus attraktive Patientin / einen überaus attraktiven Patienten in Behandlung. Gelegentlich haben Sie während der Therapiesitzungen erotische Fantasien und stellen sich intime Handlungen mit diesem Menschen vor.</p> |
| <p>Andere leiden wegen meiner psychotherapeutischen Tätigkeit</p> | <p>Die neue psychotherapeutische Tätigkeit, der sie seit einigen Monaten nachgehen, ist eine echte Bereicherung für Sie. Sie engagieren sich zeitlich weit überdurchschnittlich für Ihre Klienten, bis hinein in Ihre Freizeit. Erst nach einigen Monaten erfahren sie über Dritte, dass ihre Familie / Ihre Partnerschaft / ihre Freunde unter der neuen Situation leiden.</p> |
| <p>Unzureichende berufliche Erfahrung</p> | <p>Ein Patient kam vor längerer Zeit mit einem seltenen und ausgeprägten Symptombild zu Ihnen, welches sie so zuvor noch nie behandelt hatten. Dennoch trauten Sie sich ad hoc die Behandlung zu und engagierten sich sehr in seiner</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Behandlung. In der vorletzten Therapiesitzung sagt Ihnen der Patient, dass er denkt, er hätte bei einem anderen Therapeuten, der mit seiner Symptomatik mehr Erfahrung gehabt hätte, vermutlich mehr profitiert.</p> |
| <p>Müde, nicht konzentriert, etwas vergessen</p> | <p>Sie waren die letzten beiden Abende unter der Woche lange aus und sind heute übernachtigt zur Arbeit erschienen. Mehrfach verlieren Sie in den heutigen Therapiesitzungen den Faden, bringen wichtige Informationen durcheinander.</p> |
| <p>Schweigepflichtverletzung</p> | <p>Sie ärgern sich sehr über einen Patienten und nehmen den Ärger mit in Ihre Freizeit. Guten Freunden erzählen Sie von ihrem beruflichen Ärger und nennen dabei im Eifer des Gefechts auch den Namen des Patienten.</p> |
| <p>Unfreundlich gewesen und sich nicht direkt entschuldigt</p> | <p>Sie haben ein privates Telefonat mit einem Ihrer Angehörigen. Das Telefonat endet mit einem heftigen Streit. In der direkt anschließenden Therapiesitzung ist Ihre Laune auf dem Nullpunkt. Sie gehen mit Ihrem Patienten etwas ungeduldig und unfreundlich um. Eine Woche später erscheint der Patient nicht zur Therapie. Sie erfahren, dass er am Tag Ihres letzten Zusammentreffens bei einem Autounfall, ohne eigenes Verschulden, ums Leben gekommen ist.</p> |
| <p>PT lässt seine privaten Themen auf unprofessionelle Weise in die Therapie einfließen und wird abwertend</p> | <p>Eine Patientin / Ein Patient erzählt Ihnen von einer Verfehlung, die sie / er gegenüber einem anderen Menschen begangen hat. Ihnen fällt sofort ein, wie Ihnen genau so etwas auch schon einmal „angetan“ wurde. Sie werden darauf hin für einige Augenblicke moralisierend und abwertend gegenüber der Patientin / dem Patienten, bekommen sich dann aber wieder „in der Griff“.</p> |
| <p>Einen Patienten unsympathisch finden, ihn deswegen seltener behandeln</p> | <p>Sie haben einen Patienten, der Ihnen unsympathisch ist. Weil Sie nicht gerne mit ihm arbeiten, geben Sie ihm seltener Termine als Ihren anderen Patienten.</p> |
| <p>Patienten mit ungleicher Motivation behandeln.</p> | <p>Sie haben einige Patienten, bei denen Sie regelmäßig zu psychotherapeutischer Höchstform auflaufen und sich intensiv und mit Freude in der Behandlung engagieren. Ihr Supervisor weist Sie jedoch darauf hin, dass Sie bei anderen hingegen nur „Dienst nach Vorschrift“ zu machen scheinen.</p> |
| <p>PT fühlt sich von Patient gelangweilt und gibt ihm deswegen weniger Aufmerksamkeit</p> | <p>Ein Patient ist auf Grund einer langjährigen psychiatrischen Erkrankung affektiv verflacht, kognitiv stark verlangsamt, überwiegend schweigsam, und benötigt ihre psychotherapeutische Hilfe zur Bewältigung der Alltagsanforderungen. Sie empfinden die Kontakte mit ihm als zäh und langweilig. Nun stellen Sie fest, dass sie die einzelnen Sitzungen mit ihm nach zunehmend immer kürzer Zeit beenden.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Eigene fachliche Einschätzung nicht nachhaltig vertreten</p> | <p>Ein Patient befindet sich wegen einer Suchtproblematik in Ihrer Behandlung. Sie schätzen ihn als noch nicht ausreichend stabilisiert ein, ihr Chef, der den Patienten kaum kennt, ist jedoch anderer Meinung. Er hält den Patienten für austherapiert und empfiehlt Ihnen, die Behandlung zu beenden. Ihre Prognose verändert dies jedoch nicht. Dennoch vertreten Sie daraufhin gegenüber dem Patienten die Einschätzung Ihres Chefs und beenden die Behandlung. Eine Woche später stellt sich der Patient reuig erneut zur Behandlung vor, weil er rückfällig geworden ist.</p> |
| <p>Gegenüber dem Patienten nicht offen und ehrlich sein</p> | <p>Ein sehr sympathischer junger Mann ist wegen Ängsten bei Ihnen in Behandlung. Über die Behandlung hinaus werden Sie im Zuge seiner beruflichen Orientierung beauftragt, eine Intelligenztestung bei ihm vorzunehmen. Die Testung ergibt einen globalen Wert von 75. Sie wissen, dass ihm auf Grund dieses Testergebnisses sein sehnlichster Berufswunsch verwehrt bleiben wird. Sie zögern ihm gegenüber die Bekanntgabe des Ergebnisses immer wieder mit Ausreden hinaus, bis Sie ihm kurz vor Ende der Therapie schließlich doch das Ergebnis mitteilen.</p> |
| <p>Taktlos sein, jemand dadurch psychisch verletzen</p> | <p>Sie machen einer Klientin gegenüber einen unbedacht-scherzhaften, vom Prinzip her eigentlich salonfähigen Witz über behinderte Menschen. Direkt im Anschluss fällt Ihnen wieder ein, dass der Sohn der Klientin im Rollstuhl sitzt.</p> |

| zu erfassendes Konstrukt | operationalisierte, hypothetische Reaktionsweisen |
|--|--|
| <p>Schuldgefühle (affektiv-kognitive Komponenten)</p> | <p><i>Sie würden denken: Die Gefühle meiner Kollegen / meiner Patienten sollten mich etwas angehen.</i></p> <p><i>Sie würden denken: Ich hätte eine Strafe verdient.</i></p> <p><i>Sie würden denken: Ich hätte mich besser vorbereiten sollen.</i></p> <p><i>Sie würden denken: Ich hätte das Problem erkennen und mit dem Klienten bearbeiten sollen.</i></p> <p><i>Sie würden denken: Ich hätte anders intervenieren sollen, der Patient hätte etwas völlig anderes von mir gebraucht.</i></p> <p><i>Sie würden denken: Ich hätte unter diesen Umständen nie dürfen.</i></p> <p><i>Sie würden ein schlechtes Gewissen haben.</i></p> <p><i>Sie würden Gewissensbisse haben.</i></p> <p><i>Sie würden denken: Das nächste Mal sollte ich besser ...</i></p> |
| <p>Schuldgefühle (motivationale Komponenten)</p> | <p><i>Sie würden versuchen es so schnell wie möglich wieder gutzumachen.</i></p> <p><i>Sie würden darüber nachdenken, wie Sie es wieder in Ordnung bringen könnten.</i></p> <p><i>Sie würden darüber nachdenken, wie Sie X zum Ausgleich noch etwas Gutes tun könnten.</i></p> <p><i>Sie wären bemüht, die Situation richtig zu stellen.</i></p> <p><i>Sie würden sich zum Ausgleich beim nächsten Mal</i></p> <p><i>Sie würden sich entschuldigen und sich bemühen, dass es Ihrem Klienten möglichst bald besser geht.</i></p> <p><i>Sie würden versuchen den Gefallen so schnell wie möglich zu erwidern und sich zu revanchieren.</i></p> <p><i>Sie würden klarstellen wollen, dass das nicht Ihr alleiniger Verdienst ist.</i></p> <p><i>Sie würden fragen, wie Sie diesen Patzer wiedergutmachen könnten.</i></p> <p><i>Sie würden denken: Ich hätte eine Strafe für mein Verhalten verdient.</i></p> |
| <p>Schamgefühle (affektiv-kognitive Komponenten)</p> | <p><i>Sie würde sich für Ihre Person schämen.</i></p> <p><i>Sie würden sich fühlen wie ein Feigling.</i></p> <p><i>Sie wären angewidert von Ihrer fehlenden Willenskraft und Selbstkontrolle.</i></p> <p><i>Sie würden sich unreif fühlen.</i></p> <p><i>Sie würden sich klein und mies vorkommen.</i></p> <p><i>Sie würden sich klein und unselbständig fühlen.</i></p> <p><i>Sie würden sich für eine unreife und selbstverliebte Person halten.</i></p> <p><i>Sie wären angewidert von sich selbst.</i></p> <p><i>Sie wären angewidert von Ihrer fehlenden Selbstkontrolle.</i></p> <p><i>Sie würden denken: Ich bin rücksichtslos.</i></p> <p><i>Sie würden denken: Ich bin ein lausiger guter Therapeut.</i></p> <p><i>Sie würden denken: Ich bin kein guter Psychotherapeut.</i></p> <p><i>Sie würden denken: Ich bin inkompetent.</i></p> <p><i>Sie würden denken: Ich bin unfähig, weil ich nicht einmal in der Lage bin...</i></p> <p><i>Sie würden denken: Ich bin ein feiger und verantwortungsloser Mensch.</i></p> <p><i>Sie würden denken: Ich bin ein schlechter Mensch.</i></p> <p><i>Sie würden denken: Ich bin ein schrecklicher Mensch.</i></p> <p><i>Sie würden denken: Ich bin selbstsüchtig und im Grunde ein fauler Mensch.</i></p> |

| | |
|--|--|
| | <p><i>Sie würden denken: Ich bin ein bequemer und unfairer Mensch.</i></p> <p><i>Sie würden im Nachhinein denken: Ich bin ein überheblicher Mensch.</i></p> <p><i>Sie würden denken: Ich bin ein profilloser Mensch ohne Rückgrat und Durchsetzungsvermögen.</i></p> |
| <p>Schamgefühle (motivationale Komponenten)</p> | <p><i>Sie würden am liebsten im Boden versinken.</i></p> <p><i>Es würde Ihnen schwer fallen dem / den anderen in die Augen zu schauen.</i></p> <p><i>Sie würden darüber nachdenken die Gruppe / den Klienten an einen anderen Therapeuten abzugeben.</i></p> <p><i>Sie würden darüber nachdenken, in eine andere Stadt zu ziehen.</i></p> <p><i>Sie würden darüber nachdenken, den Beruf zu wechseln.</i></p> <p><i>Sie würden sich am liebsten verstecken.</i></p> |
| <p>Kontrafaktische Aufwärtsvergleiche</p> | <p><i>Sie würden darüber nachdenken, wie Sie sich hätten besser verhalten können.</i></p> <p><i>Sie würden darüber nachdenken, wie Sie das hätten verhindern können.</i></p> <p><i>Sie würden darüber nachdenken, wie Sie sich gegenüber Ihrem Klienten hätten therapeutisch klüger verhalten können.</i></p> <p><i>Sie würden darüber nachdenken, wie es Ihnen von Beginn an hätte besser gelingen können ...</i></p> <p><i>Sie würden sich fragen, wie die Sache besser ausgegangen wäre, wenn Sie sich [anders] verhalten hätten.</i></p> <p><i>Sie würden sich in Gedanken ausmalen wie die Sache für ihren Patienten besser verlaufen wäre wenn...</i></p> <p><i>Sie würden in Gedanken durchspielen, welche alternativen Handlungsmöglichkeiten Sie gehabt hätten, um ...</i></p> <p><i>Sie würden darüber nachdenken wie Sie es hätten schaffen können dass ...</i></p> |
| <p>Kontrafaktische Abwärtsvergleiche</p> | <p><i>Sie würden denken, dass es auch hätte [schlimmer] kommen/ laufen können.</i></p> <p><i>Sie würden denken: Immerhin ist nicht [Schlimmeres] passiert.</i></p> <p><i>Sie würden denken: Wer weiß wie schlecht es gelaufen wäre wenn...</i></p> <p><i>Sie würden denken: Zum Glück ist nicht [Schlimmeres] passiert.</i></p> |



Fragebogen zur Erfassung Moralischer Emotionen bei Psychotherapeuten (FEMEP)

- Erstversion (1.0) -

In diesem Fragebogen sind 17 Situationen beschrieben, denen Sie in Ihrem psychotherapeutischen Alltag begegnen könnten. Anschließend werden mehrere mögliche, häufig vorkommende Reaktionsweisen genannt.

Wenn Sie die einzelnen Situationsbeschreibungen lesen, versetzen Sie sich bitte so gut es geht in diese Lage. Schätzen Sie dann bitte ein, wie wahrscheinlich jede der genannten Reaktionen für Sie ist. Es ist wichtig, dass Sie alle Reaktionsweisen nach ihrer Wahrscheinlichkeit einschätzen, da in ein und derselben Situation mehr als eine Reaktionsweise auf Sie zutreffen kann. Es ist auch möglich, dass Ihre Reaktion zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedlich ausfällt.

Zum Beispiel:

Sie haben um 11 Uhr einen auswärtigen Termin mit einem Patienten. Nachmittags um vier bemerken Sie, dass Sie ihn versetzt haben.

- | | 1 = nicht
wahrscheinlich | | 5 = sehr
wahrscheinlich |
|--|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| a) Sie würden versuchen, es so schnell wie möglich wieder gut zu machen. | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- X ----- 5 |
| b) Sie würden denken: „ <i>Ich bin rücksichtslos.</i> “ | 1 | ----- X ----- 3 | ----- 4 ----- 5 |
| c) Sie würden darüber nachdenken, wie Sie es hätten schaffen können den Termin nicht zu vergessen. | 1 | ----- 2 ----- 3 | ----- 4 ----- X ----- 5 |
| d) Sie würden denken: „ <i>Immerhin ist es mir überhaupt aufgefallen, dass ich den Termin versäumt habe.</i> “ | 1 | ----- 2 ----- X ----- 4 | ----- 5 |

Bitte lassen Sie keine Antwort aus – bearbeiten Sie alle Fragen.

Kreuzen Sie immer direkt eine Zahl an – nie die Bereiche zwischen zwei Zahlen.

1) Ein(e) Patient(in) scheint sich deutlich über das normale Patienten-Therapeuten-Verhältnis hinaus wohl in Ihrer Gegenwart zu fühlen. Bereits zu Beginn der Behandlung wird deutlich, dass er / sie romantische Gefühle für Sie empfindet. Sie gehen nicht weiter darauf ein, fühlen sich aber geschmeichelt und setzen die Therapie fort. Bei Abschluss der Therapie stellen Sie fest, dass der Patient / die Patientin bei weitem nicht in dem Maße von der Behandlung profitiert hat, wie Sie es eigentlich erwartet hätten.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | | | | | 5 = sehr wahrscheinlich | | |
|--|-----------------------------|------|---|------|---|------|----------------------------|------|---|
| a) Sie würden denken: <i>„Ich hätte den Patienten / die Patientin unter diesen Umständen nie behandeln dürfen.“</i> | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| b) Sie würden sich für eine unreife und selbstverliebte Person halten. | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| c) Sie würden denken: <i>„Ich hätte den Patienten / die Patientin an einen Kollegen / eine Kollegin verweisen sollen. Dann würde es ihr jetzt besser gehen.“</i> | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| d) Sie würden denken: <i>„Womöglich würde es dem Patientin / der Patientin ohne die Behandlung bei mir noch viel schlechter gehen.“</i> | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |

2) Ein Patient kam vor längerer Zeit mit einem seltenen und ausgeprägten Symptombild zu Ihnen, welches Sie so zuvor noch nie behandelt hatten. Dennoch trauten Sie sich ad hoc die Behandlung zu und engagierten sich sehr in seiner Behandlung. In der vorletzten Therapiesitzung sagt Ihnen der Patient, dass er denkt, er hätte bei einem anderen Therapeuten, der mit seiner Symptomatik mehr Erfahrung gehabt hätte, vermutlich mehr profitiert.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | | | | | 5 = sehr wahrscheinlich | | |
|---|-----------------------------|------|---|------|---|------|----------------------------|------|---|
| a) Sie würden im Nachhinein denken: <i>„Ich bin ein überheblicher Mensch.“</i> | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| b) Sie würden darüber nachdenken, wie Sie zu einer möglicherweise besseren Entscheidung hätten gelangen können, als es darum ging den Patienten zu behandeln oder doch weiter zu verweisen. | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| c) Sie würden ein schlechtes Gewissen haben, weil Sie so schnell in die Behandlung eingewilligt hatten und nun darüber nachdenken, wie Sie dem Patienten zum Ausgleich noch etwas Gutes tun können. | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| d) Sie würden denken: <i>„Wer weiß wie schlimm die Sache für den Patienten ausgegangen wäre, wenn ich die Behandlung abgelehnt hätte.“</i> | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |

3) Sie machen einer Patientin gegenüber zur Auflockerung des Gesprächs einen unbedacht-scherzhaften, vom Prinzip her eigentlich salonfähigen Witz über behinderte Menschen. Die Klientin lacht zwar, wirkt dabei aber sehr gezwungen und künstlich. Da fällt Ihnen wieder ein, dass der Sohn der Patientin im Rollstuhl sitzt.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | | | | | 5 = sehr wahrscheinlich | | |
|--|-----------------------------|------|---|------|---|------|----------------------------|------|---|
| a) Sie würden denken: <i>„Wenn ich mich besser auf die Sitzung vorbereitet hätte, wäre mir das nicht passiert.“</i> | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| b) Sie würden sich entschuldigen und die Klientin fragen, wie Sie diesen Patzer wiedergutmachen können. | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| c) Sie würden denken: <i>„Sie hätte auch in Tränen ausbrechen oder mich verfluchen können. Das ist immerhin nicht passiert.“</i> | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| d) Sie würden am liebsten im Boden versinken. | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |

4) Sie haben einen Patienten der Ihnen unsympathisch ist. Weil Sie nicht gerne mit ihm arbeiten, geben Sie ihm seltener Termine als Ihren anderen Patienten.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | | 5 = sehr wahrscheinlich |
|---|-----------------------------|------|---|----------------------------|
| a) Sie würden darüber nachdenken, wie es Ihnen von Beginn an hätte besser gelingen können auch die Arbeit mit diesem unangenehmen Patienten als Herausforderung zu begreifen. | 1 | ---- | 2 | ---- |
| b) Sie würden denken: „ <i>Ich bin ein bequemer und unfairer Mensch.</i> “ | 1 | ---- | 2 | ---- |
| c) Sie würden denken: „ <i>Immerhin konnte ich mich konsequent dazu überwinden, auch mit diesem unangenehmen Menschen zu arbeiten und ihm immer wieder einen Termin zu geben.</i> “ | 1 | ---- | 2 | ---- |
| d) Sie würden denken: „ <i>Ich sollte alle Patienten gleich wichtig nehmen.</i> “ | 1 | ---- | 2 | ---- |

5) Sie haben vor vier Monaten eine neue Stelle angetreten. Ihre neuen Kollegen haben Sie bei der Einarbeitung gut unterstützt. Sie kommen jedoch gelegentlich noch immer mit formalen Abläufen durcheinander, die Sie schon öfter zu erledigen hatten, und müssen erneut Kollegen um Hilfe bitten.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | | 5 = sehr wahrscheinlich |
|--|-----------------------------|------|---|----------------------------|
| a) Sie würden sich so schnell wie möglich bei Ihren Kollegen revanchieren. | 1 | ---- | 2 | ---- |
| b) Sie würden denken: „ <i>Ich hätte noch viel mehr und öfter durcheinander kommen können.</i> “ | 1 | ---- | 2 | ---- |
| c) Sie würden denken: „ <i>Hätte ich mich in letzter Zeit besser konzentriert und mir Notizen gemacht, dann hätte ich die Sache diesmal alleine hinbekommen.</i> “ | 1 | ---- | 2 | ---- |
| d) Sie würden sich klein und unselbständig fühlen. | 1 | ---- | 2 | ---- |

6) Im Rahmen einer Gruppensupervision zeigen Sie einen Videoausschnitt einer noch laufenden Therapie, in der Sie mit Ihrem therapeutischen Verhalten zufrieden waren. Beim Feedback durch die anderen Supervisanden und den von Ihnen sehr geschätzten Supervisor bekommen Sie jedoch einhellig mitgeteilt, dass die anderen Ihr Vorgehen bedenklich finden und für Ihren Patienten als nachteilig ansehen.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | | 5 = sehr wahrscheinlich |
|---|-----------------------------|------|---|----------------------------|
| a) Sie würden denken: „ <i>Immerhin habe ich nicht noch mehr falsch gemacht.</i> “ | 1 | ---- | 2 | ---- |
| b) Sie würden denken: „ <i>Ich bin ein lausiger Therapeut.</i> “ | 1 | ---- | 2 | ---- |
| c) Sie würden sich sehr schlecht fühlen und darüber nachdenken, wie sie ihre Behandlungsfehler möglichst schnell wieder in Ordnung bringen könnten. | 1 | ---- | 2 | ---- |
| d) Sie würden in Gedanken durchspielen, welche alternativen therapeutischen Handlungsmöglichkeiten Sie gehabt hätten, und um wie viel besser es Ihrem Patienten dadurch möglicherweise heute schon gehen würde. | 1 | ---- | 2 | ---- |

7) Sie haben eine überaus attraktive Patientin / einen überaus attraktiven Patienten in Behandlung. Während einer der Therapiesitzungen gehen Sie bewusst Ihren erotischen Fantasien nach und stellen sich intime Handlungen mit diesem Menschen vor. Dadurch verlieren Sie den Faden und sind unkonzentriert.

- | | 1 = nicht
wahrscheinlich | | | | | | 5 = sehr
wahrscheinlich | | |
|----|-----------------------------|-------|---|-------|---|-------|----------------------------|-------|---|
| a) | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| b) | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| c) | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| d) | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |

8) Sie erfahren, dass einer Ihrer ambulanten depressiven Patienten einige Stunden nach einer Sitzung bei Ihnen einen ernstzunehmenden Selbstmordversuch unternommen hat und deswegen mit Vergiftungserscheinungen in ein Krankenhaus gebracht wurde. Sie können sich nicht daran erinnern, jemals zuvor Hinweise auf akute oder latente Suizidalität bei dem Patienten wahrgenommen zu haben. Außer beim Erstgespräch haben Sie den Patienten jedoch nicht erneut auf lebensmüde Gedanken und suizidale Handlungsimpulse angesprochen.

- | | 1 = nicht
wahrscheinlich | | | | | | 5 = sehr
wahrscheinlich | | |
|----|-----------------------------|-------|---|-------|---|-------|----------------------------|-------|---|
| a) | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| b) | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| c) | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| d) | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |

9) Sie verschieben die inhaltliche Vorbereitung für eine psychotherapeutische Gruppe auf die letzte Minute. Die Gruppe verläuft daraufhin chaotisch und unproduktiv.

- | | 1 = nicht
wahrscheinlich | | | | | | 5 = sehr
wahrscheinlich | | |
|----|-----------------------------|-------|---|-------|---|-------|----------------------------|-------|---|
| a) | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| b) | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| c) | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| d) | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |

10) Sie haben ein privates Telefonat mit einem Ihrer Angehörigen. Das Telefonat endet mit einem heftigen Streit. In der direkt anschließenden Therapiesitzung ist Ihre Laune auf dem Nullpunkt. Sie gehen mit Ihrem Patienten etwas ungeduldig und unfreundlich um. Eine Woche später erscheint der Patient nicht zur Therapie. Sie erfahren, dass er am Tag Ihres letzten Zusammentreffens bei einem Autounfall, ohne eigenes Verschulden, ums Leben gekommen ist.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 5 = sehr wahrscheinlich |
|--|-----------------------------|---------|----------------------------|
| a) Sie würden sich schlecht fühlen und sich gerne rückwirkend entschuldigen. | 1 | ----- 2 | ----- 5 |
| b) Sie würden denken: „Immerhin konnte ich meinen privaten Groll noch soweit aus der Therapiesitzung raushalten, dass sie überhaupt stattfinden konnte und der Patient einen Ansprechpartner in seinen letzten Stunden hatte.“ | 1 | ----- 2 | ----- 5 |
| c) Sie würden denken: „Ich bin ein schrecklicher Mensch.“ | 1 | ----- 2 | ----- 5 |
| d) Sie würden darüber nachdenken wie Sie es hätten schaffen können Ihre privaten Gefühle aus Ihrer Rolle als Therapeut herauszuhalten. | 1 | ----- 2 | ----- 5 |

11) Eine Patientin bricht, für Sie als Therapeut/in völlig überraschend, nach 15 Sitzungen die Behandlung ab. Als Grund dafür gibt sie an, dass sich ihre Erwartungen an Sie und die Therapie nicht erfüllt hätten. Sie denke nun darüber nach, sich eventuell einen anderen Therapeuten / eine andere Therapeutin zu suchen. Dann verlässt sie Ihr Sprechzimmer.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 5 = sehr wahrscheinlich |
|--|-----------------------------|---------|----------------------------|
| a) Sie würden denken: „Ich hätte die Unzufriedenheit der Klientin frühzeitig erkennen und mit ihr darüber reden sollen.“ | 1 | ----- 2 | ----- 5 |
| b) Sie würden denken: „Ich bin kein guter Psychotherapeut.“ | 1 | ----- 2 | ----- 5 |
| c) Sie würden darüber nachdenken, wie Sie die Unzufriedenheit der Patientin rechtzeitig hätten erkennen können und wie die Therapie dann verlaufen wäre. | 1 | ----- 2 | ----- 5 |
| d) Sie würden denken: „Wer weiß wie schlecht es der Patientin heute gehen würde, wenn sie die 15 Sitzungen nicht gemacht hätte.“ | 1 | ----- 2 | ----- 5 |

12) Sie empfinden die wöchentlichen Kontakte mit einem Ihrer Patienten als zäh und langweilig. Nun wird Ihnen bewusst, dass Sie die einzelnen Sitzungen mit ihm nach zunehmend immer kürzerer Zeit beenden.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 5 = sehr wahrscheinlich |
|--|-----------------------------|---------|----------------------------|
| a) Sie würden denken: „Immerhin war ich trotz Langeweile und verkürzter Sitzungen jede Woche konzentriert für den Patienten da und habe mit ihm gearbeitet.“ | 1 | ----- 2 | ----- 5 |
| b) Sie würden sich bemühen, Ihr reduziertes zeitliches Engagement in den kommenden Sitzungen wieder gut zu machen. | 1 | ----- 2 | ----- 5 |
| c) Sie würden sich für Ihre Person schämen. | 1 | ----- 2 | ----- 5 |
| d) Sie würden versuchen herauszufinden, wie Sie die Sitzungen hätten spannender gestalten können. | 1 | ----- 2 | ----- 5 |

13) Eine Patientin / Ein Patient erzählt Ihnen von einer Verfehlung, die sie / er gegenüber einem anderen Menschen begangen hat. Ihnen fällt sofort ein, wie Ihnen genau so etwas auch schon einmal „angetan“ wurde. Sie werden daraufhin für einige Augenblicke moralisierend und abwertend gegenüber der Patientin / dem Patienten, bekommen sich dann aber wieder „in den Griff“.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 5 = sehr wahrscheinlich | | | | | | |
|---|-----------------------------|------|----------------------------|------|---|------|---|------|---|
| a) Sie wären angewidert von Ihrer fehlenden Selbstkontrolle. | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| b) Sie würden denken dass es noch relativ gut gelaufen ist. Immerhin hätte es auch passieren können, dass Sie sich nicht wieder so rasch in den Griff bekommen hätten. | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| c) Sie würden darüber nachdenken, wie Sie es hätten schaffen können Ihre privaten Themen aus der Therapie herauszuhalten, so dass es nicht zu einer solchen Übertragungsreaktion gekommen wäre. | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| d) Sie würden sich entschuldigen und bemühen, Ihr Verhalten wieder gut zu machen. | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |

14) Sie begleiten einen älteren Patienten mit Höhenangst auf einen hohen Turm. Auf dem Treppenweg nach oben bekommt der Patient immer mehr Angst, seine Schritte werden dadurch zunehmend unsicherer. Schließlich erwischt er eine Stufe nicht richtig, stürzt unglücklich und zieht sich eine Prellung zu.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 5 = sehr wahrscheinlich | | | | | | |
|---|-----------------------------|------|----------------------------|------|---|------|---|------|---|
| a) Sie würden denken: „Zum Glück hat er sich nichts gebrochen.“ | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| b) Sie würden sich beim Patienten dafür entschuldigen, nicht besser auf ihn Acht gegeben zu haben. | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| c) Sie fühlen sich unfähig, da Sie noch nicht einmal in der Lage sind, jemanden beim Treppensteigen zu begleiten. | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| d) Sie würden denken: „Hätte ich den Patienten besser vorbereitet, wäre das nicht passiert.“ | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |

15) Ein sympathischer und zuvorkommender ambulanter Angstpatient berichtete Ihnen vor einiger Zeit von aggressiven Fantasien in Bezug auf einen seiner Bekannten. Danach wurde das Thema 'Aggressionen' jedoch von keiner Seite mehr in den Sitzungen thematisiert. Nun sitzt Ihnen der Patient gegenüber und erzählt, wie er seinen Bekannten vor zwei Tagen zusammengeschlagen und ihm die Nase gebrochen hat.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 5 = sehr wahrscheinlich | | | | | | |
|--|-----------------------------|------|----------------------------|------|---|------|---|------|---|
| a) Sie würden denken: „Ich bin ein feiger und verantwortungsloser Mensch.“ | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| b) Sie würden denken: „Ich hätte die potentielle Gefahr, die von meinem Patienten ausgeht, erkennen und im Auge behalten müssen.“ | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| c) Sie würden denken: „Zum Glück ist nicht etwas noch Schlimmeres passiert.“ | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| d) Sie würden sich in Gedanken ausmalen wie die Sache möglicherweise einen besseren Ausgang genommen hätte, wenn Sie mit dem Thema 'Aggressionen' anders umgegangen wären. | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |

16) Sie haben einige Patienten, bei denen Sie regelmäßig zu psychotherapeutischer Höchstform auflaufen und sich intensiv in der Behandlung engagieren. Ihr Supervisor weist Sie jedoch darauf hin, dass Sie bei anderen hingegen nur „Dienst nach Vorschrift“ zu machen scheinen.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | | | | | 5 = sehr wahrscheinlich | | |
|--|-----------------------------|------|---|------|---|------|----------------------------|------|---|
| a) Sie würden denken: <i>„Zumindest ist es mir gelungen, nicht bei allen nur Dienst nach Vorschrift zu machen.“</i> | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| b) Sie würden Gewissensbisse haben und denken: <i>„Ich sollte meine Energie gerecht auf alle Patienten verteilen.“</i> | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| c) Sie würden denken: <i>„Wie hätte ich es schaffen können mich für alle Patienten in angemessener und ähnlicher Weise zu motivieren?“</i> | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| d) Sie würden sich schämen und denken: <i>„Im Grunde bin ich ein fauler und ungerechter Mensch.“</i> | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |

17) Ein Patient befindet sich wegen einer Suchtproblematik in Ihrer Behandlung. Sie schätzen ihn als noch nicht ausreichend stabilisiert ein, Ihr Chef, der den Patienten kaum kennt, ist jedoch anderer Meinung. Er hält den Patienten für auserkämpft und empfiehlt Ihnen, die Behandlung zu beenden. Ihre Prognose verändert dies jedoch nicht. Dennoch vertreten Sie daraufhin gegenüber dem Patienten die Einschätzung Ihres Chefs und beenden die Behandlung. Eine Woche später stellt sich der Patient reuig erneut zur Behandlung vor, weil er rückfällig geworden ist.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | | | | | 5 = sehr wahrscheinlich | | |
|---|-----------------------------|------|---|------|---|------|----------------------------|------|---|
| a) Sie hätten ein schlechtes Gewissen gegenüber dem Patienten und würden denken: <i>„Ich hätte zu meiner Einschätzung stehen sollen.“</i> | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| b) Sie würden denken: <i>„Immerhin ist der Patient nach wie vor motiviert zur abstinenter Lebensführung.“</i> | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| c) Sie würden sich in Gedanken ausmalen wie die Sache für Ihren Patienten besser verlaufen wäre, wenn Sie sich anders verhalten hätten. | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| d) Sie würden denken: <i>„Ich bin eine profillosere Therapeut ohne Rückgrat und Durchsetzungsvermögen.“</i> | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |

Bitte umdrehen!



Demografische Angaben

Abschließend möchte ich Sie noch um einige demografische Angaben bitten:

A) Geschlecht: weiblich männlich

B) Alter: _____ Jahre

C) Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet mit Partner/in lebend

D) Wie lange sind Sie insgesamt schon psychotherapeutisch tätig?

[Beziehen Sie Ihre praktische Tätigkeit während der Ausbildung mit ein und schließen Sie Zeiten aus, in denen Sie nicht praktisch tätig waren.]

_____ Jahre _____ Monate

E) Wie lautet Ihre Berufsbezeichnung bzw. als was bezeichnen Sie sich in Ihrem beruflichen Kontext?

[Markieren Sie bitte alle Bezeichnungen, die auf Sie zutreffen. Falls Sie sich für einen bestimmten Beruf noch in der Ausbildungsphase befinden, kreuzen Sie bitte an "in Ausbildung."]

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diplom-Psychologe | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter / Sozialpädagoge | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Psychiater | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Psychoanalytiker | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Berater | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |

F) Haben Sie eine Ausbildung in einer bestimmten Therapieform (oder mehreren) gemacht?

[z.B. VT, Psychoanalyse, Systemische Therapie, Klinische Hypnose, etc...]

- Nein
- Ja, und zwar:
- | | |
|----------|--|
| a) _____ | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| b) _____ | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| c) _____ | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| d) _____ | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| e) _____ | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |

[Falls Sie sich für eine bestimmte Therapieform noch in der Ausbildungsphase befinden, kreuzen Sie bitte an "in Ausbildung."]

G) Wie viele Stunden pro Woche sind Sie gegenwärtig in den folgenden therapeutischen Settings tätig?

- | | |
|---|---------------|
| stationäre psychiatrische Einrichtung | _____ Stunden |
| teilstationäre psychiatrische Einrichtung | _____ Stunden |
| psychiatrische Institutsambulanz | _____ Stunden |
| Psychosomatische Fachklinik | _____ Stunden |
| Praxis | _____ Stunden |
| Beratungsstelle | _____ Stunden |
| Sonstiges: _____ | _____ Stunden |

S1

- a) Schuld
- b) Scham
- c) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich
- d) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich

S2

- a) Scham
- b) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich
- c) Schuld
- d) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich

S3

- a) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich
- b) Schuld
- c) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- d) Scham

S4

- a) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich
- b) Scham
- c) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- d) Schuld

S5

- a) Schuld
- b) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- c) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich
- d) Scham

S6

- a) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- b) Scham
- c) Schuld
- d) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich

S7

- a) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich
- b) Schuld
- c) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- d) Scham

S8

- a) Scham
- b) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich
- c) Schuld
- d) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich

S9

- a) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich
- b) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- c) Schuld
- d) Scham

S10

- a) Schuld
- b) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- c) Scham
- d) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich

S11

- a) Schuld
- b) Scham
- c) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich
- d) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich

S12

- a) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- b) Schuld
- c) Scham
- d) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich

S13

- a) Scham
- b) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- c) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich
- d) Schuld

S14

- a) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- b) Schuld
- c) Scham
- d) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich

S15

- a) Scham
- b) Schuld
- c) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- d) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich

S16

- a) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- b) Schuld
- c) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich
- d) Scham

S17

- a) Schuld
- b) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- c) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich
- d) Scham

| Szenario - nummer in der Erstversion (1.0) | Item | N | Min | Max | M | SD | Trenn- schärfe ⁴⁷ <i>r_{it}</i> | Cronbachs Alpha wenn Item weggelassen |
|---|------------|-----|-----|-----|------|------|--|--|
| S1 | Schuld | 140 | 1 | 5 | 3.08 | 1.13 | .03 | .79 |
| | Scham | 140 | 1 | 4 | 2.04 | .98 | .59 | .84 |
| | Kontra Auf | 140 | 1 | 5 | 3.58 | 1.03 | .18 | .83 |
| | Kontra Ab | 138 | 1 | 5 | 2.61 | .94 | .35 | .85 |
| S2 | Schuld | 141 | 1 | 5 | 2.38 | 1.09 | .37 | .76 |
| | Scham | 141 | 1 | 5 | 1.84 | .83 | .46 | .85 |
| | Kontra Auf | 141 | 1 | 5 | 3.78 | .98 | .45 | .81 |
| | Kontra Ab | 141 | 1 | 5 | 2.27 | 1.01 | .29 | .85 |
| S3 | Schuld | 141 | 1 | 5 | 3.68 | 1.15 | .27 | .77 |
| | Scham | 141 | 1 | 5 | 3.55 | 1.30 | .32 | .86 |
| | Kontra Auf | 141 | 1 | 5 | 2.80 | 1.37 | .29 | .82 |
| | Kontra Ab | 141 | 1 | 4 | 1.52 | .74 | .51 | .84 |
| S4 | Schuld | 141 | 1 | 5 | 3.72 | 1.19 | .35 | .77 |
| | Scham | 141 | 1 | 5 | 2.25 | 1.09 | .43 | .85 |
| | Kontra Auf | 141 | 1 | 5 | 3.77 | 1.08 | .39 | .81 |
| | Kontra Ab | 141 | 1 | 5 | 2.42 | 1.07 | .49 | .84 |
| S5 | Schuld | 142 | 1 | 5 | 3.36 | 1.12 | .42 | .76 |
| | Scham | 142 | 1 | 5 | 2.42 | 1.17 | .50 | .85 |
| | Kontra Auf | 142 | 1 | 5 | 3.10 | 1.24 | .36 | .82 |
| | Kontra Ab | 142 | 1 | 5 | 2.17 | 1.10 | .41 | .84 |
| S6 | Schuld | 142 | 1 | 5 | 3.95 | 1.01 | .43 | .76 |
| | Scham | 142 | 1 | 5 | 2.76 | 1.33 | .56 | .84 |
| | Kontra Auf | 142 | 1 | 5 | 3.66 | 1.11 | .45 | .81 |
| | Kontra Ab | 142 | 1 | 4 | 1.69 | .85 | .51 | .84 |
| S7 | Schuld | 138 | 1 | 5 | 3.23 | 1.29 | .31 | .77 |
| | Scham | 138 | 1 | 4 | 1.72 | .93 | .49 | .85 |
| | Kontra Auf | 138 | 1 | 5 | 3.70 | 1.14 | .51 | .81 |
| | Kontra Ab | 138 | 1 | 5 | 2.14 | 1.05 | .55 | .84 |
| S8 | Schuld | 139 | 1 | 5 | 1.69 | .96 | .32 | .77 |
| | Scham | 139 | 1 | 5 | 1.58 | .88 | .22 | .86 |
| | Kontra Auf | 139 | 1 | 5 | 4.39 | .88 | .36 | .82 |
| | Kontra Ab | 139 | 1 | 5 | 2.46 | 1.21 | .45 | .84 |
| S9 | Schuld | 139 | 1 | 5 | 4.08 | .95 | .42 | .76 |
| | Scham | 139 | 1 | 5 | 2.55 | 1.20 | .56 | .84 |
| | Kontra Auf | 139 | 1 | 5 | 4.50 | .80 | .54 | .81 |
| | Kontra Ab | 138 | 1 | 4 | 2.12 | .96 | .55 | .84 |
| S10 | Schuld | 140 | 1 | 5 | 3.73 | 1.20 | .34 | .77 |

⁴⁷ korrigierte Item-Skala-Korrelation

| | | | | | | | | |
|------------|------------|-----|---|---|------|------|-----|-----|
| | Scham | 141 | 1 | 5 | 1.69 | .87 | .51 | .85 |
| | Kontra Auf | 141 | 1 | 5 | 4.23 | 1.09 | .50 | .81 |
| | Kontra Ab | 140 | 1 | 4 | 1.81 | .98 | .50 | .84 |
| S11 | Schuld | 141 | 1 | 5 | 3.81 | 1.07 | .43 | .76 |
| | Scham | 141 | 1 | 5 | 2.03 | 1.00 | .65 | .84 |
| | Kontra Auf | 141 | 1 | 5 | 4.24 | .88 | .62 | .80 |
| | Kontra Ab | 141 | 1 | 4 | 1.84 | .90 | .52 | .84 |
| S12 | Schuld | 139 | 1 | 5 | 3.22 | 1.17 | .43 | .76 |
| | Scham | 139 | 1 | 5 | 1.77 | .84 | .42 | .85 |
| | Kontra Auf | 139 | 1 | 5 | 4.11 | .90 | .40 | .81 |
| | Kontra Ab | 138 | 1 | 5 | 2.08 | 1.04 | .54 | .84 |
| S13 | Schuld | 140 | 1 | 5 | 3.04 | 1.19 | .34 | .77 |
| | Scham | 141 | 1 | 5 | 2.02 | 1.06 | .35 | .86 |
| | Kontra Auf | 141 | 1 | 5 | 4.12 | .99 | .53 | .81 |
| | Kontra Ab | 141 | 1 | 5 | 2.69 | 1.13 | .35 | .85 |
| S14 | Schuld | 140 | 1 | 5 | 2.82 | 1.30 | .36 | .76 |
| | Scham | 140 | 1 | 4 | 1.44 | .73 | .49 | .85 |
| | Kontra Auf | 140 | 1 | 5 | 2.30 | 1.23 | .32 | .82 |
| | Kontra Ab | 140 | 1 | 5 | 3.71 | 1.17 | .39 | .85 |
| S15 | Schuld | 141 | 1 | 5 | 3.73 | 1.10 | .51 | .75 |
| | Scham | 141 | 1 | 4 | 1.53 | .72 | .52 | .85 |
| | Kontra Auf | 141 | 1 | 5 | 3.97 | 1.01 | .50 | .81 |
| | Kontra Ab | 141 | 1 | 5 | 2.59 | 1.29 | .47 | .84 |
| S16 | Schuld | 141 | 1 | 5 | 3.05 | 1.16 | .43 | .76 |
| | Scham | 139 | 1 | 5 | 1.42 | .75 | .63 | .84 |
| | Kontra Auf | 141 | 1 | 5 | 3.83 | 1.13 | .51 | .81 |
| | Kontra Ab | 141 | 1 | 5 | 2.19 | 1.17 | .54 | .84 |
| S17 | Schuld | 140 | 1 | 5 | 3.84 | 1.14 | .40 | .76 |
| | Scham | 140 | 1 | 5 | 2.01 | 1.15 | .51 | .85 |
| | Kontra Auf | 140 | 1 | 5 | 3.42 | 1.22 | .40 | .81 |
| | Kontra Ab | 140 | 1 | 5 | 2.69 | 1.15 | .47 | .84 |



Fragebogen zur Erfassung Moralischer Emotionen bei Psychotherapeuten (FEMEP)

- endgültige Version (2.0) -

In diesem Fragebogen sind 10 Situationen beschrieben, denen man im psychotherapeutischen Alltag begegnen *könnte*. Anschließend werden mehrere *mögliche* Reaktionsweisen genannt.

Wenn Sie die einzelnen Situationsbeschreibungen lesen, versetzen Sie sich bitte so gut es geht in diese Situationen hinein. Schätzen Sie dann bitte ein, wie wahrscheinlich jede der aufgeführten Reaktionen für Sie ist. Es ist wichtig, dass Sie alle Reaktionsweisen nach ihrer Wahrscheinlichkeit einschätzen, da in ein und derselben Situation mehr als eine Reaktionsweise auf Sie zutreffen kann. Es ist auch möglich, dass Ihre Reaktion zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedlich ausfällt.

Zum Beispiel:

Sie haben um 11 Uhr einen auswärtigen Termin mit einem Patienten. Nachmittags um vier bemerken Sie, dass Sie ihn versetzt haben.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 3 | | 5 = sehr wahrscheinlich | | | | |
|--|-----------------------------|------|--------------|------|----------------------------|------|--------------|------|--------------|
| a) Sie würden versuchen, es so schnell wie möglich wieder gut zu machen. | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| b) Sie würden denken: „ <i>Ich bin rücksichtslos.</i> “ | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| c) Sie würden darüber nachdenken, wie Sie es hätten schaffen können den Termin nicht zu vergessen. | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| d) Sie würden denken: „ <i>Immerhin ist es mir überhaupt aufgefallen, dass ich den Termin versäumt habe.</i> “ | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |

Bitte lassen Sie keine Antwort aus – bearbeiten Sie alle Fragen.

Kreuzen Sie immer direkt eine Zahl an – nie die Bereiche zwischen zwei Zahlen.

1) Sie haben vor vier Monaten eine neue Stelle angetreten. Ihre neuen Kollegen haben Sie bei der Einarbeitung gut unterstützt. Sie kommen jedoch gelegentlich noch immer mit formalen Abläufen durcheinander, die Sie schon öfter zu erledigen hatten, und müssen erneut Kollegen um Hilfe bitten.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 5 = sehr wahrscheinlich |
|--|-----------------------------|---------|----------------------------|
| a) Sie würden sich so schnell wie möglich bei Ihren Kollegen revanchieren. | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| b) Sie würden denken: <i>„Ich hätte noch viel mehr und öfter durcheinander kommen können.“</i> | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| c) Sie würden sich klein und unselbständig fühlen. | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |

2) Im Rahmen einer Gruppensupervision zeigen Sie einen Videoausschnitt einer noch laufenden Therapie, in der Sie mit Ihrem therapeutischen Verhalten zufrieden waren. Beim Feedback durch die anderen Supervisanden und den von Ihnen sehr geschätzten Supervisor bekommen Sie jedoch einhellig mitgeteilt, dass die anderen Ihr Vorgehen bedenklich finden und für Ihren Patienten als nachteilig ansehen.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 5 = sehr wahrscheinlich |
|---|-----------------------------|---------|----------------------------|
| a) Sie würden denken: <i>„Immerhin habe ich nicht noch mehr falsch gemacht.“</i> | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| b) Sie würden denken: <i>„Ich bin ein lausiger Therapeut.“</i> | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| c) Sie würden sich sehr schlecht fühlen und darüber nachdenken, wie sie ihre Behandlungsfehler möglichst schnell wieder in Ordnung bringen könnten. | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| d) Sie würden in Gedanken durchspielen, welche alternativen therapeutischen Handlungsmöglichkeiten Sie gehabt hätten, und um wie viel besser es Ihrem Patienten dadurch möglicherweise heute schon gehen würde. | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |

3) Sie haben eine überaus attraktive Patientin / einen überaus attraktiven Patienten in Behandlung. Während einer der Therapiesitzungen gehen Sie bewusst Ihren erotischen Fantasien nach und stellen sich intime Handlungen mit diesem Menschen vor. Dadurch verlieren Sie den Faden und sind unkonzentriert.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 5 = sehr wahrscheinlich |
|---|-----------------------------|---------|----------------------------|
| a) Sie würden darüber nachdenken, wie Sie es hätten schaffen können sich mehr auf Ihre eigentliche Arbeit zu konzentrieren und welchen besseren Verlauf die Sitzung dann genommen hätte. | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| b) Sie würden sich im Anschluss schlecht fühlen und denken: <i>„Ich hätte mir in diesem Ausmaß keine solchen Gedanken über den Patienten / die Patientin machen dürfen. Das gehört sich einfach nicht!“</i> | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| c) Sie würden denken: <i>„Immerhin ging es zumindest auch etwas psychotherapeutisch voran. Die Sitzung hätte auch völlig unproduktiv verlaufen können.“</i> | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| d) Sie würden denken <i>„ich bin ein schlechter Mensch“</i> und wären angewidert von sich selbst. | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |

4) Sie verschieben die inhaltliche Vorbereitung für eine psychotherapeutische Gruppe auf die letzte Minute. Die Gruppe verläuft daraufhin chaotisch und unproduktiv.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 5 = sehr wahrscheinlich | | | | | | |
|--|-----------------------------|-------|----------------------------|-------|---|-------|---|-------|---|
| a) Sie würden denken: <i>„Die Gruppe wäre viel besser verlaufen, wenn ich mich rechtzeitig um die Vorbereitung gekümmert hätte.“</i> | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| b) Sie würden denken: <i>„Die Gruppe hätte auch noch schlimmer verlaufen können.“</i> | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| c) Sie würden sich zum Ausgleich beim nächsten Mal besonders frühzeitig und intensiv um die Vorbereitung der Gruppe kümmern. | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| d) Sie würden sich inkompetent fühlen. | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |

5) Sie haben ein privates Telefonat mit einem Ihrer Angehörigen. Das Telefonat endet mit einem heftigen Streit. In der direkt anschließenden Therapiesitzung ist Ihre Laune auf dem Nullpunkt. Sie gehen mit Ihrem Patienten etwas ungeduldig und unfreundlich um. Eine Woche später erscheint der Patient nicht zur Therapie. Sie erfahren, dass er am Tag Ihres letzten Zusammentreffens bei einem Autounfall, ohne eigenes Verschulden, ums Leben gekommen ist.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 5 = sehr wahrscheinlich | | | | | | |
|---|-----------------------------|-------|----------------------------|-------|---|-------|---|-------|---|
| a) Sie würden sich schlecht fühlen und sich gerne rückwirkend entschuldigen. | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| b) Sie würden denken: <i>„Immerhin konnte ich meinen privaten Groll noch soweit aus der Therapiesitzung raushalten, dass sie überhaupt stattfinden konnte und der Patient einen Ansprechpartner in seinen letzten Stunden hatte.“</i> | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| c) Sie würden denken: <i>„Ich bin ein schrecklicher Mensch.“</i> | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| d) Sie würden darüber nachdenken wie Sie es hätten schaffen können Ihre privaten Gefühle aus Ihrer Rolle als Therapeut herauszuhalten. | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |

6) Eine Patientin bricht, für Sie als Therapeut/in völlig überraschend, nach 15 Sitzungen die Behandlung ab. Als Grund dafür gibt sie an, dass sich ihre Erwartungen an Sie und die Therapie nicht erfüllt hätten. Sie denke nun darüber nach, sich eventuell einen anderen Therapeuten / eine andere Therapeutin zu suchen. Dann verlässt sie Ihr Sprechzimmer.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 5 = sehr wahrscheinlich | | | | | | |
|--|-----------------------------|-------|----------------------------|-------|---|-------|---|-------|---|
| a) Sie würden denken: <i>„Ich hätte die Unzufriedenheit der Klientin frühzeitig erkennen und mit ihr darüber reden sollen.“</i> | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| b) Sie würden denken: <i>„Ich bin kein guter Psychotherapeut.“</i> | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| c) Sie würden darüber nachdenken, wie Sie die Unzufriedenheit der Patientin rechtzeitig hätten erkennen können und wie die Therapie dann verlaufen wäre. | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| d) Sie würden denken: <i>„Wer weiß wie schlecht es der Patientin heute gehen würde, wenn sie die 15 Sitzungen nicht gemacht hätte.“</i> | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |

7) Sie empfinden die wöchentlichen Kontakte mit einem Ihrer Patienten als zäh und langweilig. Nun wird Ihnen bewusst, dass Sie die einzelnen Sitzungen mit ihm nach zunehmend immer kürzerer Zeit beenden.

- | | 1 = nicht
wahrscheinlich | | 5 = sehr
wahrscheinlich |
|---|-----------------------------|---------|----------------------------|
| a) Sie würden denken: <i>„Immerhin war ich trotz Langeweile und verkürzter Sitzungen jede Woche konzentriert für den Patienten da und habe mit ihm gearbeitet.“</i> | 1 | ----- 2 | ----- 5 |
| b) Sie würden sich bemühen, Ihr reduziertes zeitliches Engagement in den kommenden Sitzungen wieder gut zu machen. | 1 | ----- 2 | ----- 5 |
| c) Sie würden sich für Ihre Person schämen. | 1 | ----- 2 | ----- 5 |
| d) Sie würden versuchen herauszufinden, wie Sie die Sitzungen hätten spannender gestalten können. | 1 | ----- 2 | ----- 5 |

8) Ein sympathischer und zuvorkommender ambulanter Angstpatient berichtete Ihnen vor einiger Zeit von aggressiven Fantasien in Bezug auf einen seiner Bekannten. Danach wurde das Thema 'Aggressionen' jedoch von keiner Seite mehr in den Sitzungen thematisiert. Nun sitzt Ihnen der Patient gegenüber und erzählt, wie er seinen Bekannten vor zwei Tagen zusammengeschlagen und ihm die Nase gebrochen hat.

- | | 1 = nicht
wahrscheinlich | | 5 = sehr
wahrscheinlich |
|--|-----------------------------|---------|----------------------------|
| a) Sie würden denken: <i>„Ich bin ein feiger und verantwortungsloser Mensch.“</i> | 1 | ----- 2 | ----- 5 |
| b) Sie würden denken: <i>„Ich hätte die potentielle Gefahr, die von meinem Patienten ausgeht, erkennen und im Auge behalten müssen.“</i> | 1 | ----- 2 | ----- 5 |
| c) Sie würden denken: <i>„Zum Glück ist nicht etwas noch Schlimmeres passiert.“</i> | 1 | ----- 2 | ----- 5 |
| d) Sie würden sich in Gedanken ausmalen wie die Sache möglicherweise einen besseren Ausgang genommen hätte, wenn Sie mit dem Thema 'Aggressionen' anders umgegangen wären. | 1 | ----- 2 | ----- 5 |

9) Sie haben einige Patienten, bei denen Sie regelmäßig zu psychotherapeutischer Höchstform auflaufen und sich intensiv in der Behandlung engagieren. Ihr Supervisor weist Sie jedoch darauf hin, dass Sie bei anderen hingegen nur „Dienst nach Vorschrift“ zu machen scheinen.

- | | 1 = nicht
wahrscheinlich | | 5 = sehr
wahrscheinlich |
|--|-----------------------------|---------|----------------------------|
| a) Sie würden denken: <i>„Zumindest ist es mir gelungen, nicht bei allen nur Dienst nach Vorschrift zu machen.“</i> | 1 | ----- 2 | ----- 5 |
| b) Sie würden Gewissensbisse haben und denken: <i>„Ich sollte meine Energie gerecht auf alle Patienten verteilen.“</i> | 1 | ----- 2 | ----- 5 |
| c) Sie würden denken: <i>„Wie hätte ich es schaffen können mich für alle Patienten in angemessener und ähnlicher Weise zu motivieren?“</i> | 1 | ----- 2 | ----- 5 |
| d) Sie würden sich schämen und denken: <i>„Im Grunde bin ich ein fauler und ungerechter Mensch.“</i> | 1 | ----- 2 | ----- 5 |

10) Ein Patient befindet sich wegen einer Suchtproblematik in Ihrer Behandlung. Sie schätzen ihn als noch nicht ausreichend stabilisiert ein, Ihr Chef, der den Patienten kaum kennt, ist jedoch anderer Meinung. Er hält den Patienten für austherapiert und empfiehlt Ihnen, die Behandlung zu beenden. Ihre Prognose verändert dies jedoch nicht. Dennoch vertreten Sie daraufhin gegenüber dem Patienten die Einschätzung Ihres Chefs und beenden die Behandlung. Eine Woche später stellt sich der Patient reuig erneut zur Behandlung vor, weil er rückfällig geworden ist.

- | | 1 = nicht
wahrscheinlich | | 5 = sehr
wahrscheinlich | | | | | | |
|---|-----------------------------|------|----------------------------|------|---|------|---|------|---|
| a) Sie hätten ein schlechtes Gewissen gegenüber dem Patienten und würden denken: „ <i>Ich hätte zu meiner Einschätzung stehen sollen.</i> “ | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| b) Sie würden denken: „ <i>Immerhin ist der Patient nach wie vor motiviert zur abstinenten Lebensführung.</i> “ | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| c) Sie würden sich in Gedanken ausmalen wie die Sache für Ihren Patienten besser verlaufen wäre, wenn Sie sich anders verhalten hätten. | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| d) Sie würden denken: „ <i>Ich bin eine profilloser Therapeut ohne Rückgrat und Durchsetzungsvermögen.</i> “ | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |

Bitte umdrehen!



Demografische Angaben

Abschließend möchte ich Sie noch um einige demografische Angaben bitten:

A) **Geschlecht:** weiblich männlich

B) **Alter:** _____ Jahre

C) **Familienstand:** ledig verheiratet geschieden verwitwet mit Partner/in lebend

D) **Wie lange sind Sie insgesamt schon psychotherapeutisch tätig?**

[Beziehen Sie Ihre praktische Tätigkeit während der Ausbildung mit ein und schließen Sie Zeiten aus, in denen Sie nicht praktisch tätig waren.]

_____ Jahre _____ Monate

E) **Wie lautet Ihre Berufsbezeichnung bzw. als was bezeichnen Sie sich in Ihrem beruflichen Kontext?**

[Markieren Sie bitte alle Bezeichnungen, die auf Sie zutreffen. Falls Sie sich für einen bestimmten Beruf noch in der Ausbildungsphase befinden, kreuzen Sie bitte an "in Ausbildung."]

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diplom-Psychologe | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter / Sozialpädagoge | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Psychiater | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Psychoanalytiker | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Berater | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |

F) **Haben Sie eine Ausbildung in einer bestimmten Therapieform (oder mehreren) gemacht?**

[z.B. VT, Psychoanalyse, Systemische Therapie, Klinische Hypnose, etc...]

- Nein
- Ja, und zwar:
- | | |
|----------|--|
| a) _____ | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| b) _____ | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| c) _____ | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| d) _____ | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| e) _____ | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |

[Falls Sie sich für eine bestimmte Therapieform noch in der Ausbildungsphase befinden, kreuzen Sie bitte an "in Ausbildung."]

G) **Wie viele Stunden pro Woche sind Sie gegenwärtig in den folgenden therapeutischen Settings tätig?**

- | | |
|---|---------------|
| stationäre psychiatrische Einrichtung | _____ Stunden |
| teilstationäre psychiatrische Einrichtung | _____ Stunden |
| psychiatrische Institutsambulanz | _____ Stunden |
| Psychosomatische Fachklinik | _____ Stunden |
| Praxis | _____ Stunden |
| Beratungsstelle | _____ Stunden |
| Sonstiges: _____ | _____ Stunde |

Situation 1 (war in der Erstversion des FEMEP Situation 5)

- a) Schuld
- b) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- c) Scham

Situation 2 (war in der Erstversion des FEMEP Situation 6)

- a) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- b) Scham
- c) Schuld
- d) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich

Situation 3 (war in der Erstversion des FEMEP Situation 7)

- a) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich
- b) Schuld
- c) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- d) Scham

Situation 4 (war in der Erstversion des FEMEP Situation 9)

- a) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich
- b) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- c) Schuld
- d) Scham

Situation 5 (war in der Erstversion des FEMEP Situation 10)

- a) Schuld
- b) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- c) Scham
- d) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich

Situation 6 (war in der Erstversion des FEMEP Situation 11)

- a) Schuld
- b) Scham
- c) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich
- d) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich

Situation 7 (war in der Erstversion des FEMEP Situation 12)

- a) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- b) Schuld
- c) Scham
- d) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich

Situation 8 (war in der Erstversion des FEMEP Situation 15)

- a) Scham
- b) Schuld
- c) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- d) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich

Situation 9 (war in der Erstversion des FEMEP Situation 16)

- a) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- b) Schuld
- c) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich
- d) Scham

Situation 10 (war in der Erstversion des FEMEP Situation 17)

- a) Schuld
- b) Kontrafaktischer Abwärtsvergleich
- c) Kontrafaktischer Aufwärtsvergleich
- d) Scham

| Szenario- nummer in der Erstversion (1.0) | Szenario - nummer in der endgültig en Version (2.0) | Item | N | Min | Max | M | SD | Trenn- schärfe r_{it}^{48} | Cronbachs Alpha wenn Item weggelassen |
|---|--|------------|-----|-----|-----|------|------|------------------------------------|--|
| S5 | S1 | Schuld | 142 | 1 | 5 | 3.37 | 1.11 | .36 | .74 |
| | | Scham | 142 | 1 | 5 | 2.41 | 1.17 | .52 | .82 |
| | | Kontra Ab | 142 | 1 | 5 | 2.17 | 1.09 | .37 | .79 |
| S6 | S2 | Schuld | 142 | 1 | 5 | 3.93 | 1.04 | .43 | .73 |
| | | Scham | 142 | 1 | 5 | 2.74 | 1.32 | .53 | .82 |
| | | Kontra Auf | 142 | 1 | 5 | 3.64 | 1.11 | .43 | .78 |
| | | Kontra Ab | 142 | 1 | 4 | 1.69 | .87 | .50 | .78 |
| S7 | S3 | Schuld | 138 | 1 | 5 | 3.24 | 1.28 | .35 | .74 |
| | | Scham | 138 | 1 | 4 | 1.73 | .947 | .52 | .82 |
| | | Kontra Auf | 138 | 1 | 5 | 3.69 | 1.14 | .46 | .78 |
| | | Kontra Ab | 138 | 1 | 5 | 2.14 | 1.05 | .55 | .77 |
| S9 | S4 | Schuld | 139 | 1 | 5 | 4.08 | .95 | .46 | .73 |
| | | Scham | 139 | 1 | 5 | 2.56 | 1.20 | .56 | .81 |
| | | Kontra Auf | 138 | 1 | 5 | 4.50 | .79 | .49 | .78 |
| | | Kontra Ab | 138 | 1 | 4 | 2.11 | .96 | .53 | .77 |
| S10 | S5 | Schuld | 140 | 1 | 5 | 3.76 | 1.20 | .39 | .74 |
| | | Scham | 141 | 1 | 5 | 1.71 | .87 | .51 | .82 |
| | | Kontra Auf | 141 | 1 | 5 | 4.24 | 1.08 | .51 | .77 |
| | | Kontra Ab | 140 | 1 | 4 | 1.80 | .97 | .46 | .78 |
| S11 | S6 | Schuld | 141 | 1 | 5 | 3.83 | 1.07 | .45 | .73 |
| | | Scham | 141 | 1 | 5 | 2.05 | 1.01 | .64 | .80 |
| | | Kontra Auf | 141 | 1 | 5 | 4.25 | .87 | .64 | .76 |
| | | Kontra Ab | 141 | 1 | 4 | 1.83 | .89 | .52 | .78 |
| S12 | S7 | Schuld | 139 | 1 | 5 | 3.24 | 1.17 | .44 | .73 |
| | | Scham | 139 | 1 | 5 | 1.77 | .86 | .43 | .82 |
| | | Kontra Auf | 139 | 1 | 5 | 4.11 | .90 | .45 | .78 |
| | | Kontra Ab | 138 | 1 | 5 | 2.09 | 1.05 | .53 | .77 |
| S15 | S8 | Schuld | 141 | 1 | 5 | 3.74 | 1.1 | .48 | .73 |
| | | Scham | 141 | 1 | 4 | 1.53 | .72 | .47 | .82 |
| | | Kontra Auf | 141 | 1 | 5 | 3.96 | 1.02 | .52 | .77 |
| | | Kontra Ab | 141 | 1 | 5 | 2.58 | 1.29 | .41 | .79 |
| S16 | S9 | Schuld | 141 | 1 | 5 | 3.07 | 1.15 | .43 | .73 |
| | | Scham | 139 | 1 | 5 | 1.42 | .75 | .64 | .81 |
| | | Kontra Auf | 141 | 1 | 5 | 3.82 | 1.12 | .53 | .77 |
| | | Kontra Ab | 141 | 1 | 5 | 2.20 | 1.17 | .47 | .78 |
| S17 | S10 | Schuld | 140 | 1 | 5 | 3.85 | 1.13 | .40 | .74 |
| | | Scham | 140 | 1 | 5 | 2.03 | 1.16 | .50 | .82 |
| | | Kontra Auf | 140 | 1 | 5 | 3.43 | 1.21 | .41 | .79 |
| | | Kontra Ab | 140 | 1 | 5 | 2.70 | 1.15 | .43 | .78 |

⁴⁸ korrigierte Item-Skala-Korrelation

ANHANG B: FEMEP ENDGÜLTIGE VERSION: ITEMKENNWERTE BESTIMMT ANHAND DES DATENSATZES DER HAUPTUNTERSUCHUNGSTICHPROBE

| Szenario- nummer in der Erstversion (1.0) | Szenario - nummer in der endgültig en Version (2.0) | Item | N | Min | Max | M | SD | Trenn- schärfe r_{ii}^{49} | Cronbachs Alpha wenn Item weggelassen |
|---|--|------------|-----|-----|-----|------|------|------------------------------------|--|
| S5 | S1 | Schuld | 374 | 1 | 5 | 3.46 | 1.02 | .25 | .69 |
| | | Scham | 374 | 1 | 5 | 2.25 | 1.05 | .48 | .79 |
| | | Kontra Ab | 374 | 1 | 5 | 2.40 | 1.13 | .30 | .73 |
| S6 | S2 | Schuld | 374 | 1 | 5 | 3.71 | 1.12 | .34 | .67 |
| | | Scham | 374 | 1 | 5 | 2.59 | 1.20 | .56 | .78 |
| | | Kontra Auf | 374 | 1 | 5 | 3.54 | 1.12 | .42 | .69 |
| | | Kontra Ab | 374 | 1 | 5 | 2.04 | .99 | .44 | .71 |
| S7 | S3 | Schuld | 374 | 1 | 5 | 2.67 | 1.30 | .37 | .67 |
| | | Scham | 374 | 1 | 5 | 1.36 | .71 | .41 | .80 |
| | | Kontra Auf | 374 | 1 | 5 | 3.52 | 1.32 | .44 | .68 |
| | | Kontra Ab | 374 | 1 | 5 | 2.81 | 1.15 | .41 | .71 |
| S9 | S4 | Schuld | 374 | 1 | 5 | 3.91 | .94 | .35 | .67 |
| | | Scham | 374 | 1 | 5 | 2.38 | 1.10 | .61 | .78 |
| | | Kontra Auf | 374 | 1 | 5 | 4.21 | .92 | .24 | .71 |
| | | Kontra Ab | 374 | 1 | 5 | 2.56 | 1.10 | .42 | .71 |
| S10 | S5 | Schuld | 374 | 1 | 5 | 3.51 | 1.28 | .40 | .66 |
| | | Scham | 374 | 1 | 5 | 1.55 | .86 | .60 | .78 |
| | | Kontra Auf | 374 | 1 | 5 | 4.09 | .95 | .42 | .69 |
| | | Kontra Ab | 374 | 1 | 5 | 2.32 | 1.17 | .35 | .72 |
| S11 | S6 | Schuld | 374 | 1 | 5 | 3.91 | .99 | .41 | .66 |
| | | Scham | 374 | 1 | 5 | 2.16 | 1.04 | .60 | .78 |
| | | Kontra Auf | 374 | 1 | 5 | 4.12 | .85 | .69 | .67 |
| | | Kontra Ab | 374 | 1 | 5 | 2.35 | 1.10 | .48 | .70 |
| S12 | S7 | Schuld | 374 | 1 | 5 | 3.04 | 1.17 | .40 | .66 |
| | | Scham | 374 | 1 | 5 | 1.57 | .86 | .40 | .80 |
| | | Kontra Auf | 374 | 1 | 5 | 3.92 | .98 | .29 | .71 |
| | | Kontra Ab | 374 | 1 | 5 | 2.49 | 1.17 | .49 | .70 |
| S15 | S8 | Schuld | 374 | 1 | 5 | 3.84 | 1.01 | .31 | .68 |
| | | Scham | 374 | 1 | 5 | 1.38 | .69 | .42 | .80 |
| | | Kontra Auf | 374 | 1 | 5 | 4.01 | .96 | .49 | .76 |
| | | Kontra Ab | 374 | 1 | 5 | 2.89 | 1.26 | .35 | .72 |
| S16 | S9 | Schuld | 374 | 1 | 5 | 2.80 | 1.16 | .44 | .73 |
| | | Scham | 374 | 1 | 4 | 1.29 | .63 | .50 | .79 |
| | | Kontra Auf | 374 | 1 | 5 | 3.60 | 1.11 | .40 | .69 |
| | | Kontra Ab | 374 | 1 | 5 | 2.48 | 1.26 | .41 | .71 |
| S17 | S10 | Schuld | 374 | 1 | 5 | 3.82 | 1.12 | .26 | .69 |
| | | Scham | 374 | 1 | 5 | 1.93 | 1.12 | .37 | .81 |
| | | Kontra Auf | 374 | 1 | 5 | 3.47 | 1.18 | .36 | .70 |
| | | Kontra Ab | 374 | 1 | 5 | 3.37 | 1.12 | .34 | .73 |

⁴⁹ korrigierte Item-Skala-Korrelation

Lieber Kollege / liebe Kollegin,

im Rahmen meiner Dissertation am Psychologischen Institut der Uni Heidelberg bei Prof. Dr. Peter Fiedler forsche ich über die berufliche Entwicklung von psychotherapeutisch Tätigen. Wichtiges Ziel der Arbeit ist es besser zu verstehen, welche emotionalen Faktoren das Erlernen des psychotherapeutischen Handwerks begleiten und möglicherweise sogar fördern.

Im Anhang finden Sie den zentralen Fragebogen der Studie. Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie ihn ausfüllen könnten. Als Dankeschön bekommen Sie bei Abschluss der Studie gerne eine individuelle Auswertung (Neigung zu Schuld bzw. Schamgefühlen, Burnout-Status, Stresstoleranz, Komplexitätstoleranz,..) ihrer Angaben zugeschickt, wenn Sie dies wünschen. Selbstverständlich werden alle Angaben vertraulich und völlig anonym behandelt.

Zur Bearbeitung des ausgedruckten Fragebogens benötigt man ca. eine halbe Stunde. Wenn Sie keine Möglichkeit haben, den Fragebogen auszudrucken, lasse ich Ihnen gerne auch bereits ausgedruckte Fragebögen zukommen. Ausgefüllte Fragebögen sende Sie bitte (gerne mit dem Vermerk "Entgelt zahlt Empfänger") an:

Dipl.-Psych. Stefan Junker
Karl-Marx-Str. 5
64665 Alsbach-Hähnlein

Gerne können Sie diese Mail auch an möglichst viele Ihrer Kollegen weiterleiten, die ebenfalls bereit sein könnten an der Studie teilzunehmen. Die Gesamtergebnisse der Studie werden zurück in die praktische Aus- und Weiterbildung von uns psychotherapeutisch / klinisch Tätigen fließen und uns somit zugute kommen.

Herzlichen Gruß & im Voraus vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Stefan Junker



Studie zur beruflichen Entwicklung von Psychotherapeuten

Vielen Dank schon im Voraus für das Beantworten dieses Fragebogens. Ihre Mitarbeit ist sehr hilfreich und wichtig, um die berufliche Entwicklung von Psychotherapeuten noch genauer verstehen und sie noch besser in ihrer Aus- und Weiterbildung fördern zu können. Die Studie wird im Rahmen eines Dissertationsprojektes am Psychologischen Institut der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg durchgeführt und von Prof. Dr. Peter Fiedler begleitet.

Bei den einzelnen Fragebogeninstrumenten handelt es sich nicht um Leistungstests. Es gibt also keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Antworten Sie einfach so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich und anonym behandelt. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch, und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an. Kreuzen Sie immer direkt eine Zahl an – nie die Bereiche zwischen zwei Zahlen. Bitte beantworten Sie unbedingt alle Fragen. Lassen sie keine aus, auch wenn Sie den Eindruck haben, dass Themen mehrfach vorkommen.

Der Einfachheit halber werden in diesem Fragebogen unter dem Begriff „PsychotherapeutIn“ alle klinisch Tätigen und unter dem Begriff „Patient“ bzw. „Patientin“ alle Ratsuchenden zusammen gefasst.

Gerne bekommen Sie auf Basis Ihrer Antworten vertraulich und kostenlos ein ausführliches persönliches Profil erstellt, wenn Sie dies wünschen. Das Profil enthält beispielsweise Angaben zur...

- „Komplexitätstoleranz“ in Bezug auf psychotherapeutische Situationen
- Neigung zu verschiedenen therapierelevanten Emotionen
- Burnout-Status
- Stresstoleranz / Resilienz, etc.

Wenn Sie Interesse an einem solchen Profil haben, dann tragen Sie Ihre E-Mail bitte hier ein:

Das Profil wird Ihnen automatisch nach Auswertung der Studienergebnisse zugestellt.

Bei weiteren Fragen zur Studie wenden Sie sich bitte an:

Dipl.-Psych. Stefan Junker
Karl-Marx-Str.5, 64665 Alsbach-Hähnlein
Tel. 06257 / 64 89 65, E-Mail: info@hypnotherapeut.de

A) Machen Sie bitte die folgenden Angaben zu Demografie und Beruf:

A1) Geschlecht: weiblich männlich

A2) Alter: _____ Jahre

A3) Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet mit Partner/in lebend

A4) Wie lange sind Sie insgesamt schon psychotherapeutisch tätig?

[Beziehen Sie Ihre praktische Tätigkeit während der Ausbildung mit ein und schließen Sie Zeiten aus, in denen Sie nicht praktisch tätig waren.]

_____ Jahre _____ Monate

A5) Wie lautet Ihre Berufsbezeichnung bzw. als was bezeichnen Sie sich in Ihrem beruflichen Kontext?

[Markieren Sie bitte alle Bezeichnungen, die auf Sie zutreffen. Falls Sie sich für einen bestimmten Beruf noch in der Ausbildungsphase befinden, kreuzen Sie bitte an "in Ausbildung."]

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diplom-PsychologIn | <input type="checkbox"/> in Ausbildung (Student) |
| <input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin | <input type="checkbox"/> in Ausbildung (Student) |
| <input type="checkbox"/> SozialarbeiterIn / SozialpädagogIn | <input type="checkbox"/> in Ausbildung (Student) |
| <input type="checkbox"/> PsychotherapeutIn | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> PsychiaterIn | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und JugendpsychiaterIn | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> PsychoanalytikerIn | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> BeraterIn | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |

A6) Haben Sie eine Ausbildung in einer bestimmten Therapieform (oder mehreren) gemacht?

[z.B. VT, Psychoanalyse, Systemische Therapie, Klinische Hypnose, etc...]

[Falls Sie sich für eine bestimmte Therapieform noch in der Ausbildungsphase befinden, kreuzen Sie bitte an "in Ausbildung."]

- Nein
- Ja, und zwar:
- | | |
|----------|--|
| a) _____ | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| b) _____ | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| c) _____ | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| d) _____ | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| e) _____ | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |

A7) Wie viele Stunden pro Woche sind Sie gegenwärtig in den folgenden therapeutischen Settings tätig?

- | | |
|---|---------------|
| stationäre psychiatrische Einrichtung | _____ Stunden |
| teilstationäre psychiatrische Einrichtung | _____ Stunden |
| psychiatrische Ambulanz | _____ Stunden |
| Psychosomatische Fachklinik | _____ Stunden |
| Praxis | _____ Stunden |
| Lehrambulanz | _____ Stunden |
| Beratungsstelle | _____ Stunden |
| Sonstiges: _____ | _____ Stunden |

B) Im Folgenden sind zehn Situationen beschrieben, denen man im psychotherapeutischen Alltag begegnen *könnte*. Nach jeder Situation werden mehrere *mögliche* Reaktionsweisen genannt.

Wenn Sie die einzelnen Situationsbeschreibungen lesen, versetzen Sie sich bitte so gut es geht in diese Situationen hinein. Schätzen Sie dann bitte ein, wie wahrscheinlich jede der aufgeführten Reaktionen für Sie ist. Es ist wichtig, dass Sie alle Reaktionsweisen nach ihrer Wahrscheinlichkeit einschätzen, da in ein und derselben Situation mehr als eine Reaktionsweise auf Sie zutreffen kann. Es ist auch möglich, dass Ihre Reaktion zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedlich ausfällt.

Zum Beispiel:

Sie haben um 11 Uhr einen auswärtigen Termin mit einem Patienten. Nachmittags um vier bemerken Sie, dass Sie ihn versetzt haben.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 5 = sehr wahrscheinlich |
|--|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| a) Sie würden versuchen, es so schnell wie möglich wieder gut zu machen. | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- X ----- 5 |
| b) Sie würden denken: „ <i>Ich bin rücksichtslos.</i> “ | 1 | ----- X ----- 3 | ----- 4 ----- 5 |
| c) Sie würden darüber nachdenken, wie Sie es hätten schaffen können den Termin nicht zu vergessen. | 1 | ----- 2 ----- 3 | ----- 4 ----- X ----- 5 |
| d) Sie würden denken: „ <i>Immerhin ist es mir überhaupt aufgefallen, dass ich den Termin versäumt habe.</i> “ | 1 | ----- 2 ----- X ----- 4 | ----- 5 |

Beginn des Fragebogens:

B1) Sie haben vor vier Monaten eine neue Stelle angetreten. Ihre neuen Kollegen haben Sie bei der Einarbeitung gut unterstützt. Sie kommen jedoch gelegentlich noch immer mit formalen Abläufen durcheinander, die Sie schon öfter zu erledigen hatten, und müssen erneut Kollegen um Hilfe bitten.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 5 = sehr wahrscheinlich |
|--|-----------------------------|---------|----------------------------|
| a) Sie würden sich so schnell wie möglich bei Ihren Kollegen revanchieren. | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| b) Sie würden denken: „ <i>Ich hätte noch viel mehr und öfter durcheinander kommen können.</i> “ | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| c) Sie würden sich klein und unselbständig fühlen. | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |

B2) Im Rahmen einer Gruppensupervision zeigen Sie einen Videoausschnitt einer noch laufenden Therapie, in der Sie mit Ihrem therapeutischen Verhalten zufrieden waren. Beim Feedback durch die anderen Supervisanden und den von Ihnen sehr geschätzten Supervisor bekommen Sie jedoch einhellig mitgeteilt, dass die anderen Ihr Vorgehen bedenklich finden und für Ihren Patienten als nachteilig ansehen.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 5 = sehr wahrscheinlich |
|---|-----------------------------|---------|----------------------------|
| a) Sie würden denken: <i>„Immerhin habe ich nicht noch mehr falsch gemacht.“</i> | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| b) Sie würden denken: <i>„Ich bin ein lausiger Therapeut.“</i> | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| c) Sie würden sich sehr schlecht fühlen und darüber nachdenken, wie sie ihre Behandlungsfehler möglichst schnell wieder in Ordnung bringen könnten. | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| d) Sie würden in Gedanken durchspielen, welche alternativen therapeutischen Handlungsmöglichkeiten Sie gehabt hätten, und um wie viel besser es Ihrem Patienten dadurch möglicherweise heute schon gehen würde. | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |

B3) Sie haben eine überaus attraktive Patientin / einen überaus attraktiven Patienten in Behandlung. Während einer der Therapiesitzungen gehen Sie bewusst Ihren erotischen Fantasien nach und stellen sich intime Handlungen mit diesem Menschen vor. Dadurch verlieren Sie den Faden und sind unkonzentriert.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 5 = sehr wahrscheinlich |
|---|-----------------------------|---------|----------------------------|
| a) Sie würden darüber nachdenken, wie Sie es hätten schaffen können sich mehr auf Ihre eigentliche Arbeit zu konzentrieren und welchen besseren Verlauf die Sitzung dann genommen hätte. | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| b) Sie würden sich im Anschluss schlecht fühlen und denken: <i>„Ich hätte mir in diesem Ausmaß keine solchen Gedanken über die Patientin / den Patienten machen dürfen. Das gehört sich einfach nicht!“</i> | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| c) Sie würden denken: <i>„Immerhin ging es zumindest auch psychotherapeutisch etwas voran. Die Sitzung hätte auch völlig unproduktiv verlaufen können.“</i> | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| d) Sie würden denken <i>„ich bin ein schlechter Mensch“</i> und wären angewidert von sich selbst. | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |

B4) Sie verschieben die inhaltliche Vorbereitung für eine psychotherapeutische Gruppe auf die letzte Minute. Die Gruppe verläuft daraufhin chaotisch und unproduktiv.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 5 = sehr wahrscheinlich |
|--|-----------------------------|---------|----------------------------|
| a) Sie würden denken: <i>„Die Gruppe wäre viel besser verlaufen, wenn ich mich rechtzeitig um die Vorbereitung gekümmert hätte.“</i> | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| b) Sie würden denken: <i>„Die Gruppe hätte auch noch schlimmer verlaufen können.“</i> | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| c) Sie würden sich zum Ausgleich beim nächsten Mal besonders frühzeitig und intensiv um die Vorbereitung der Gruppe kümmern. | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| d) Sie würden sich inkompetent fühlen. | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |

B5) Sie haben ein privates Telefonat mit einem Ihrer Angehörigen. Das Telefonat endet mit einem heftigen Streit. In der direkt anschließenden Therapiesitzung ist Ihre Laune auf dem Nullpunkt. Sie gehen mit Ihrem Patienten etwas ungeduldig und unfreundlich um. Eine Woche später erscheint der Patient nicht zur Therapie. Sie erfahren, dass er am Tag Ihres letzten Zusammentreffens bei einem Autounfall, ohne eigenes Verschulden, ums Leben gekommen ist.

- | | 1 = nicht
wahrscheinlich | | 5 = sehr
wahrscheinlich | | | | | | |
|--|-----------------------------|-------|----------------------------|-------|---|-------|---|-------|---|
| a) Sie würden sich schlecht fühlen und sich gerne rückwirkend entschuldigen. | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| b) Sie würden denken: „Immerhin konnte ich meinen privaten Groll noch soweit aus der Therapiesitzung raushalten, dass sie überhaupt stattfinden konnte und der Patient einen Ansprechpartner in seinen letzten Stunden hatte.“ | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| c) Sie würden denken: „Ich bin ein schrecklicher Mensch.“ | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| d) Sie würden darüber nachdenken wie Sie es hätten schaffen können Ihre privaten Gefühle aus Ihrer Rolle als Therapeut herauszuhalten. | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |

B6) Eine Patientin bricht, für Sie als Therapeut/in völlig überraschend, nach 15 Sitzungen die Behandlung ab. Als Grund dafür gibt sie an, dass sich ihre Erwartungen an Sie und die Therapie nicht erfüllt hätten. Sie denke nun darüber nach, sich eventuell einen anderen Therapeuten / eine andere Therapeutin zu suchen. Dann verlässt sie Ihr Sprechzimmer.

- | | 1 = nicht
wahrscheinlich | | 5 = sehr
wahrscheinlich | | | | | | |
|--|-----------------------------|-------|----------------------------|-------|---|-------|---|-------|---|
| a) Sie würden denken: „Ich hätte die Unzufriedenheit der Klientin frühzeitig erkennen und mit ihr darüber reden sollen.“ | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| b) Sie würden denken: „Ich bin kein guter Psychotherapeut.“ | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| c) Sie würden darüber nachdenken, wie Sie die Unzufriedenheit der Patientin rechtzeitig hätten erkennen können und wie die Therapie dann verlaufen wäre. | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| d) Sie würden denken: „Wer weiß wie schlecht es der Patientin heute gehen würde, wenn sie die 15 Sitzungen nicht gemacht hätte.“ | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |

B7) Sie empfinden die wöchentlichen Kontakte mit einem Ihrer Patienten als zäh und langweilig. Nun wird Ihnen bewusst, dass Sie die einzelnen Sitzungen mit ihm nach zunehmend immer kürzerer Zeit beenden.

- | | 1 = nicht
wahrscheinlich | | 5 = sehr
wahrscheinlich | | | | | | |
|--|-----------------------------|-------|----------------------------|-------|---|-------|---|-------|---|
| a) Sie würden denken: „Immerhin war ich trotz Langeweile und verkürzter Sitzungen jede Woche konzentriert für den Patienten da und habe mit ihm gearbeitet.“ | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| b) Sie würden sich bemühen, Ihr reduziertes zeitliches Engagement in den kommenden Sitzungen wieder gut zu machen. | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| c) Sie würden sich für Ihre Person schämen. | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |
| d) Sie würden versuchen herauszufinden, wie Sie die Sitzungen hätten spannender gestalten können. | 1 | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4 | ----- | 5 |

B8) Ein sympathischer und zuvorkommender ambulanter Angstpatient berichtete Ihnen vor einiger Zeit von aggressiven Fantasien in Bezug auf einen seiner Bekannten. Danach wurde das Thema 'Aggressionen' jedoch von keiner Seite mehr in den Sitzungen thematisiert. Nun sitzt Ihnen der Patient gegenüber und erzählt, wie er seinen Bekannten vor zwei Tagen zusammengeschlagen und ihm die Nase gebrochen hat.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 5 = sehr wahrscheinlich |
|--|-----------------------------|---------|----------------------------|
| a) Sie würden denken: „ <i>Ich bin ein feiger und verantwortungsloser Mensch.</i> “ | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| b) Sie würden denken: „ <i>Ich hätte die potentielle Gefahr, die von meinem Patienten ausgeht, erkennen und im Auge behalten müssen.</i> “ | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| c) Sie würden denken: „ <i>Zum Glück ist nicht etwas noch Schlimmeres passiert.</i> “ | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| d) Sie würden sich in Gedanken ausmalen wie die Sache möglicherweise einen besseren Ausgang genommen hätte, wenn Sie mit dem Thema 'Aggressionen' anders umgegangen wären. | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |

B9) Sie haben einige Patienten, bei denen Sie regelmäßig zu psychotherapeutischer Höchstform auflaufen und sich intensiv in der Behandlung engagieren. Ihr Supervisor weist Sie jedoch darauf hin, dass Sie bei anderen hingegen nur „Dienst nach Vorschrift“ zu machen scheinen.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 5 = sehr wahrscheinlich |
|--|-----------------------------|---------|----------------------------|
| a) Sie würden denken: „ <i>Zumindest ist es mir gelungen, nicht bei allen nur Dienst nach Vorschrift zu machen.</i> “ | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| b) Sie würden Gewissensbisse haben und denken: „ <i>Ich sollte meine Energie gerecht auf alle Patienten verteilen.</i> “ | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| c) Sie würden denken: „ <i>Wie hätte ich es schaffen können mich für alle Patienten in angemessener und ähnlicher Weise zu motivieren?</i> “ | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| d) Sie würden sich schämen und denken: „ <i>Im Grunde bin ich ein fauler und ungerechter Mensch.</i> “ | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |

B10) Ein Patient befindet sich wegen einer Suchtproblematik in Ihrer Behandlung. Sie schätzen ihn als noch nicht ausreichend stabilisiert ein, Ihr Chef, der den Patienten kaum kennt, ist jedoch anderer Meinung. Er hält den Patienten für austherapiert und empfiehlt Ihnen, die Behandlung zu beenden. Ihre Prognose verändert dies jedoch nicht. Dennoch vertreten Sie daraufhin gegenüber dem Patienten die Einschätzung Ihres Chefs und beenden die Behandlung. Eine Woche später stellt sich der Patient reuig erneut zur Behandlung vor, weil er rückfällig geworden ist.

| | 1 = nicht wahrscheinlich | | 5 = sehr wahrscheinlich |
|---|-----------------------------|---------|----------------------------|
| a) Sie hätten ein schlechtes Gewissen gegenüber dem Patienten und würden denken: „ <i>Ich hätte zu meiner Einschätzung stehen sollen.</i> “ | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| b) Sie würden denken: „ <i>Immerhin ist der Patient nach wie vor motiviert zur abstinenter Lebensführung.</i> “ | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| c) Sie würden sich in Gedanken ausmalen wie die Sache für Ihren Patienten besser verlaufen wäre, wenn Sie sich anders verhalten hätten. | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |
| d) Sie würden denken: „ <i>Ich bin eine profillosere Therapeut ohne Rückgrat und Durchsetzungsvermögen.</i> “ | 1 | ----- 2 | ----- 3 ----- 4 ----- 5 |

C) Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, die sich auf Ihre psychotherapeutische Arbeit beziehen. Nehmen Sie bitte zu jeder der folgenden Aussagen Stellung und entscheiden Sie, inwieweit jede auf Sie ganz persönlich zutrifft. Kreuzen Sie dazu bitte jeweils eine Zahl zwischen 1 und 6 an.

| | stimmt überhaupt nicht | stimmt weitgehend nicht | stimmt eher nicht | stimmt ein wenig | stimmt weitgehend | stimmt genau |
|---|------------------------|-------------------------|-------------------|------------------|-------------------|--------------|
| C1) Komplexe Probleme betrachte ich als Herausforderung. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C2) Ich finde, man muss Neuem gegenüber aufgeschlossen sein. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C3) Mehrdeutige Situationen erlebe ich oft als belastend. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C4) Komplexe Probleme interessieren mich mehr als einfache. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C5) Ich ertrage es nicht, wenn ich mit ungewissen Situationen konfrontiert werde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C6) Ich denke es ist wichtig, alle verschiedenen Meinungen zu einem Thema zu berücksichtigen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C7) Ich arbeite lieber an komplexen Problemen als mich Aufgaben zu widmen, deren Lösung leicht ersichtlich ist. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C8) In Situationen, in denen ich mich nicht auskenne, fühle ich mich nicht wohl. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C9) Ich mag es nicht, wenn eine Situation nur einseitig betrachtet wird. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C10) Auch wenn ich den Überblick verliere, fühle ich mich nicht so schnell überfordert. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C11) Wenn ich nicht mal mit etwas komplexeren Aufgaben betraut werde, fühle ich mich schnell unterfordert. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C12) Wenn sich mir zu viele Möglichkeiten bieten, werde ich dadurch eher überfordert. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C13) Ich halte es für wichtig, für alle Möglichkeiten offen zu sein. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C14) Es bringt mich nicht so schnell aus der Ruhe, wenn ich in eine ungewisse Situation gerate. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C15) Mich reizen Aufgaben, die unlösbar zu sein scheinen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C16) Ich habe manchmal Angst, wenn ich nicht weiß, wie sich die Dinge entwickeln werden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C17) Ich komme mit unerwarteten Störungen ganz gut klar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C18) Ich beschäftige mich gern mit Fragen, auf die es möglicherweise keine eindeutige Antwort gibt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C19) Ich halte es für notwendig, Probleme von verschiedenen Standpunkten aus zu betrachten. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

D) Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zu Gefühlen, die sich auf Ihre psychotherapeutische Arbeit beziehen. Falls bei Ihnen das angesprochene Gefühl nie auftritt, kreuzen Sie bitte „Dieses Gefühl tritt nie auf“ an. Falls das angesprochene Gefühl bei Ihnen auftritt bzw. Sie das Gefühl kennen, geben Sie bitte an wie häufig das Gefühl bei Ihnen auftritt.

Wie oft haben Sie das Gefühl?

| | nie | sehr selten | eher selten | manchmal | eher oft | sehr oft |
|--|-----|-------------|-------------|----------|----------|----------|
| D1) Ich fürchte, dass mich diese Arbeit gefühlsmäßig verhärtet. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D2) Ich habe das Gefühl, dass ich durch meine Arbeit das Leben der Patienten positiv beeinflusse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D3) Ich fühle mich sehr tatkräftig. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D4) Es ist leicht für mich, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Patienten herzustellen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D5) Ich fühle mich durch meine Arbeit frustriert. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D6) Es ist mir eigentlich egal, was aus manchen Patienten wird. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D7) Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D8) Es fällt mir leicht, mich in meine Patienten hineinzusetzen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D9) Seitdem ich diese Arbeit ausübe, bin ich gefühlloser im Umgang mit Patienten geworden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D10) Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D11) Ich fühle mich durch meine Arbeit gefühlsmäßig erschöpft. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D12) Ich habe in dieser Arbeit viele lohnenswerte Dinge erreicht. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D13) Ich gehe ziemlich gut mit den Problemen meiner Patienten um. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D14) Den ganzen Tag mit meinen Patienten zu arbeiten, ist für mich wirklich anstrengend. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D15) Ich habe ein unbehagliches Gefühl wegen der Art und Weise, wie ich manche Patienten behandelt habe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D16) Ich bin sehr guter Stimmung, wenn ich intensiv mit meinen Patienten gearbeitet habe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D17) Ich glaube, dass ich manche Patienten so behandle, als wären sie unpersönliche Objekte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D18) Ich fühle mich wieder müde, wenn ich morgens aufstehe und den nächsten Arbeitstag vor mir habe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D19) Der direkte Kontakt mit Patienten bei meiner Arbeit belastet mich zu stark. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D20) Ich habe das Gefühl, dass ich nicht mehr kann. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D21) Ich habe das Gefühl, dass ich an meinem Arbeitsplatz zu hart arbeite. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

E) Im folgenden Abschnitt werden Sie gebeten, sich selbst im Hinblick auf unterschiedliche Aspekte einzuschätzen.

Seitdem Sie begonnen haben als Therapeut/in zu arbeiten ...

| | 1 = überhaupt nicht | 6 = sehr |
|--|--------------------------------------|----------|
| E1) Wie sehr haben Sie sich als Therapeut/in insgesamt verändert? | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |
| E2) Inwieweit sehen Sie diese Veränderung als Fortschritt oder Verbesserung? | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |
| E3) Inwieweit ist es Ihnen gelungen, Ihre früheren Unzulänglichkeiten als Therapeut zu überwinden? | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |
| E4) Wie sehr haben Sie Ihre Möglichkeiten als Therapeut/in voll verwirklichen können? | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |

Gegenwärtig insgesamt ...

| | 1 = überhaupt nicht | 6 = sehr |
|---|--------------------------------------|----------|
| E5) Wie gut ist Ihre Beherrschung therapeutischer Techniken und Strategien? | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |
| E6) Wie gut verstehen Sie, was im jeweiligen Augenblick während der Therapiesitzung geschieht? | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |
| E7) Wie gut können Sie emotionale Reaktionen der Patienten auf Sie erkennen und mit Ihnen umgehen? | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |
| E8) Wie gut können Sie Ihre persönlichen Reaktionen auf Ihre Patienten konstruktiv nutzen? | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |
| E9) Wie große Präzision, Verfeinerung und Finesse haben Sie in Ihrer therapeutischen Arbeit erreicht? | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |
| E10) Inwieweit fühlen Sie sich in der Lage, andere TherapeutInnen in ihrer Entwicklung anzuleiten? | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |

In der derzeitigen Phase Ihrer therapeutischen Tätigkeit, wie sehr ...

| | 1 = überhaupt nicht | 6 = sehr |
|--|--------------------------------------|----------|
| E11) Haben Sie das Gefühl, dass Sie sich als Therapeut/in verändern? | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |
| E12) Empfinden Sie diese Veränderung als Fortschritt oder Verbesserung? | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |
| E13) Empfinden Sie diese Veränderung als Rückschritt oder Verschlechterung? | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |
| E14) Haben Sie das Gefühl, frühere Unzulänglichkeiten als Therapeut/in zu überwinden | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |
| E15) Glauben Sie, in Ihrer therapeutischen Tätigkeit geschickter zu werden? | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |
| E16) Empfinden Sie, dass Sie Ihr Therapieverständnis vertiefen? | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |
| E17) Spüren Sie einen wachsenden Enthusiasmus für Ihre therapeutische Tätigkeit? | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |
| E18) Empfinden Sie, dass Sie von Psychotherapie allmählich desillusioniert werden? | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |
| E19) Spüren Sie, dass Ihre Fähigkeit, einfühlsam zu reagieren, abnimmt? | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |
| E20) Empfinden Sie, dass Ihre therapeutische Arbeit mehrheitlich zur Routine wird? | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |
| E21) Wie wichtig ist Ihnen Ihre weitere Entwicklung als Therapeut bzw. Therapeutin? | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 | |

In der derzeitigen Phase Ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit, wie sehr wird Ihre therapeutische Praxis durch die folgenden theoretischen Konzepte jeweils bestimmt?

| | 1 = überhaupt nicht | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 = sehr |
|---|---------------------|---|---|---|---|----------|
| E22) Analytisch / Psychodynamisch | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| E23) Verhaltenstherapeutisch | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| E24) Kognitiv | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| E25) Humanistisch | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| E26) Systemtheoretisch | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| E27) Andere: [bitte spezifizieren] | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Die restlichen Abschnitte beziehen sich nun nicht mehr auf Sie als PsychotherapeutIn im Speziellen, sondern auf Ihre Person im Allgemeinen.

F) Im Folgenden finden Sie unterschiedliche Aussagen zu verschiedenen Themen. Nehmen Sie bitte zu jede der folgenden Aussagen Stellung und entscheiden Sie, inwieweit jede auf Sie ganz persönlich zutrifft. Kreuzen Sie dazu bitte jeweils eine Zahl zwischen 1 und 4 an, und lassen Sie bitte keine Aussage aus.

| | stimmt nicht | stimmt kaum | stimmt eher | stimmt genau |
|--|--------------|-------------|-------------|--------------|
| F1) Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| F2) Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| F3) Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| F4) In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| F5) Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| F6) Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| F7) Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| F8) Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| F9) Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| F10) Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern. | 1 | 2 | 3 | 4 |

H) Im Nachfolgenden finden Sie eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie die einzelnen Beschwerden sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten 7 Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.

| Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter ... | | überhaupt nicht | ein wenig | ziemlich | stark | sehr stark |
|--|--|-----------------|-----------|----------|-------|------------|
| H1) | Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H2) | dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H3) | dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H4) | Verletzlichkeit in Gefühlsdingen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H5) | dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H6) | dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H7) | Schweregefühl in den Armen oder den Beinen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H8) | Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H9) | Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

I) Im Folgenden finden Sie verschiedene Aussagen. Nehmen Sie bitte zu jeder der folgenden Aussagen Stellung und entscheiden Sie, inwieweit jede auf Sie ganz persönlich zutrifft. Kreuzen Sie dazu bitte jeweils eine Zahl zwischen 1 und 5 an..

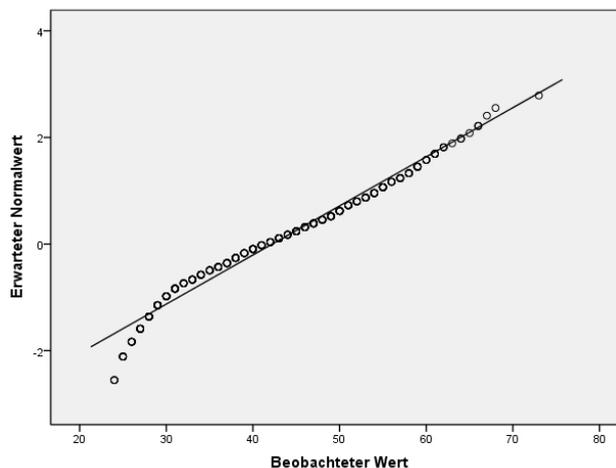
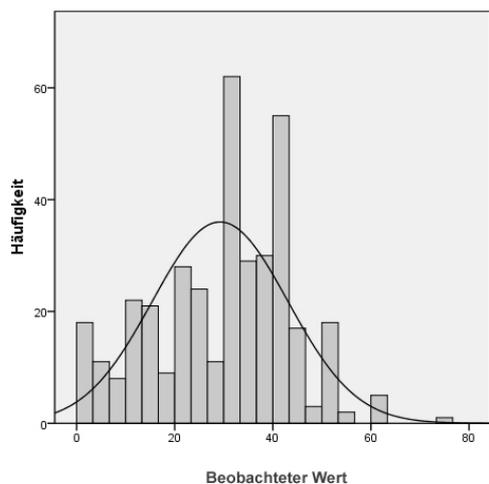
| Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zu? | | trifft überhaupt nicht zu | trifft eher nicht zu | weder noch | eher zutreffend | trifft voll und ganz zu |
|---|--|---------------------------|----------------------|------------|-----------------|-------------------------|
| Ich ... | | | | | | |
| I1) | ... bin eher zurückhaltend, reserviert. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I2) | ... schenke anderen leicht Vertrauen, glaube an das Gute im Menschen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I3) | ... bin bequem, neige zur Faulheit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I4) | ... bin entspannt, lasse mich durch Stress nicht aus der Ruhe bringen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I5) | ... habe nur wenig künstlerisches Interesse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I6) | ... gehe aus mir heraus, bin gesellig. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I7) | ... neige dazu, andere zu kritisieren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I8) | ... erledige Aufgaben gründlich. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I9) | ... werde leicht nervös und unsicher. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I10) | ... habe eine aktive Vorstellungskraft, bin phantasievoll. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I11) | ... bin rücksichtsvoll zu anderen, einfühlsam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Variable: **A2** (Alter in Jahren)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.96$ $p=.23$

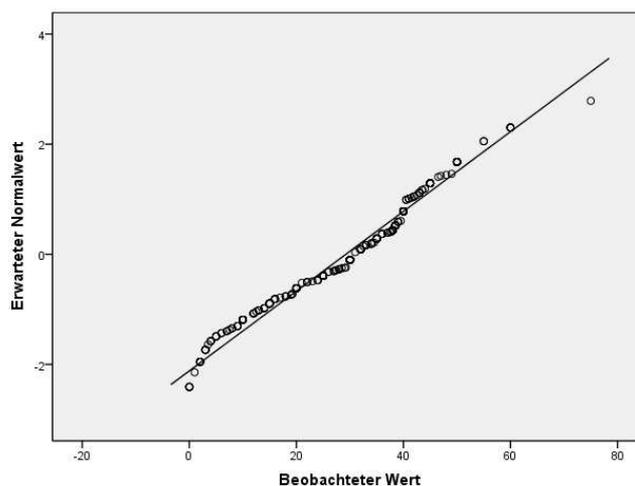
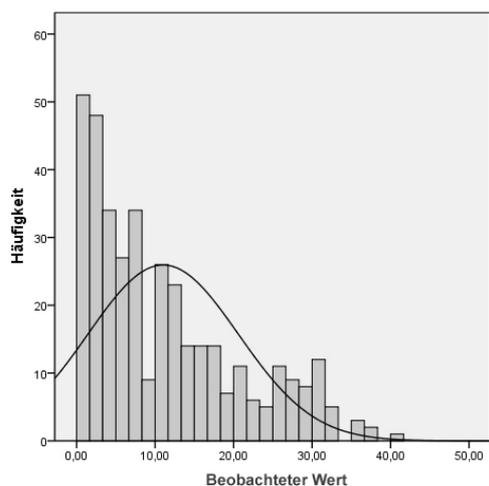
→ es wird von Normalverteilung ausgegangen ✓



Variable: **A4** (Berufserfahrung / bisherige therapeutische Tätigkeitsdauer in Jahren)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.87$ $p=.00$

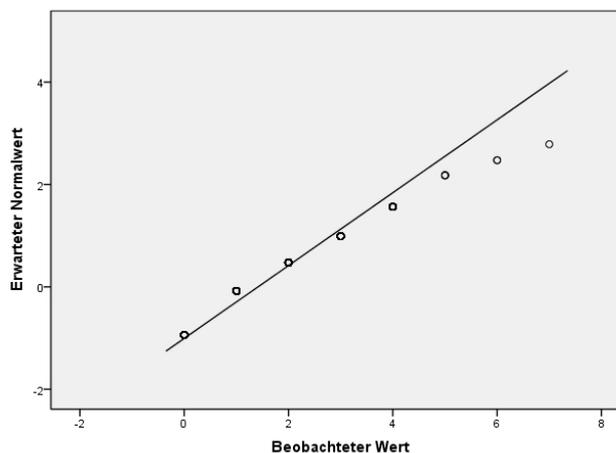
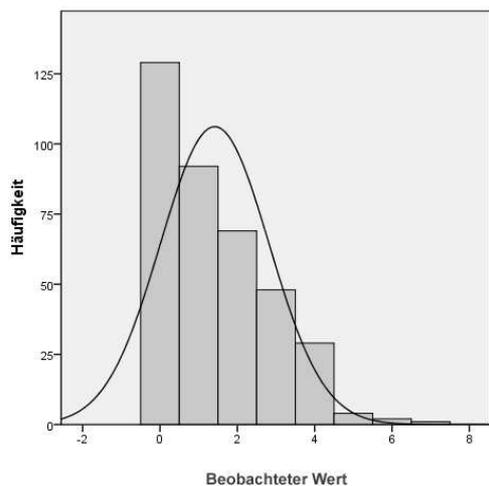
→ Normalverteilung kann nicht angenommen werden 🙅



Variable: **A6Sum1** (Summe aller abgeschlossenen therap. Ausbildungen: Verfahren und Methoden)

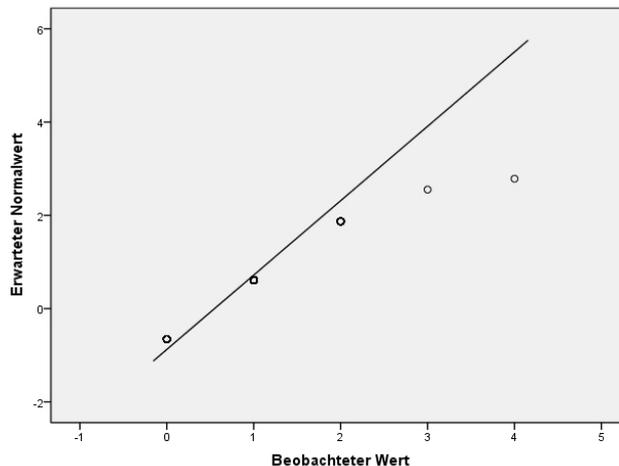
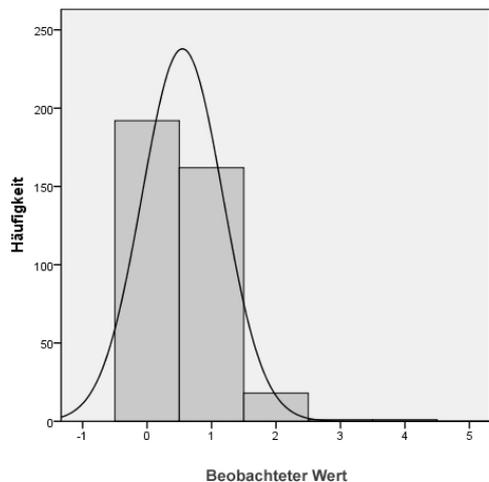
Shapiro-Wilk-Test: $W=.89$ $p=.00$

→ Normalverteilung kann nicht angenommen werden 🙅



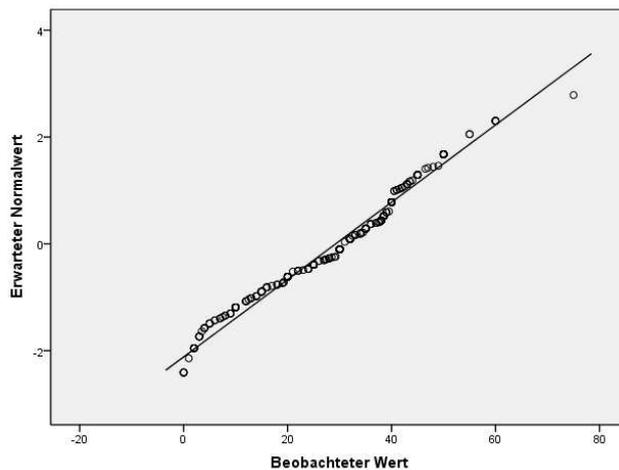
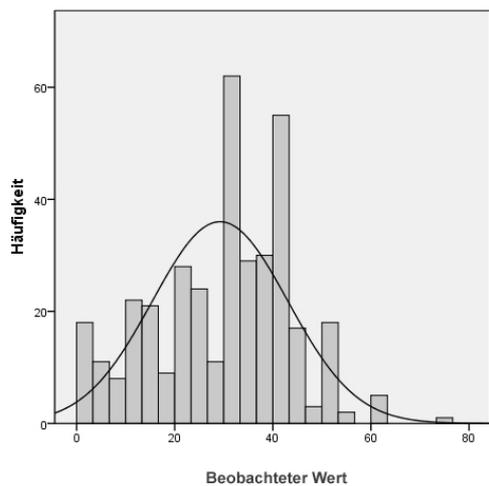
Variable: **A6Sum2** (Summe aller laufenden therap. Ausbildungen: Verfahren und Methoden)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.76$ $p=.00$ → Normalverteilung kann nicht angenommen werden 🙅



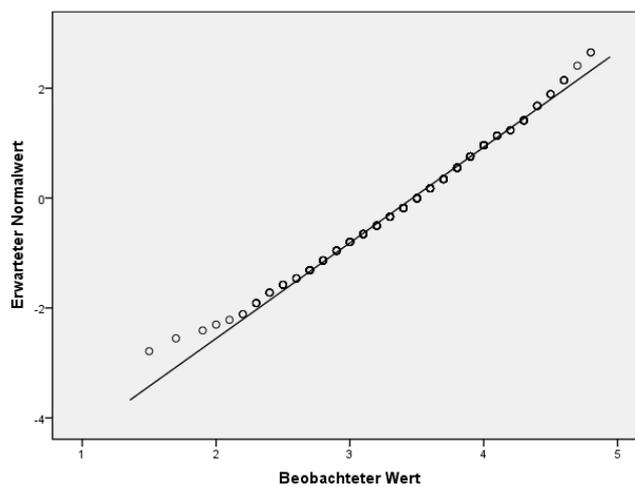
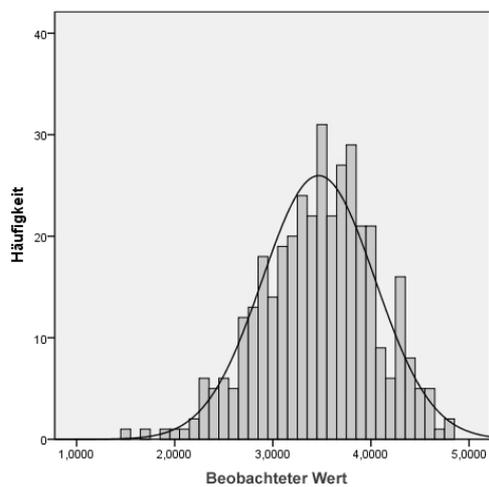
Variable: **A7Sum** (Wöchentliche psychotherapeutische Tätigkeitsdauer in Stunden)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.95$ $p=.08$ → es wird von Normalverteilung ausgegangen ✓



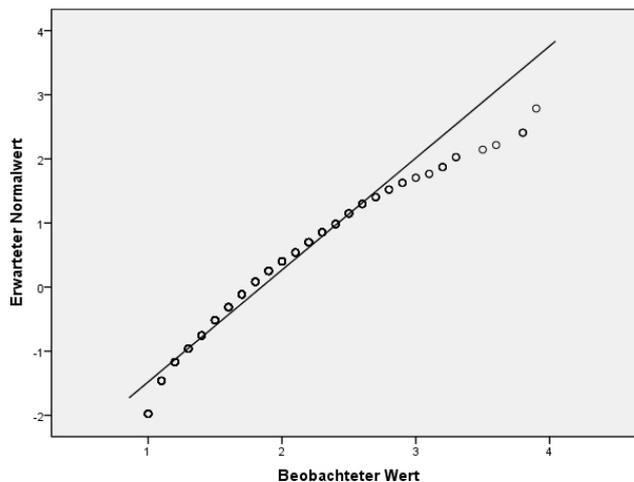
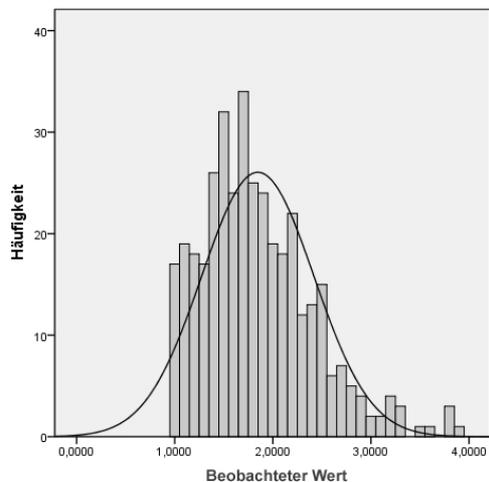
Variable: **BSchuld** (FEMEP Gesamtskala Neigung zu Schuldgefühlen)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.96$ $p=.24$ → es wird von Normalverteilung ausgegangen ✓



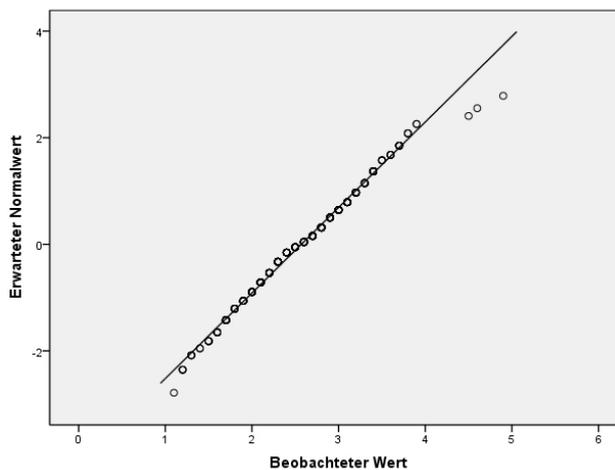
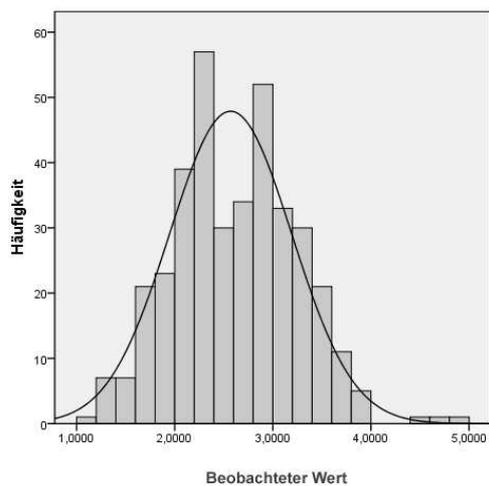
Variable: **BScham** (FEMEP Gesamtskala Neigung zu Schamgefühlen)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.94$ $p=.05$ → es wird von Normalverteilung ausgegangen ✓



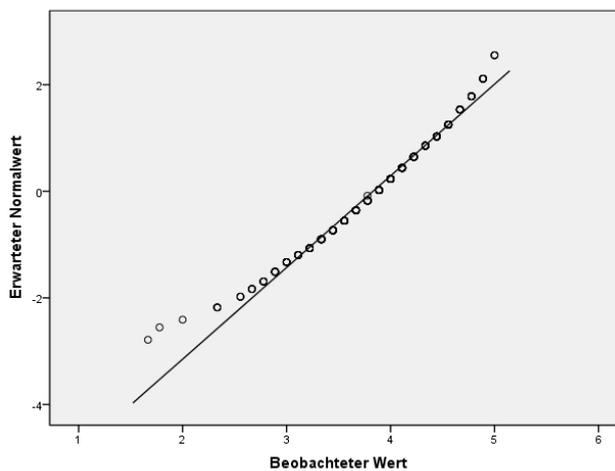
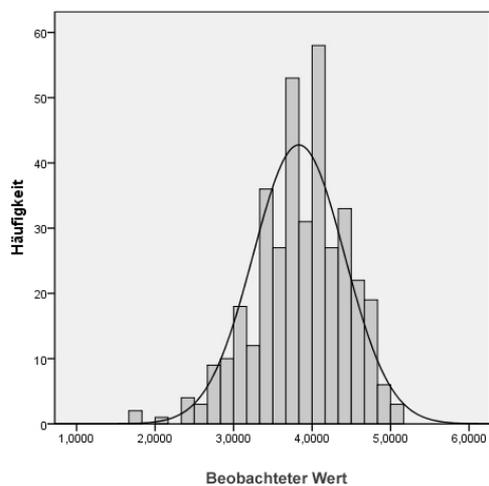
Variable: **BKonAb** (FEMEP Gesamtskala Neigung zu kontrafaktischen Abwärtsvergleichen)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.95$ $p=.16$ → es wird von Normalverteilung ausgegangen ✓



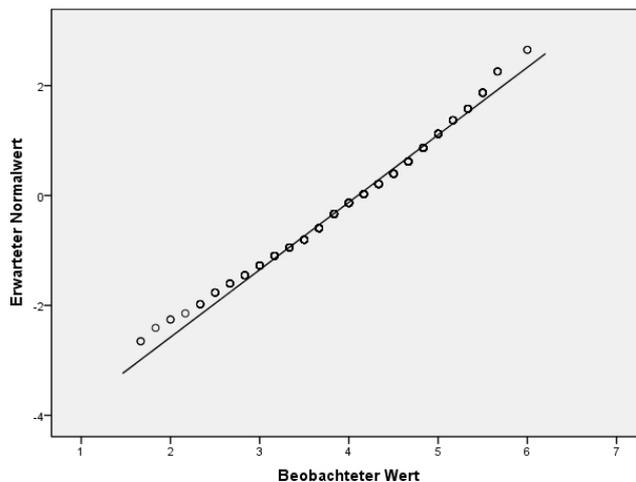
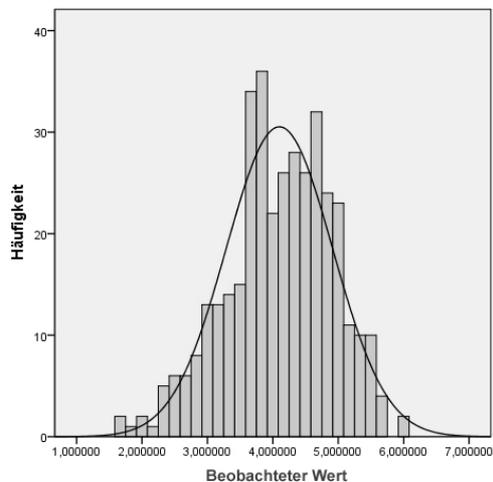
Variable: **BKonAuf** (FEMEP Gesamtskala Neigung zu kontrafaktischen Aufwärtsvergleichen)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.97$ $p=.38$ → es wird von Normalverteilung ausgegangen ✓



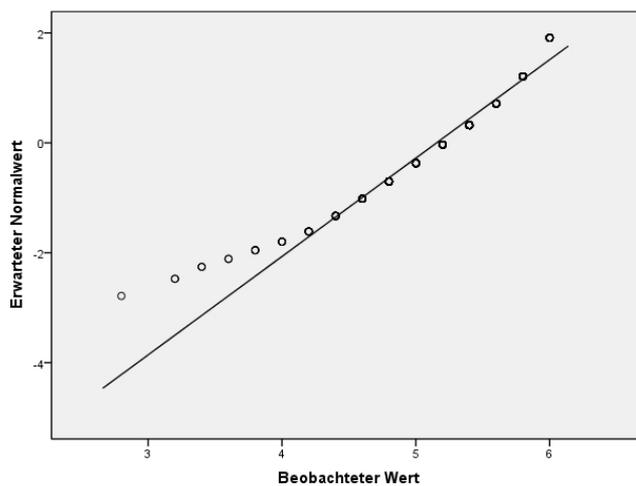
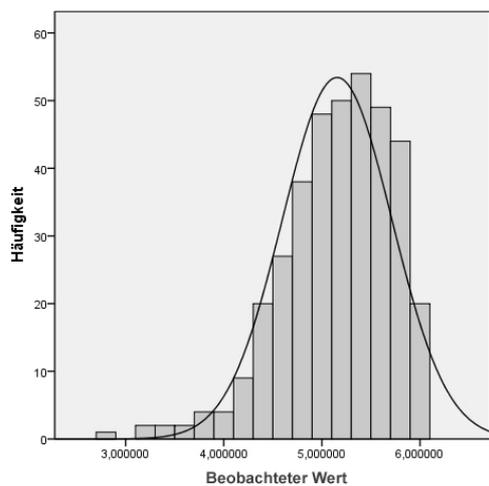
Variable: **CHer** (KTS: Gesamtskala Herausforderung durch Komplexität)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.93$ $p=.02$ → Normalverteilung kann nicht angenommen werden 🙅



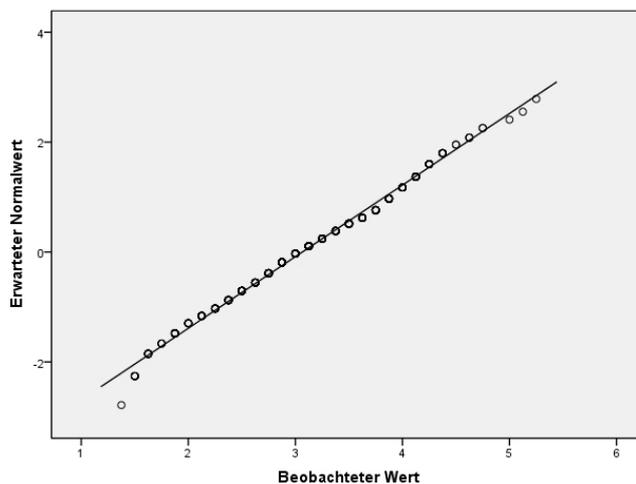
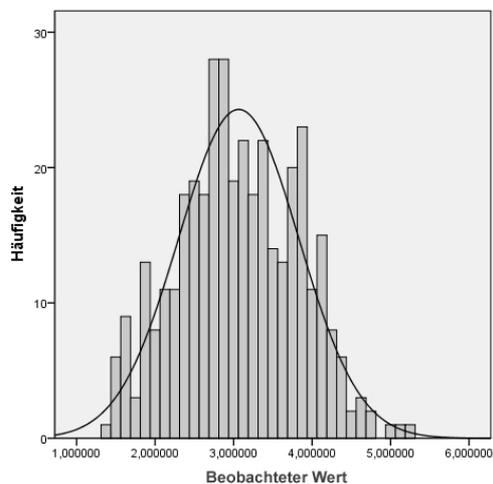
Variable: **CNot** (KTS: Gesamtskala Notwendigkeit von Komplexität)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.94$ $p=.03$ → Normalverteilung kann nicht angenommen werden 🙅



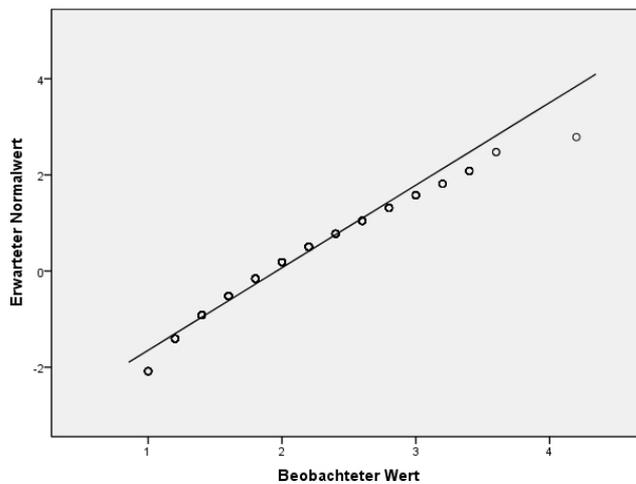
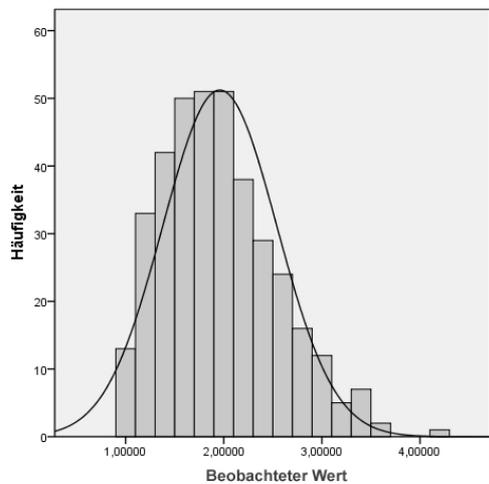
Variable: **CBel** (KTS: Gesamtskala Belastung durch Komplexität)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.97$ $p=.26$ → es wird von Normalverteilung ausgegangen ✓



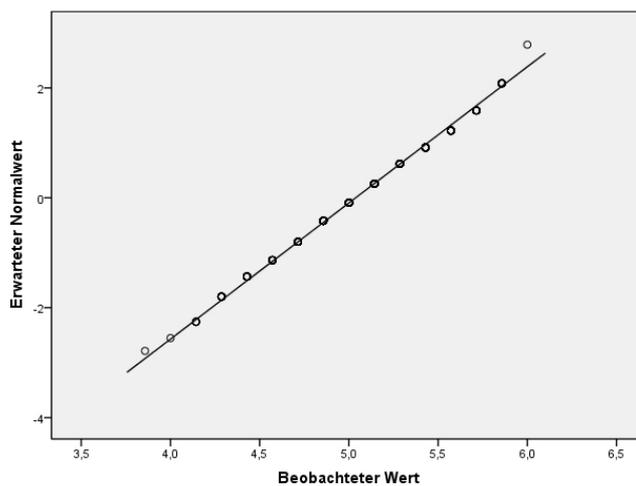
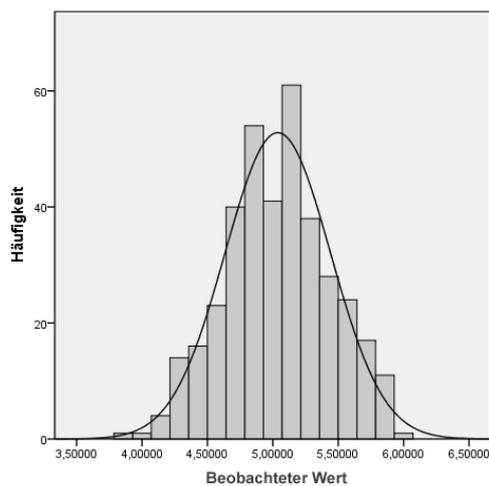
Variable: **DDep** (MBI-D: Gesamtskala Depersonalisation)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.94$ $p=.09$ → es wird von Normalverteilung ausgegangen ✓



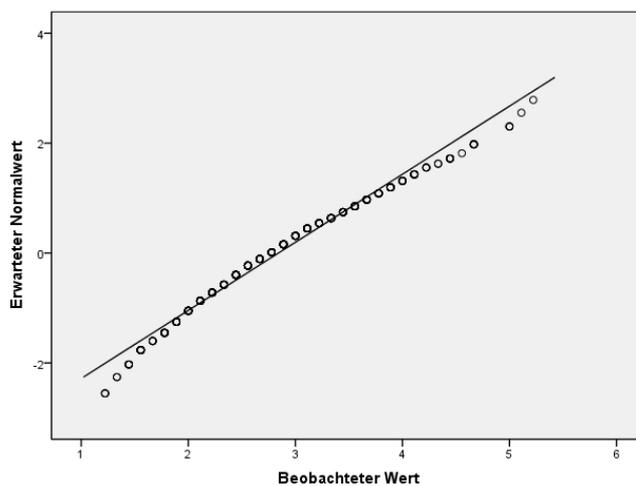
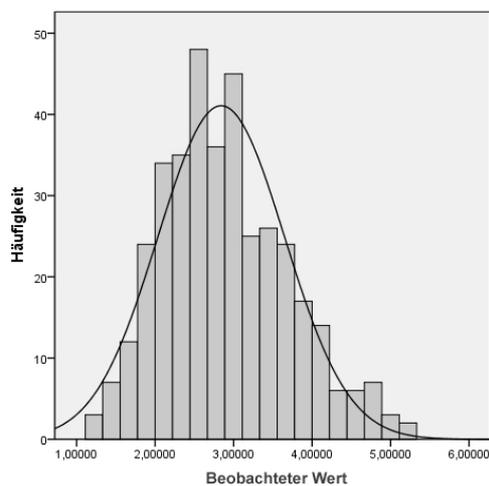
Variable: **DERf** (MBI-D: Gesamtskala persönliche Erfüllung)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.96$ $p=.25$ → es wird von Normalverteilung ausgegangen ✓



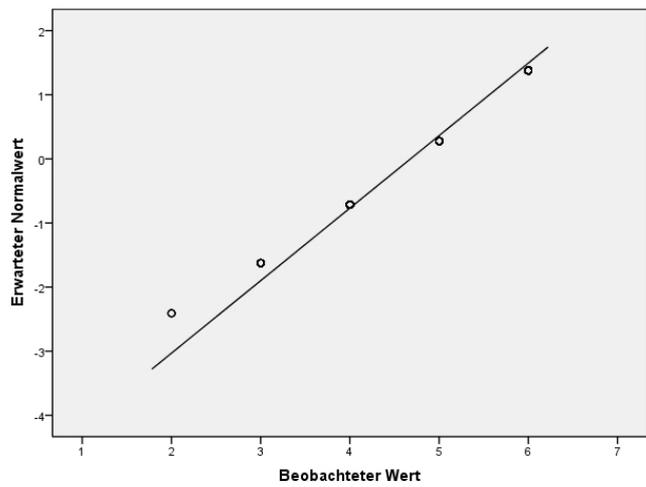
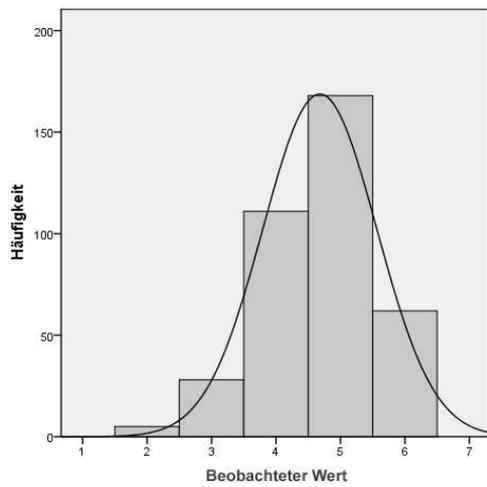
Variable: **DErs** (MBI-D: Gesamtskala emotionale Erschöpfung)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.96$ $p=.30$ → es wird von Normalverteilung ausgegangen ✓



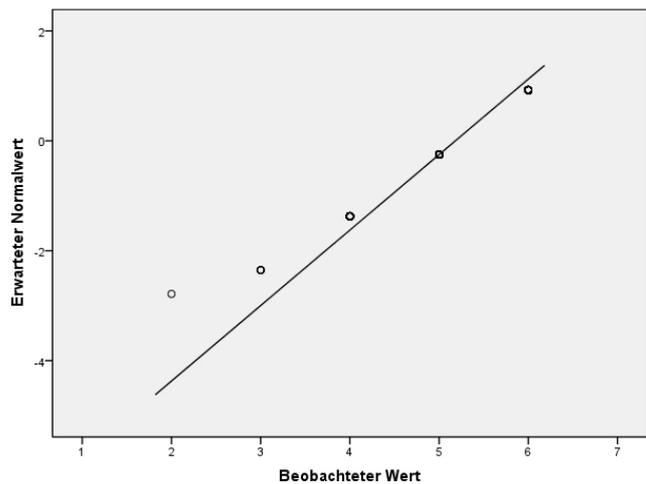
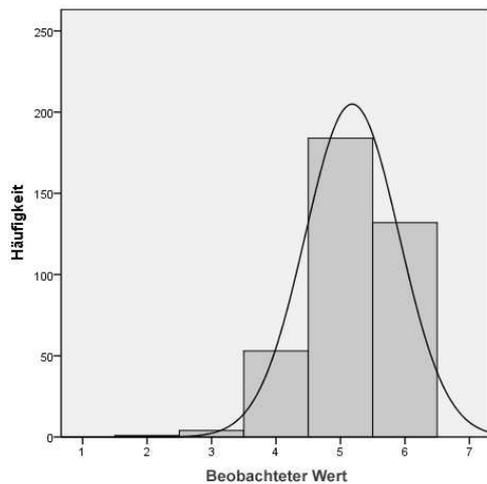
Variable: **E1** (DPCCQ-Item: Selbsteinschätzung der Veränderung als Therapeut)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.86$ $p=.00$ → Normalverteilung kann nicht angenommen werden 



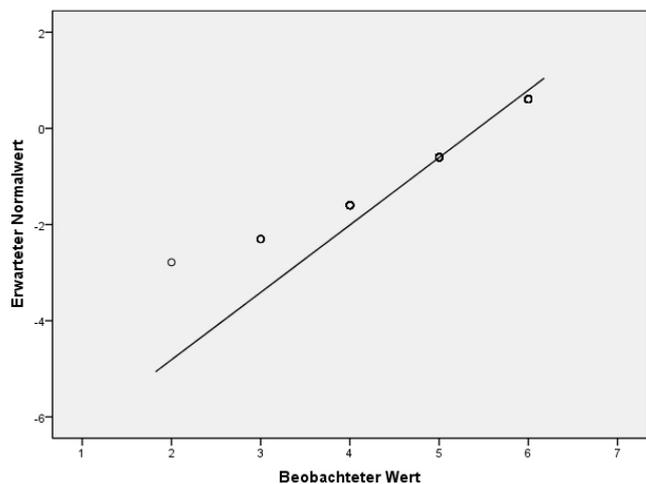
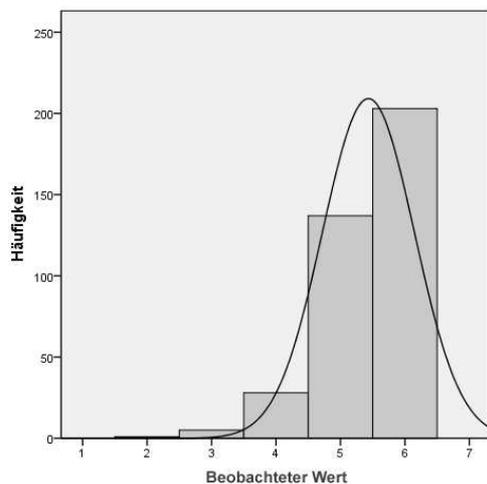
Variable: **E2** (DPCCQ-Item: Ausmaß der positiven Bewertung der Veränderung)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.77$ $p=.00$ → Normalverteilung kann nicht angenommen werden 



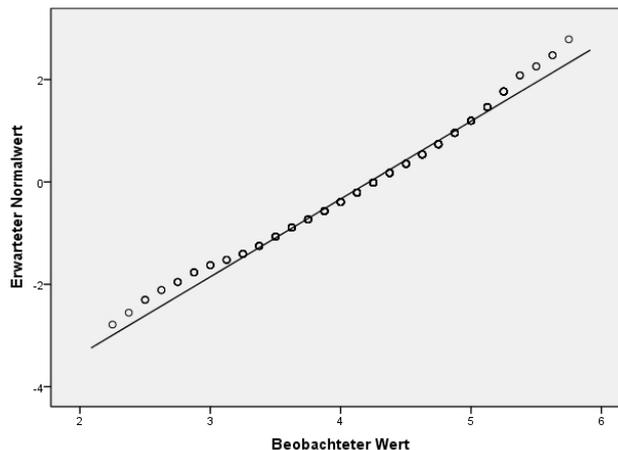
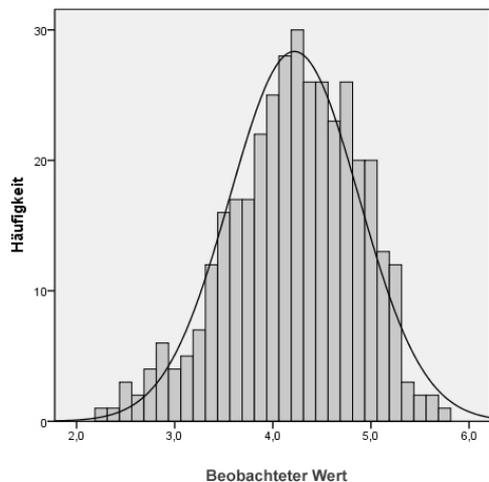
Variable: **E21** (DPCCQ-Item: Ausmaß der Wichtigkeit der Weiterentwicklung als Therapeut)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.71$ $p=.00$ → Normalverteilung kann nicht angenommen werden 



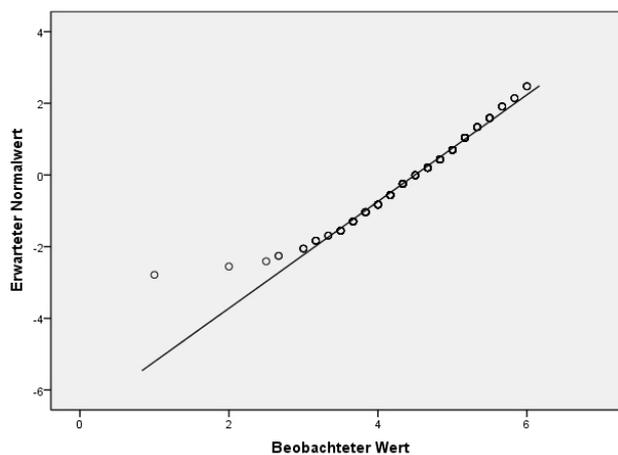
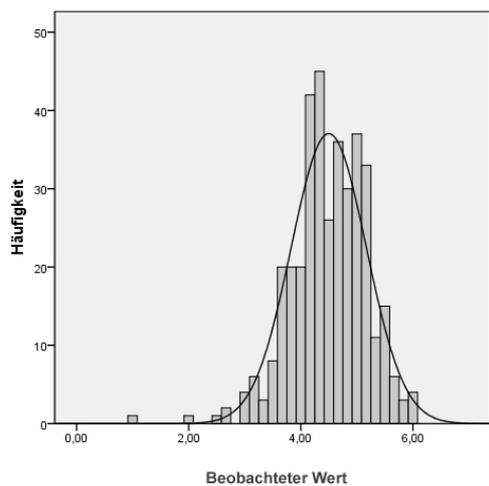
Variable: **EFähig** (DPCCQ-Gesamtskala: Selbsteinschätzung therapeutischer Fähigkeiten)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.96$ $p=.18$ → es wird von Normalverteilung ausgegangen ✓



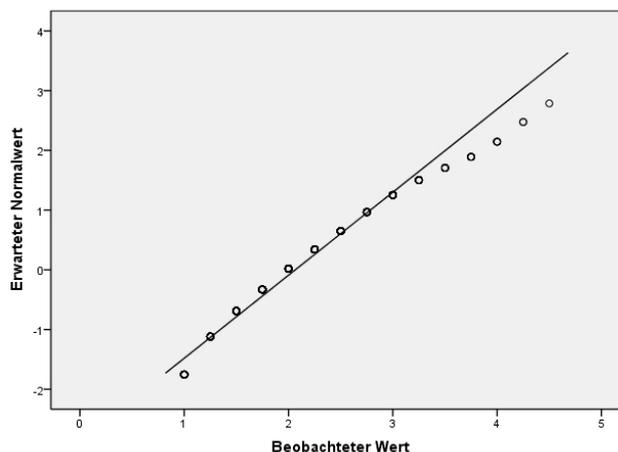
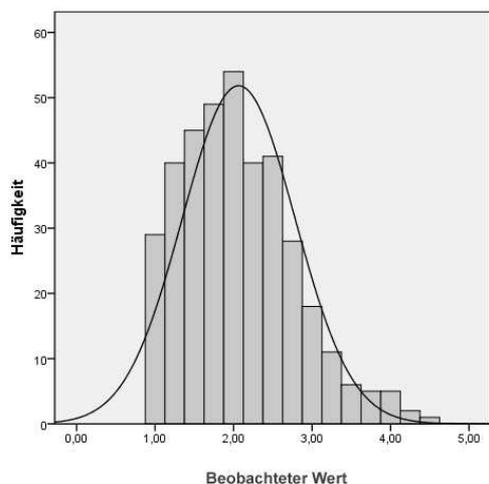
Variable: **EWachstum** (DPCCQ-Gesamtskala: aktuelle Veränderung im Sinne ther. Wachstums)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.96$ $p=.18$ → es wird von Normalverteilung ausgegangen ✓



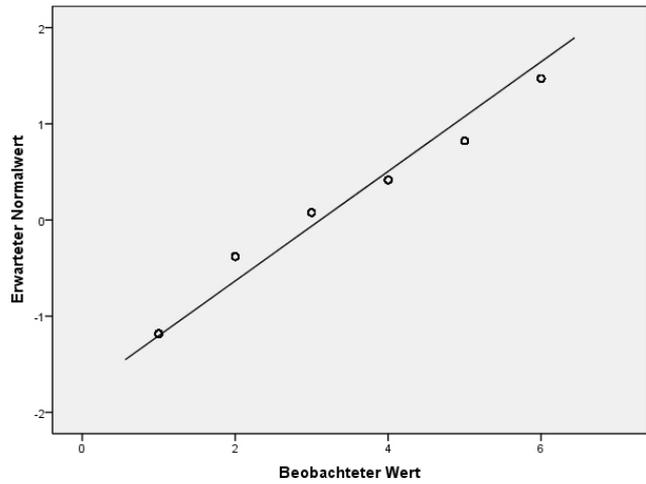
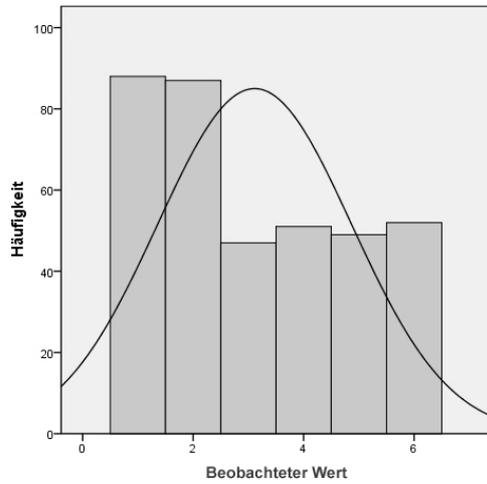
Variable: **EAbbau** (DPCCQ-Gesamtskala: aktuelle Veränderung im Sinne ther. Abbaus)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.95$ $p=.06$ → es wird von Normalverteilung ausgegangen ✓



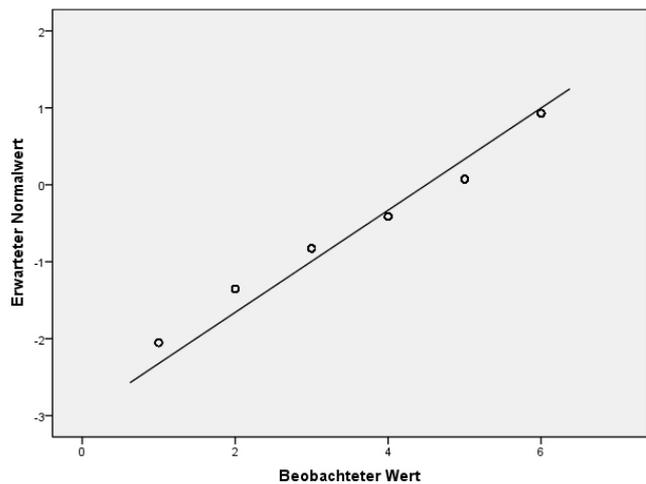
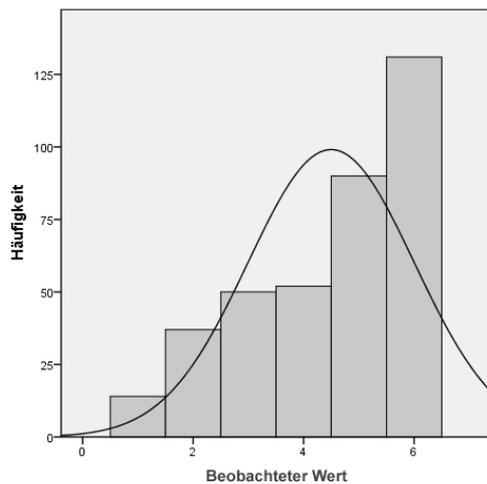
Variable: **E22** (analytisch / psychodynamische Orientierung)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.87$ $p=.00$ → Normalverteilung kann nicht angenommen werden 🙅



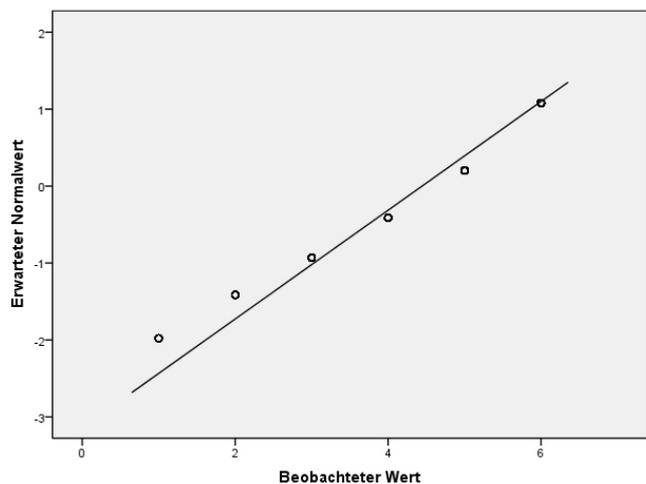
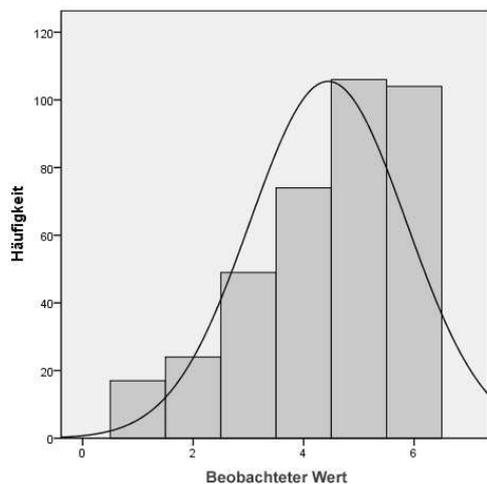
Variable: **E23** (DPCCQ-Item: verhaltenstherapeutische Orientierung)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.80$ $p=.00$ → Normalverteilung kann nicht angenommen werden 🙅



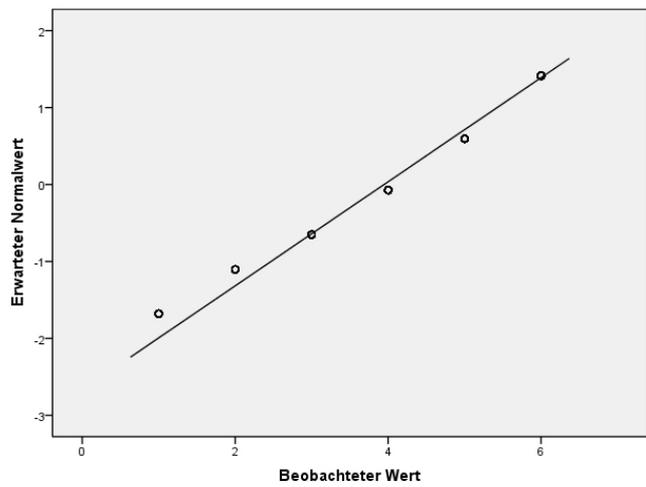
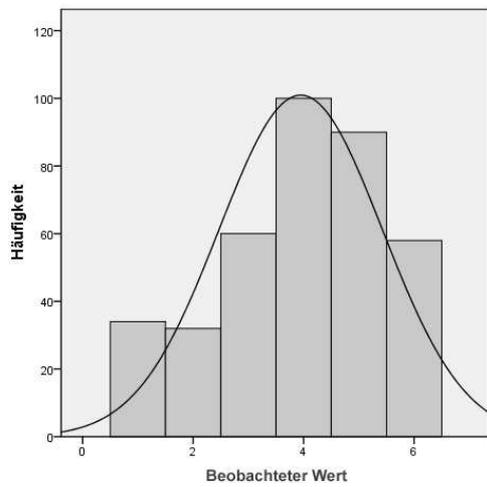
Variable: **E24** (DPCCQ-Item: kognitive Orientierung)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.85$ $p=.00$ → Normalverteilung kann nicht angenommen werden 🙅



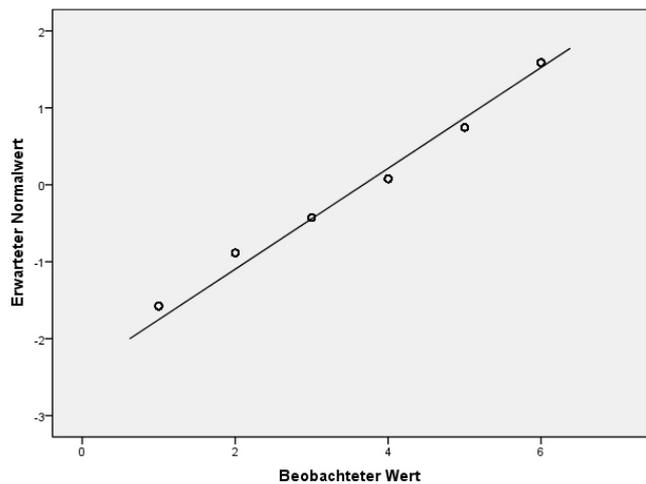
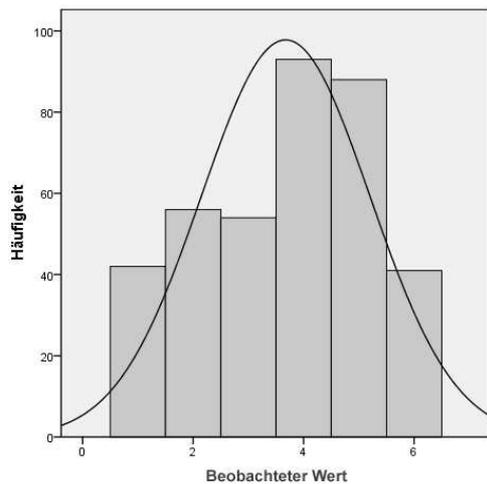
Variable: **E25** (DPCCQ-Item: humanistische Orientierung)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.89$ $p=.00$ → Normalverteilung kann nicht angenommen werden 🙅



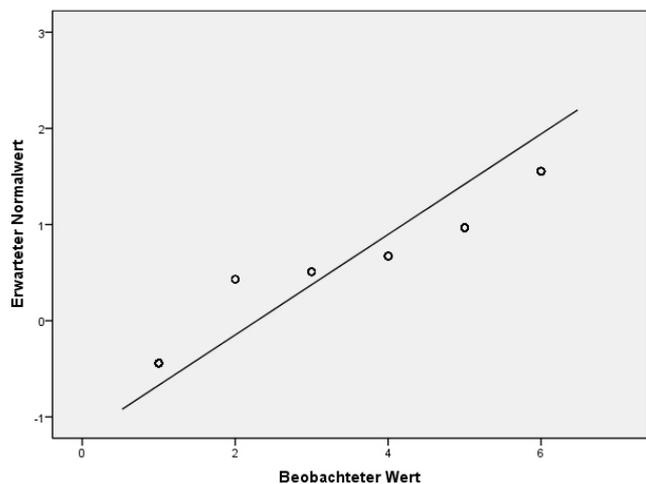
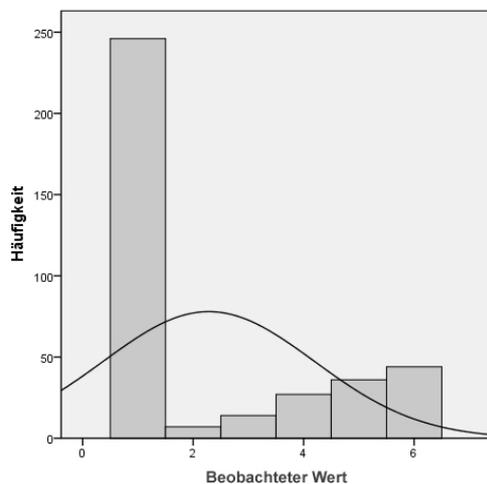
Variable: **E26** (DPCCQ-Item: systemtheoretische Orientierung)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.91$ $p=.01$ → Normalverteilung kann nicht angenommen werden 🙅



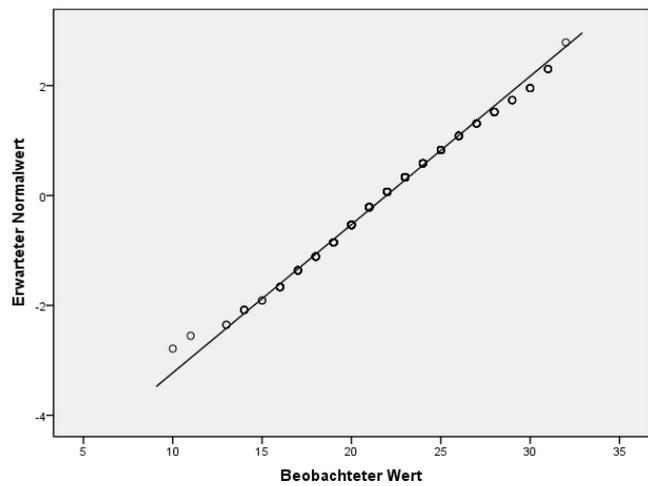
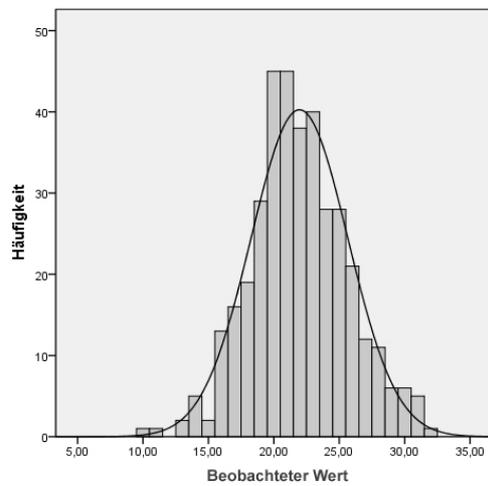
Variable: **E27b** (DPCCQ-Item: andere Orientierung)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.68$ $p=.00$ → Normalverteilung kann nicht angenommen werden 🙅



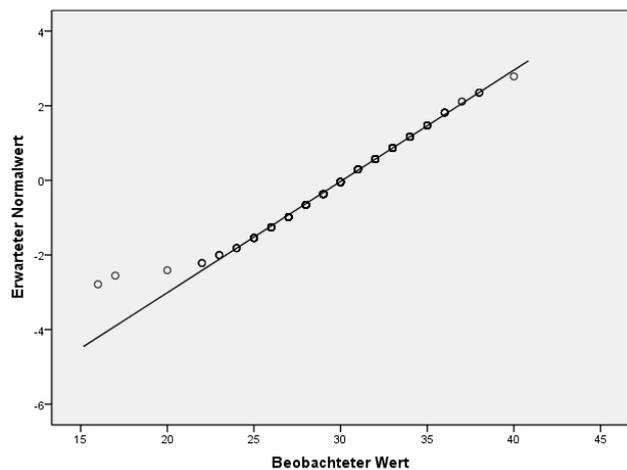
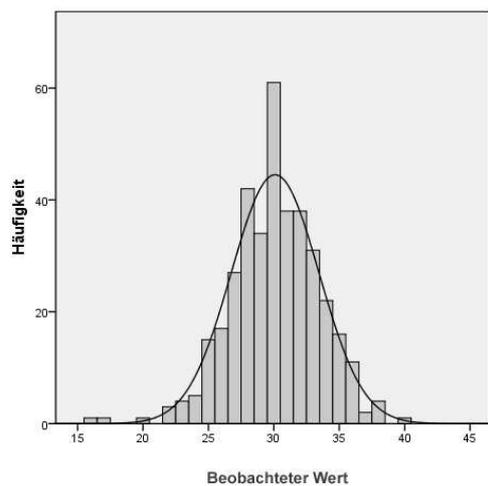
Variable: **EthKonzepteSum** (DPCCQ-Summenscore Beeinflussung durch therapeutische Schulen)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.97$ $p=.43$ → es wird von Normalverteilung ausgegangen ✓



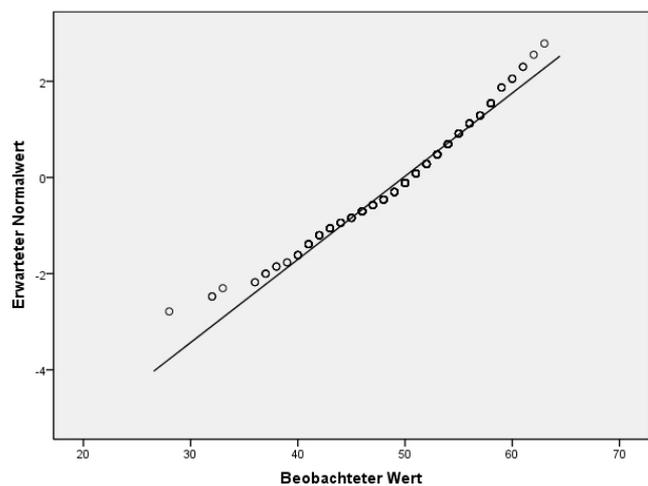
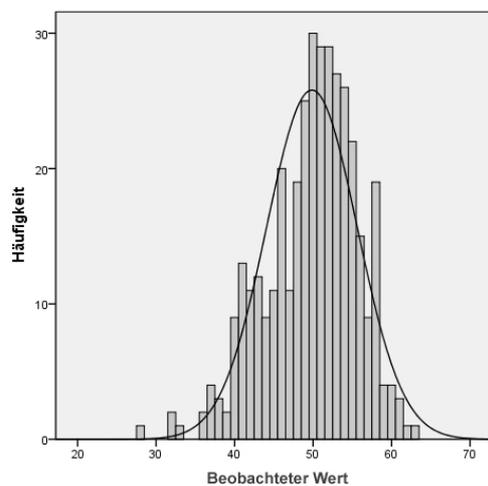
Variable: **FSum** (SWE: Summenscore Selbstwirksamkeitserwartung)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.95$ $p=.10$ → es wird von Normalverteilung ausgegangen ✓



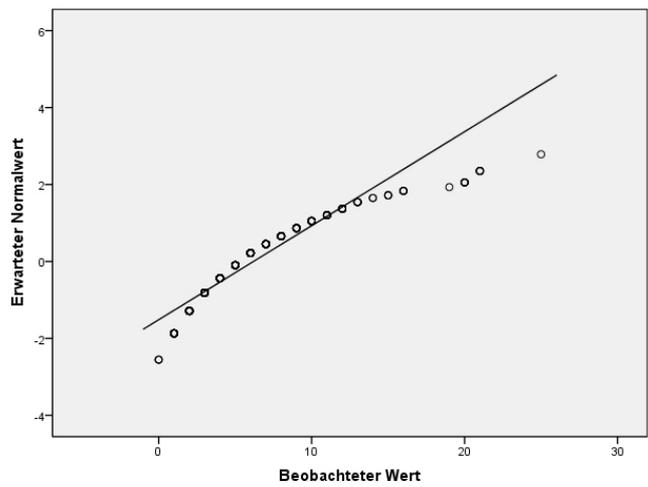
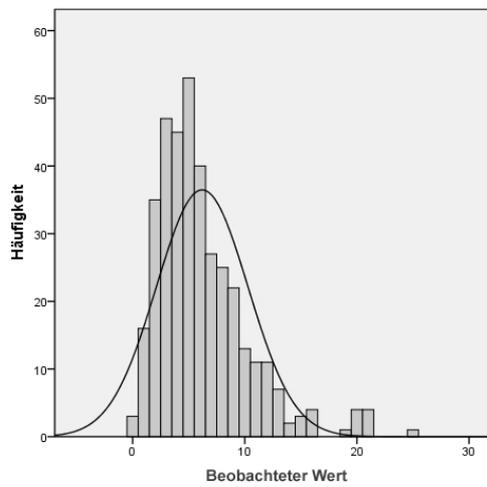
Variable: **GSum** (SOC-L9: Summenscore Sense of Coherence)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.96$ $p=.15$ → es wird von Normalverteilung ausgegangen ✓



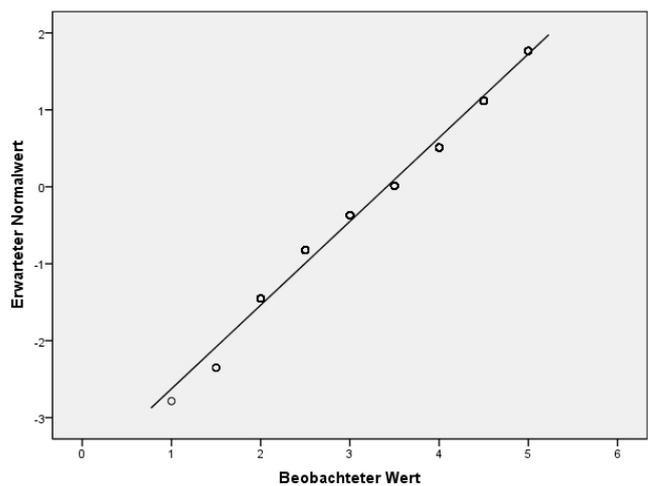
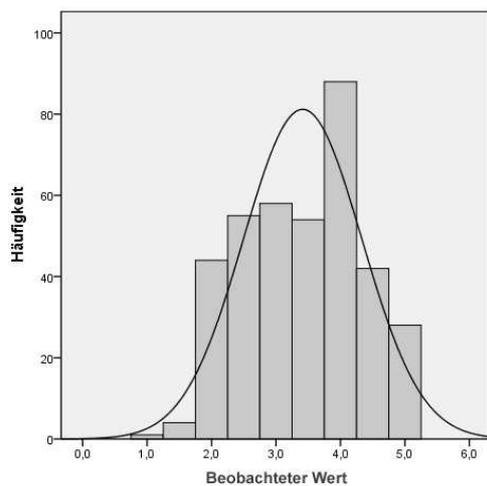
Variable: **HSum** (SCL-K-9: Summenscore)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.79$ $p=.00$ → Normalverteilung kann nicht angenommen werden 



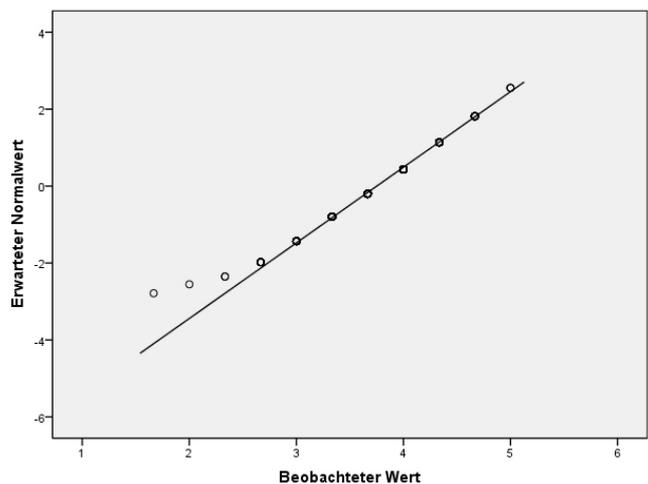
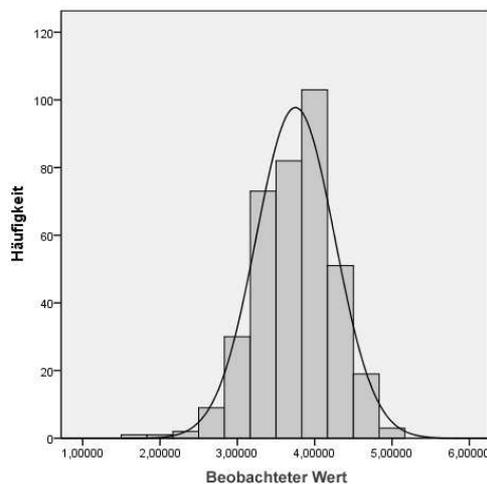
Variable: **IExt** (BFI-10: Gesamtskala Extraversion)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.94$ $p=.03$ → Normalverteilung kann nicht angenommen werden 



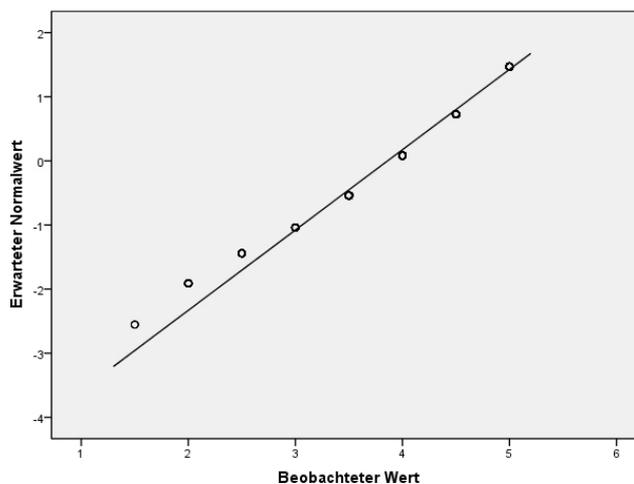
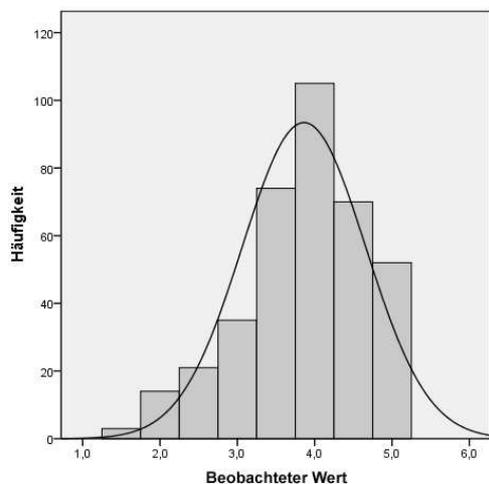
Variable: **IVer** (BFI-10: Gesamtskala Verträglichkeit)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.85$ $p=.00$ → Normalverteilung kann nicht angenommen werden 



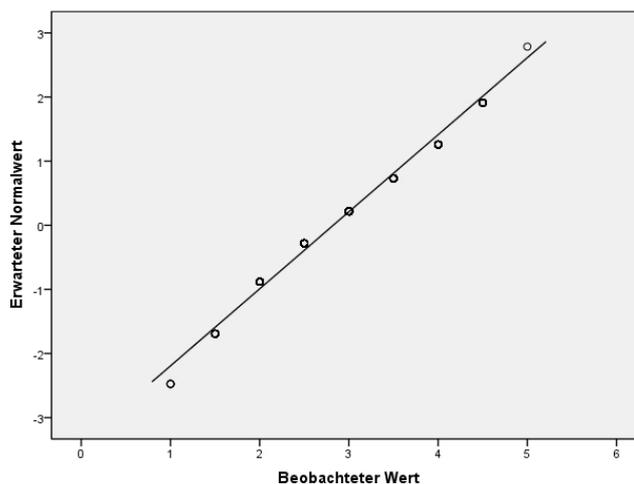
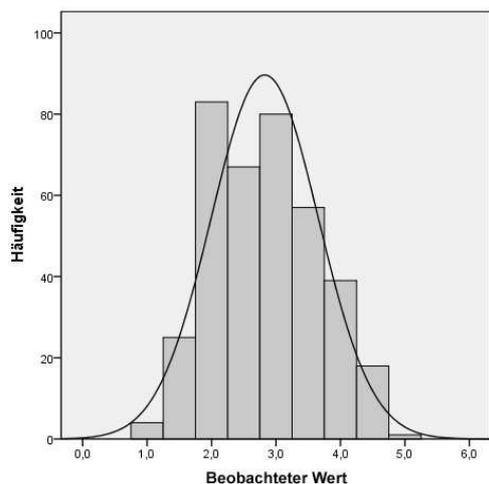
Variable: **IGew** (BFI-10: Gesamtskala Gewissenhaftigkeit)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.87$ $p=.00$ → Normalverteilung kann nicht angenommen werden 🙅



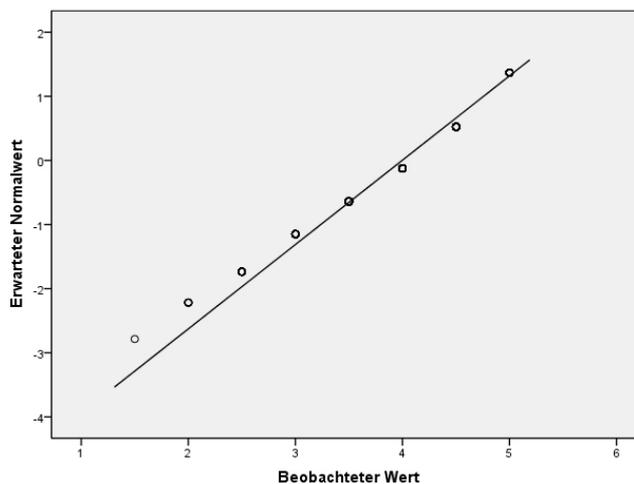
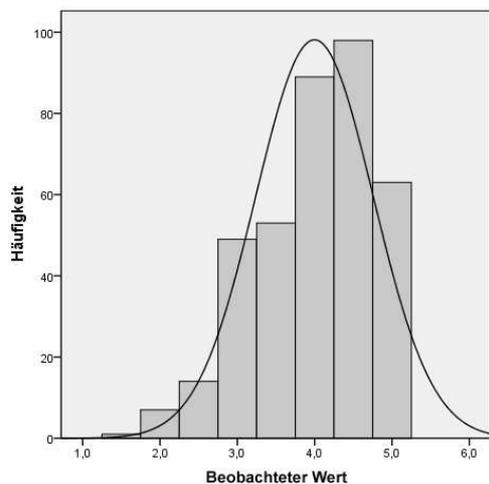
Variable: **INeu** (BFI-10: Gesamtskala Neurotizismus)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.94$ $p=.04$ → Normalverteilung kann nicht angenommen werden 🙅



Variable: **IOff** (BFI-10: Gesamtskala Offenheit für Erfahrungen)

Shapiro-Wilk-Test: $W=.91$ $p=.01$ → Normalverteilung kann nicht angenommen werden 🙅



| Variable | Beschreibung | Min | Max | M | SD |
|-----------------|--|------------|------------|----------|-----------|
| B1a | FEMEP: Schuld | 1 | 5 | 3,46 | 1,02 |
| B1b | FEMEP: kontrafaktisch abwärts | 1 | 5 | 2,40 | 1,13 |
| B1c | FEMEP: Scham | 1 | 5 | 2,25 | 1,05 |
| B2a | FEMEP: kontrafaktisch abwärts | 1 | 5 | 2,04 | ,99 |
| B2b | FEMEP: Scham | 1 | 5 | 2,59 | 1,20 |
| B2c | FEMEP: Schuld | 1 | 5 | 3,71 | 1,12 |
| B2d | FEMEP: kontrafaktisch aufwärts | 1 | 5 | 3,54 | 1,12 |
| B3a | FEMEP: kontrafaktisch aufwärts | 1 | 5 | 3,52 | 1,32 |
| B3b | FEMEP: Schuld | 1 | 5 | 2,67 | 1,30 |
| B3c | FEMEP: kontrafaktisch abwärts | 1 | 5 | 2,81 | 1,15 |
| B3d | FEMEP: Scham | 1 | 5 | 1,36 | ,71 |
| B4a | FEMEP: kontrafaktisch aufwärts | 1 | 5 | 4,21 | ,92 |
| B4b | FEMEP: kontrafaktisch abwärts | 1 | 5 | 2,56 | 1,10 |
| B4c | FEMEP: Schuld | 1 | 5 | 3,91 | ,94 |
| B4d | FEMEP: Scham | 1 | 5 | 2,38 | 1,10 |
| B5a | FEMEP: Schuld | 1 | 5 | 3,51 | 1,28 |
| B5b | FEMEP: kontrafaktisch abwärts | 1 | 5 | 2,32 | 1,17 |
| B5c | FEMEP: Scham | 1 | 5 | 1,55 | ,86 |
| B5d | FEMEP: kontrafaktisch aufwärts | 1 | 5 | 4,09 | ,95 |
| B6a | FEMEP: Schuld | 1 | 5 | 3,91 | ,99 |
| B6b | FEMEP: Scham | 1 | 5 | 2,16 | 1,04 |
| B6c | FEMEP: kontrafaktisch aufwärts | 1 | 5 | 4,13 | ,86 |
| B6d | FEMEP: kontrafaktisch abwärts | 1 | 5 | 2,35 | 1,10 |
| B7a | FEMEP: kontrafaktisch abwärts | 1 | 5 | 2,49 | 1,17 |
| B7b | FEMEP: Schuld | 1 | 5 | 3,04 | 1,17 |
| B7c | FEMEP: Scham | 1 | 5 | 1,57 | ,86 |
| B7d | FEMEP: kontrafaktisch aufwärts | 1 | 5 | 3,92 | ,98 |
| B8a | FEMEP: Scham | 1 | 5 | 1,38 | ,69 |
| B8b | FEMEP: Schuld | 1 | 5 | 3,84 | 1,01 |
| B8c | FEMEP: kontrafaktisch abwärts | 1 | 5 | 2,89 | 1,22 |
| B8d | FEMEP: kontrafaktisch aufwärts | 1 | 5 | 4,01 | ,96 |
| B9a | FEMEP: kontrafaktisch abwärts | 1 | 5 | 2,48 | 1,26 |
| B9b | FEMEP: Schuld | 1 | 5 | 2,80 | 1,16 |
| B9c | FEMEP: kontrafaktisch aufwärts | 1 | 5 | 3,60 | 1,10 |
| B9d | FEMEP: Scham | 1 | 4 | 1,29 | ,63 |
| B10a | FEMEP: Schuld | 1 | 5 | 3,82 | 1,12 |
| B10b | FEMEP: kontrafaktisch abwärts | 1 | 5 | 3,37 | 1,12 |
| B10c | FEMEP: kontrafaktisch aufwärts | 1 | 5 | 3,47 | 1,18 |
| B10d | FEMEP: Scham | 1 | 5 | 1,93 | 1,11 |
| BSchuld | FEMEP: Gesamtskala Schuld | 1.50 | 4.80 | 3,47 | ,57 |
| BScham | FEMEP: Gesamtskala Scham | 1.00 | 3.90 | 1,85 | ,57 |
| BKonAb | FEMEP: Gesamtskala kontrafaktisch abwärts | 1.10 | 4.90 | 2,57 | ,62 |
| BKonAuf | FEMEP: Gesamtskala kontrafaktisch aufwärts | 1.67 | 5.00 | 3,83 | ,58 |

| Variable | Beschreibung | Min | Max | M | SD |
|-----------------|--|------------|------------|----------|-----------|
| C1 | KTS: Herausforderung | 1 | 6 | 4,95 | ,87 |
| C2 | KTS: Notwendigkeit | 2 | 6 | 5,33 | ,69 |
| C3 | KTS: Belastung | 1 | 6 | 3,47 | 1,22 |
| C4 | KTS: Herausforderung | 1 | 6 | 4,29 | 1,18 |
| C5 | KTS: Belastung | 1 | 6 | 2,74 | 1,27 |
| C6 | KTS: Notwendigkeit | 1 | 6 | 4,72 | 1,12 |
| C7 | KTS: Herausforderung | 1 | 6 | 3,85 | 1,28 |
| C8 | KTS: Belastung | 1 | 6 | 3,65 | 1,21 |
| C9 | KTS: Notwendigkeit | 2 | 6 | 5,38 | ,81 |
| C10 | KTS: Belastung (muss umgepolt werden) | 1 | 6 | 3,95 | 1,13 |
| C10Kor | KTS: Belastung (umgepolt) | | | 3,05 | 1,13 |
| C11 | KTS: Herausforderung | 1 | 6 | 3,71 | 1,33 |
| C12 | KTS: Belastung | 1 | 6 | 2,87 | 1,16 |
| C13 | KTS: Notwendigkeit | 1 | 6 | 4,88 | 1,03 |
| C14 | KTS: Belastung (muss umgepolt werden) | 1 | 6 | 4,23 | 1,05 |
| C14Kor | KTS: Belastung (umgepolt) | | | 2,77 | 1,05 |
| C15 | KTS: Herausforderung | 1 | 6 | 3,55 | 1,30 |
| C16 | KTS: Belastung | 1 | 6 | 3,49 | 1,20 |
| C17 | KTS: Belastung (muss umgepolt werden) | 1 | 6 | 4,52 | ,88 |
| C17Kor | KTS: Belastung (umgepolt) | | | 2,48 | ,88 |
| C18 | KTS: Herausforderung | 1 | 6 | 4,25 | 1,15 |
| C19 | KTS: Notwendigkeit | 2 | 6 | 5,47 | ,62 |
| CHer | KTS: Gesamtskala Herausforderung durch Komplexität | | | 4,10 | ,81 |
| CNot | KTS: Gesamtskala Notwendigkeit von Komplexität | | | 5,16 | ,56 |
| CBel | KTS: Gesamtskala Belastung durch Komplexität | | | 3,07 | ,77 |
| | | | | | |
| D1 | MBI-D: Depersonalisation | 1 | 6 | 2,10 | 1,09 |
| D2 | MBI-D: persönliche Erfüllung | 4 | 6 | 5,03 | ,63 |
| D3 | MBI-D: persönliche Erfüllung | 3 | 6 | 4,72 | ,74 |
| D4 | MBI-D: persönliche Erfüllung | 2 | 6 | 5,24 | ,68 |
| D5 | MBI-D: emotionale Erschöpfung | 1 | 6 | 2,70 | ,96 |
| D6 | MBI-D: Depersonalisation | 1 | 5 | 1,95 | ,95 |
| D7 | MBI-D: emotionale Erschöpfung | 1 | 6 | 2,70 | 1,16 |
| D8 | MBI-D: persönliche Erfüllung | 2 | 6 | 5,16 | ,60 |
| D9 | MBI-D: Depersonalisation | 1 | 6 | 1,93 | 1,02 |
| D10 | MBI-D: emotionale Erschöpfung | 1 | 6 | 3,63 | 1,20 |
| D11 | MBI-D: emotionale Erschöpfung | 1 | 6 | 3,07 | 1,25 |
| D12 | MBI-D: persönliche Erfüllung | 1 | 6 | 5,14 | ,72 |
| D13 | MBI-D: persönliche Erfüllung | 3 | 6 | 4,92 | ,57 |
| D14 | MBI-D: emotionale Erschöpfung | 1 | 6 | 3,84 | 1,06 |
| D15 | MBI-D: Depersonalisation | 1 | 6 | 2,45 | ,96 |

| Variable | Beschreibung | Min | Max | M | SD |
|------------------|---|------------|------------|----------|-----------|
| D16 | MBI-D: persönliche Erfüllung | 3 | 6 | 5,05 | ,75 |
| D17 | MBI-D: Depersonalisation | 1 | 4 | 1,36 | ,64 |
| D18 | MBI-D: emotionale Erschöpfung | 1 | 6 | 2,71 | 1,20 |
| D19 | MBI-D: emotionale Erschöpfung | 1 | 5 | 1,84 | ,90 |
| D20 | MBI-D: emotionale Erschöpfung | 1 | 5 | 2,03 | 1,07 |
| D21 | MBI-D: emotionale Erschöpfung | 1 | 6 | 3,07 | 1,30 |
| DDep | MBI-D: Gesamtskala Depersonalisation | 1,00 | 4,20 | 1,96 | ,58 |
| DErf | MBI-D: Gesamtskala persönliche Erfüllung | 3,86 | 6,00 | 5,04 | ,40 |
| DErs | MBI-D: Gesamtskala emotionale Erschöpfung | 1,22 | 5,22 | 2,84 | ,81 |
| | | | | | |
| E1 | DPCCQ-Item: Selbsteinschätzung der Veränderung als Therapeut | 2 | 6 | 4,68 | ,88 |
| E2 | DPCCQ-Item: Ausmaß der positiven Bewertung der Veränderung | 2 | 6 | 5,18 | ,73 |
| | | | | | |
| E3 | DPCCQ-Item: Selbsteinschätzung therapeutischer Fähigkeiten | 2 | 6 | 4,38 | ,73 |
| E4 | DPCCQ-Item: Selbsteinschätzung therapeutischer Fähigkeiten | 1 | 6 | 4,24 | ,92 |
| E5 | DPCCQ-Item: Selbsteinschätzung therapeutischer Fähigkeiten | 2 | 6 | 4,22 | ,86 |
| E6 | DPCCQ-Item: Selbsteinschätzung therapeutischer Fähigkeiten | 2 | 6 | 4,36 | ,76 |
| E7 | DPCCQ-Item: Selbsteinschätzung therapeutischer Fähigkeiten | 2 | 6 | 4,59 | ,79 |
| E8 | DPCCQ-Item: Selbsteinschätzung therapeutischer Fähigkeiten | 2 | 6 | 4,33 | ,90 |
| E9 | DPCCQ-Item: Selbsteinschätzung therapeutischer Fähigkeiten | 1 | 6 | 3,95 | ,93 |
| E10 | DPCCQ-Item: Selbsteinschätzung therapeutischer Fähigkeiten | 1 | 6 | 3,69 | 1,34 |
| EFähig | DPCCQ-Gesamtskala: Selbsteinschätzung therapeutischer Fähigkeiten (E3 bis E10) | 2,3 | 5,8 | 4,22 | ,66 |
| | | | | | |
| E11 | DPCCQ-Item: Wachstum | 1 | 6 | 4,18 | 1,07 |
| E12 | DPCCQ-Item: Wachstum | 1 | 6 | 4,78 | ,98 |
| E13 | DPCCQ-Item: Abbau | 1 | 6 | 1,66 | ,96 |
| E14 | DPCCQ-Item: Wachstum | 1 | 6 | 4,38 | ,85 |
| E15 | DPCCQ-Item: Wachstum | 1 | 6 | 4,77 | ,78 |
| E16 | DPCCQ-Item: Wachstum | 1 | 6 | 4,88 | ,85 |
| E17 | DPCCQ-Item: Wachstum | 1 | 6 | 3,99 | 1,13 |
| E18 | DPCCQ-Item: Abbau | 1 | 6 | 2,25 | 1,15 |
| E19 | DPCCQ-Item: Abbau | 1 | 5 | 1,77 | ,89 |
| E20 | DPCCQ-Item: Abbau | 1 | 6 | 2,58 | 1,18 |
| | | | | | |
| EWachstum | DPCCQ-Gesamtskala: aktuelle Veränderung im Sinne ther. Wachstums (E11, E12, E14, E15, E16, E17)) | 1,00 | 6,00 | 4,50 | ,67 |
| EAbbau | DPCCQ-Gesamtskala: aktuelle Veränderung im Sinne ther. Abbaus (E13, E18, E19, E20) | 1,00 | 4,50 | 2,07 | ,72 |
| | | | | | |
| E21 | DPCCQ-Item: Ausmaß der Wichtigkeit der Weiterentwicklung als Therapeut | 2 | 6 | 5,43 | ,71 |

| Variable | Beschreibung | Min | Max | M | SD |
|------------------------|---|------------|------------|----------|-----------|
| E22 | DPCCQ-Item: analytisch / psychodynamisch Orientierung | 1 | 6 | 3,11 | 1,76 |
| E23 | DPCCQ-Item: verhaltenstherapeutische Orientierung | 1 | 6 | 4,50 | 1,51 |
| E24 | DPCCQ-Item: kognitive Orientierung | 1 | 6 | 4,44 | 1,42 |
| E25 | DPCCQ-Item: humanistische Orientierung | 1 | 6 | 3,95 | 1,48 |
| E26 | DPCCQ-Item: systemtheoretische Orientierung | 1 | 6 | 6,67 | 1,53 |
| E27b | DPCCQ-Item: andere Orientierung | 1 | 6 | 2,28 | 1,91 |
| EthKonzepte Sum | DPCCQ-Summenscore Beeinflussung durch therapeutische Schulen(E22-E27) | 10 | 32 | 21,96 | 3,71 |
| | | | | | |
| F1 | SWE: Selbstwirksamkeitserwartung | 1 | 4 | 3,06 | ,52 |
| F2 | SWE: Selbstwirksamkeitserwartung | 1 | 4 | 3,13 | ,48 |
| F3 | SWE: Selbstwirksamkeitserwartung | 1 | 4 | 2,95 | ,58 |
| F4 | SWE: Selbstwirksamkeitserwartung | 1 | 4 | 2,71 | ,56 |
| F5 | SWE: Selbstwirksamkeitserwartung | 2 | 4 | 3,18 | ,50 |
| F6 | SWE: Selbstwirksamkeitserwartung | 1 | 4 | 2,94 | ,64 |
| F7 | SWE: Selbstwirksamkeitserwartung | 1 | 4 | 3,26 | ,62 |
| F8 | SWE: Selbstwirksamkeitserwartung | 1 | 4 | 2,89 | ,69 |
| F9 | SWE: Selbstwirksamkeitserwartung | 1 | 4 | 2,89 | ,51 |
| F10 | SWE: Selbstwirksamkeitserwartung | 1 | 6 | 3,09 | ,47 |
| FSum | SWE: Summenscore Selbstwirksamkeitserwartung | 16 | 40 | 30,10 | 3,35 |
| | | | | | |
| G1 | SOC-L9: Sense of Coherence | 2 | 7 | 5,45 | 1,11 |
| G2 | SOC-L9: Sense of Coherence (muss umgepolt werden) | 1 | 6 | 2,16 | 1,07 |
| G2Kor | SOC-L9: Sense of Coherence (umgepolt) | 2 | 7 | 5,84 | 1,07 |
| G3 | SOC-L9: Sense of Coherence (muss umgepolt werden) | 1 | 6 | 2,61 | ,84 |
| G3Kor | SOC-L9: Sense of Coherence (umgepolt) | 2 | 7 | 5,39 | ,84 |
| G4 | SOC-L9: Sense of Coherence | 1 | 7 | 5,34 | 1,34 |
| G5 | SOC-L9: Sense of Coherence (muss umgepolt werden) | 1 | 7 | 2,29 | 1,03 |
| G5Kor | SOC-L9: Sense of Coherence (umgepolt) | 1 | 7 | 5,71 | 1,03 |
| G6 | SOC-L9: Sense of Coherence | 3 | 7 | 6,14 | ,79 |
| G7 | SOC-L9: Sense of Coherence | 1 | 7 | 4,84 | 1,51 |
| G8 | SOC-L9: Sense of Coherence (muss umgepolt werden) | 1 | 6 | 2,48 | ,82 |
| G8kor | SOC-L9: Sense of Coherence (umgepolt) | 2 | 7 | 5,52 | ,82 |
| G9 | SOC-L9: Sense of Coherence | 1 | 7 | 5,61 | 1,12 |
| GSum | SOC-L9: Summenscore Sense of Coherence | 28 | 63 | 49,85 | 5,78 |
| | | | | | |
| H1 | SCL-K-9 | 0 | 3 | ,48 | ,74 |
| H2 | SCL-K-9 | 0 | 4 | ,88 | ,79 |
| H3 | SCL-K-9 | 0 | 4 | 1,16 | 1,01 |
| H4 | SCL-K-9 | 0 | 4 | 1,17 | ,94 |
| H5 | SCL-K-9 | 0 | 4 | ,26 | ,59 |

| Variable | Beschreibung | Min | Max | M | SD |
|-----------------|---|------------|------------|----------|-----------|
| H6 | SCL-K-9 | 0 | 4 | 1,28 | ,89 |
| H7 | SCL-K-9 | 0 | 4 | ,34 | ,68 |
| H8 | SCL-K-9 | 0 | 4 | ,25 | ,58 |
| H9 | SCL-K-9 | 0 | 4 | ,37 | ,69 |
| HSum | SCL-K-9: Summenscore | 0 | 25 | 6,20 | 4,09 |
| | | | | | |
| I1 | BFI-10: Extraversion | 1 | 5 | 2,75 | 1,07 |
| I1Kor | BFI-10: Extraversion (umgepolt) | 1 | 5 | 3,25 | 1,07 |
| I2 | BFI-10: Verträglichkeit | 1 | 5 | 3,88 | ,71 |
| I3 | BFI-10: Gewissenhaftigkeit | 1 | 5 | 2,28 | 1,09 |
| I3Kor | BFI-10: Gewissenhaftigkeit (umgepolt) | 1 | 5 | 3,72 | 1,09 |
| I4 | BFI-10: Neurotizismus | 1 | 5 | 2,97 | ,99 |
| I4Kor | BFI-10: Neurotizismus (umgepolt) | 1 | 5 | 3,03 | ,99 |
| I5 | BFI-10: Offenheit für Erfahrungen | 1 | 5 | 2,15 | 1,11 |
| I5Kor | BFI-10: Offenheit für Erfahrungen (umgepolt) | 1 | 5 | 3,85 | 1,11 |
| I6 | BFI-10: Extraverssion | 1 | 5 | 3,57 | ,97 |
| I7 | BFI-10: Verträglichkeit | 1 | 5 | 2,82 | ,96 |
| I7Kor | BFI-10: Verträglichkeit (umgepolt) | 1 | 5 | 3,18 | ,96 |
| I8 | BFI-10: Gewissenhaftigkeit | 2 | 5 | 4,00 | ,78 |
| I9 | BFI-10: Neurotizismus | 1 | 5 | 2,61 | 1,01 |
| I10 | BFI-10: Offenheit für Erfahrungen | 2 | 5 | 4,14 | ,81 |
| I11 | BFI-10: Zusatzitem Verträglichkeit | 1 | 5 | 4,20 | ,59 |
| IExt | BFI-10: Gesamtskala Extraversion | 1,00 | 5,00 | 3,41 | ,92 |
| IVer | BFI-10: Gesamtskala Verträglichkeit | 1,67 | 5,00 | 3,75 | ,51 |
| IGew | BFI-10: Gesamtskala Gewissenhaftigkeit | 1,50 | 5,00 | 3,86 | ,80 |
| INeu | BFI-10: Gesamtskala Neurotizismus | 1,00 | 5,00 | 2,83 | ,83 |
| IOff | BFI-10: Gesamtskala Offenheit für Erfahrungen | 1,50 | 5,00 | 4,00 | ,76 |