



Masterarbeit

Emotionale Schemata und Emotionsregulation von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Die Bedeutung der „Early Maladaptive Schemas“
nach Young et al. (2003) im Umgang mit subjektiv
als „schwierig“ erlebten Emotionen in der
therapeutischen Praxis

Claudia Gysling-Tappeiner

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Fachliche Beratung: Prof. Dr. phil. Hugo Grünwald

Zürich, Mai 2012

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges in Angewandter Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

ABSTRACT

Welche Bedeutung haben persönliche emotionale Schemata von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Umgang mit als „schwierig“ erlebten Emotionen in der psychotherapeutischen Praxis? Das Modell der „Early Maladaptive Schemas“ (EMS) nach Young, Klosko und Weishaar (2008), Gegenübertragungsphänomene nach Faller (1999) und Erkenntnisse aus der Emotionsregulationsforschung bilden die theoretische Grundlage für die empirische Untersuchung dieser Frage.

Mit einer Onlinebefragung konnten Daten von 412 praktizierenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus der deutschsprachigen Schweiz gewonnen werden. Für die Umfrage wurden der Young Schema Questionnaire YSQ-S3 (Berkalk, Grutschpalk, Parfy & Zarbock, 2006), der Fragebogen zum Umgang mit einer schwierigen Emotion EER (Benecke, Vogt, Bock, Koschier & Peham, 2008) und Fragen zum subjektiv erlebten Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragung eingesetzt.

Die Untersuchung hat gezeigt, dass gewisse EMS bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten häufiger vorkommen. Sie manifestieren sich jedoch in einer flexiblen, moderaten Form, was die Qualität der therapeutischen Arbeit nicht gravierend beeinträchtigen dürfte. Im Vergleich zu einer anderen nicht-klinischen Stichprobe sind EMS von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten weniger stark ausgeprägt. Zudem unterscheiden sich spezifische EMS signifikant zwischen den Geschlechtern und zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Einzelne EMS erwiesen sich als Prädiktoren für den subjektiv erlebten Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragung. Gegenübertragungsphänomene, die der negativen Gegenübertragung zugeschrieben werden und für die therapeutische Beziehung hinderlich sein können, werden subjektiv als schwieriger erlebt als positive Gegenübertragung.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bedienen sich vorwiegend adaptiver Emotionsregulationsstrategien, wenn sie eine schwierige Emotion in der therapeutischen Praxis erleben. Im Vergleich mit einer anderen nicht-klinischen Stichprobe weisen sie höhere Werte in Strategien der adaptiven Emotionsregulation und tiefere Werte in der maladaptiven Emotionsregulation auf. Das Alter hat sich als Prädiktor für eine zunehmend adaptive Emotionsregulation und die Dauer der Berufserfahrung als Prädiktor für eine Abnahme der maladaptiven Emotionsregulation herausgestellt.

Vorwort

Ganz besonders danken möchte ich den mehr als 400 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich Zeit nahmen, um die Onlineumfrage zu beantworten, wie auch den Institutionen und Berufsverbänden, welche ihre Mitglieder auf diese Untersuchung aufmerksam gemacht haben. Durch ihre Unterstützung haben sie diese Arbeit möglich gemacht. Besonders gefreut hat mich, dass dieses Thema auf so grosse Resonanz und Interesse gestossen ist. Offenbar ist den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten noch sehr präsent, welche Bedeutung eine wissenschaftliche Arbeit für die Autoren hat. Die vielen ermunternden Rückmeldungen und guten Wünsche haben mich sehr motiviert und über „Baissen“ hinweggeholfen.

Herrn Prof. Dr. Hugo Grünwald danke ich für seine fachkundige und wohlwollende Begleitung von der Idee über die Präzisierung der Konzepte bis hin zur Endfassung. Seine wertvollen Hinweise, kritischen Fragen und klaren Aussagen haben dieser Arbeit wesentliche Impulse gegeben.

Ein besonderer Dank gilt Herrn lic. phil. Aureliano Cramer. Er hat die Gabe, Fragen zur Statistik kompetent und klar verständlich zu beantworten und somit eine wichtige Unterstützung geboten.

Urs Gysling, Esther Kottmann und Rosemarie Rothfuchs haben durch die Korrekturlektüre und ihre konstruktiven Rückmeldungen einen wesentlichen Beitrag zu dieser Arbeit geleistet. Die Diskussion mit Susanne Krömer über die Ergebnisse hat mir interessante neue Aspekte aufgezeigt. Nicht vergessen möchte ich meine Kommilitoninnen und Kommilitonen, welche die Umfrage als Pretester geprüft haben. Speziell Karin Rossi und Gabi Hirt-Kollbrunner danke ich für die stetige mentale Unterstützung und die zahlreichen anregenden Diskussionen während der Masterarbeit und den gemeinsamen Gruppenarbeiten.

Der grösste Dank geht an meine Familie für ihre moralische Unterstützung, ihr Verständnis und ihre Geduld während des ganzen Studiums.

INHALT

ABBILDUNGEN.....	I
TABELLEN.....	I
I EINLEITUNG	1
II THEORETISCHER HINTERGRUND	3
1. Psychotherapie als Beruf	3
1.1 Anforderungen und Voraussetzungen.....	3
1.2 Chancen und Risiken des Berufs	4
1.3 Die Person der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten	5
1.4 Selbsterfahrung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	6
2. Das Konzept der Gegenübertragung.....	7
2.1 Geschichte und Entwicklung.....	7
2.2 Messung von Gegenübertragung.....	9
2.3 Gegenübertragungsphänomene	10
2.4 Umgang mit Gegenübertragung	10
3. Emotionsregulation.....	11
3.1 Emotion und Emotionserleben.....	11
3.1.1 Begriffsklärung	11
3.1.2 Definition von Emotion	12
3.1.3 Grundemotionen und komplexe Emotionen.....	12
3.1.4 Funktion von Emotionen.....	13
3.1.5 Emotionserleben.....	14
3.2 Emotionsregulation	15
3.2.1 Definition von Emotionsregulation.....	15
3.2.2 Stand der Forschung	16
3.2.3 Emotionsregulationsstrategien.....	18
3.2.4 Messinstrumente zur Erfassung von Emotionsregulation	21
3.2.5 Persönlichkeit und Emotionsregulation	24
4. „Early Maladaptive Schemas“ (EMS).....	25
4.1 Schematherapie nach Jeffrey E. Young	25
4.1.1 Stand der Forschung	25
4.2 Das Modell der „Early Maladaptive Schemas“ (EMS)	26
4.2.1 Zum Begriff „Schema“	26
4.2.2 18 „Early Maladaptive Schemas“ (EMS)	27
4.2.3 Schemabewältigung / Schemacoping	33
4.2.4 Schemaaktivierung – Das Modell der Schema-Modi	33
4.3 Emotionale Schemata von Psychotherapeutinnen und –therapeuten	34
4.4 Schematherapeutische Konzepte und Selbsterfahrung.....	37

III EMPIRISCHER TEIL	39
5. Begründung der Untersuchung, Fragestellung und Hypothesen.....	39
6. Forschungsgegenstand und Methodik.....	41
6.1 Die Stichprobe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Schweiz	42
6.2 Messinstrumente.....	42
6.2.1 Fragen zur Person, zur Ausbildung und zur Berufstätigkeit.....	43
6.2.2 Fragen zum subjektiven Erleben von Gegenübertragungsphänomenen.....	43
6.2.3 Fragebogen zum Umgang mit einer schwierigen Emotion (EER-Teil 2)	43
6.2.4 Young Schema Questionnaire – Kurzform 3 (YSQ-S3), deutsche Version	44
6.3 Datenerhebung	45
6.3.1 Pretest.....	46
6.3.2 Stichprobenrekrutierung.....	46
6.4 Datenüberprüfung und -auswertung	47
6.4.1 Statistische Analyseverfahren.....	47
6.4.2 Überprüfung der Normalverteilung.....	48
7. Ergebnisse.....	48
7.1 Reliabilitätsanalyse.....	48
7.2 Beschreibung der Stichprobe.....	49
7.2.1 Soziodemographische Merkmale.....	49
7.2.2 Studium und Psychotherapieausbildung	50
7.2.3 Psychotherapeutische Berufstätigkeit und Berufserfahrung	51
7.3 Emotionen in der psychotherapeutischen Praxis.....	53
7.3.1 Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf Gegenübertragung.....	54
7.3.2 Unterschiede der Berufsgruppen in Bezug auf Gegenübertragung	55
7.3.3 Gegenübertragung und Psychotherapieausbildung	56
7.3.4 Unterschiede im subjektiven Erleben von Gegenübertragung je nach Alter bzw. Berufserfahrung.....	57
7.4 Emotionsregulationsstrategien von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ..	57
7.4.1 Mittelwertvergleich mit einer anderen nicht-klinischen Stichprobe	58
7.4.2 Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf Emotionsregulation	59
7.4.3 Unterschiede zwischen den Berufsgruppen in Bezug auf Emotionsregulation.....	59
7.4.4 Emotionsregulation und Psychotherapieausbildung.....	60
7.4.5 Alter bzw. Berufserfahrung als Prädiktoren für Emotionsregulation	61
7.5 Emotionale Schemata von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	62
7.5.1 Mittelwertvergleich mit einer anderen nicht-klinischen Stichprobe	63
7.5.2 Emotionale Schemata und Geschlecht.....	63
7.5.3 Emotionale Schemata bei den Berufsgruppen	64
7.6 Zusammenhang zwischen EMS und erlebten Emotionen	66
7.7 Zusammenhang zwischen EMS und Emotionsregulation	68
8. Diskussion.....	70
8.1 Methodenkritik.....	80
8.2 Fazit und Ausblick	80
V LITERATURVERZEICHNIS	83
VI ANHANG	93

ABBILDUNGEN

Abbildung 1: Auswahl von Emotionen und Zuordnung auf der Achse der Bewertung bzw. der Erregung nach Russel (2003).....	14
Abbildung 2: Prozessmodell der Emotionsregulation nach Gross (2002).....	19
Abbildung 3: Erlebter Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragung.....	54
Abbildung 4: Emotionsregulationsstrategien von Psychotherapeutinnen und –therapeuten...	58
Abbildung 5: EMS von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.....	62

TABELLEN

Tabelle 1: Dimensionale Struktur von Gegenübertragung nach Faller (1999).....	9
Tabelle 2: Klassifizierung von Emotionsregulation nach Koole (2009).....	20
Tabelle 3: Instrumente zur Erfassung von Emotionsregulation	23
Tabelle 4: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe	49
Tabelle 5: Fachliche Qualifikation der Stichprobe.....	51
Tabelle 6: Berufstätigkeit und Berufserfahrung der Stichprobe	52
Tabelle 7: Zusammenfassung der ANOVA für Geschlecht (uV) und Gegenübertragung (aV)	55
Tabelle 8: Zusammenfassung der ANOVA für Berufsgruppe (uV) und Gegenübertragung (aV)	55
Tabelle 9: Zusammenfassung der ANOVA für Psychotherapieausbildung (uV) und Gegenübertragung (aV)	56
Tabelle 10: Zusammenfassung der ANOVA für Geschlecht (uV) und Emotionsregulation (aV)	59
Tabelle 11: Zusammenfassung der ANOVA für Berufsgruppe (uV) und Emotionsregulation (aV)	60
Tabelle 12: Zusammenfassung der ANOVA für Psychotherapieausbildung (uV) und Emotionsregulation (aV)	60
Tabelle 13: Zusammenfassung der Multiplen Regressionsanalyse von Alter bzw. Berufserfahrung (uV) als Prädiktoren für Emotionsregulation (aV).....	61
Tabelle 14: Zusammenfassung der ANOVA für Geschlecht (uV) und Schemata (aV)	63
Tabelle 15: Zusammenfassung der ANOVA für Berufsgruppe (uV) und Schemata (aV)	64
Tabelle 16: Zusammenfassung der Multiplen Regressionsanalyse der EMS (uV) als Prädiktoren für den Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragung (aV)	67
Tabelle 17: Zusammenfassung der Multiplen Regressionsanalyse der EMS (uV) als Prädiktoren für Emotionsregulation (aV).....	69

I EINLEITUNG

Es hat doch beinahe den Anschein,
als wäre das Analysieren der dritte jener „unmöglichen“ Berufe,
in denen man des ungenügenden Erfolgs von vornherein sicher sein kann.
Die beiden anderen, weit länger bekannten, sind das Erziehen und das Regieren.

Sigmund Freud (1964/1937, XVI)

Dass Psychotherapie erfolgreich ist und wirkt, ist heute aufgrund langjähriger Psychotherapieforschung unbestritten (Lambert, 2004; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Freuds Zitat zielt vermutlich eher dahin, idealisierende Vorstellungen des Berufs zu hinterfragen und lässt dabei die Frage offen, welche Anforderungen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfüllen müssen, um in ihrem Beruf „erfolgreich“ sein zu können.

Tatsächlich entstehen in der psychotherapeutischen Praxis häufig emotional schwierige Situationen. Raider (1989) spricht gar von einer ständigen emotionalen Erregung während der therapeutischen Interaktion, welche nicht nur bei Patienten sondern auch bei Therapeuten¹ emotionale Schemata aktivieren und intensive Emotionen auslösen können (Young, Klosko & Weishaar, 2008). Die Seite der Therapeuten mit ihrer Persönlichkeit, ihrem biographischen und beruflichen Hintergrund ist bisher jedoch wenig untersucht (Caspar, 1997; Norcross, 2002), da der Hauptfokus der Psychotherapieforschung darauf liegt, ob Psychotherapie wirksam ist und wie den Patienten am besten geholfen werden kann.

In dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, welche Bedeutung emotionale Schemata im Sinne der von Young et al. (2008) beschriebenen „*Early Maladaptive Schemas*“ (EMS²) von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Umgang mit subjektiv als „schwierig“ erlebten Emotionen in der psychotherapeutischen Praxis haben.

Um diese Fragestellung zu überprüfen werden drei Konzepte beigezogen, welche chronologisch entsprechend ihrer Entstehung durch diese Arbeit führen und eng miteinander verknüpft sind: *Gegenübertragung*, *Emotionsregulation* und „*Early Maladaptive Schemas*“ (EMS).

Schon früh hat sich die Psychoanalyse mit der emotionalen Reaktion der Therapeuten in Form von Gegenübertragung auseinander gesetzt. Was zuerst als störendes Element der Psy-

¹ Um den Lesefluss nicht zu behindern, werden die geschlechtsneutralen Begriffe „Psychotherapeuten“ oder „Patienten“ verwendet, womit immer beide Geschlechter gemeint sind. In Titeln, Fragestellungen, Hypothesen und Ergebnisdarstellungen sowie wenn auf mögliche Geschlechterunterschiede hingewiesen wird, erscheint die weibliche und die männliche Form. Die Bezeichnung „Patienten“ steht synonym für „Klienten“; „Therapeuten“ wird synonym für „Psychotherapeuten“ verwendet.

² Die Abkürzung EMS steht für „Early Maladaptive Schemas“ nach Young et al. (2008)

chotherapie aufgefasst wurde, das kontrolliert werden sollte, gilt es heute auch aus Sicht anderer Therapierichtungen als wichtiges Phänomen in der therapeutischen Praxis.

Das Gebiet der Regulation und Kontrolle von Emotionen steht im Zentrum der Emotionsregulationsforschung, welche durch die neu entstanden Möglichkeiten der Neurowissenschaften ein enormes Wachstum an Erkenntnissen in Bezug auf Wahrnehmung, Verarbeitung und neurobiologischen Korrelaten von Emotionen verzeichnen kann (Gross, 1998).

Mit dem modernen Konzept der EMS, das eine strukturierte Grundlage für die emotionale Erregungsbereitschaft von Persönlichkeiten liefert, kann wiederum ein Bogen zur Gegenübertragung geschlagen werden. Mit Gegenübertragung wird gemäss Roediger (2011) die Aktivierung von emotionalen Schemata umschrieben.

Diese Arbeit strebt einen Erkenntnisgewinn zu den komplexen emotionalen Prozessen in der therapeutischen Praxis an und fokussiert die Therapeutenseite. Zudem soll ein Beitrag zur Diskussion geleistet werden, welche Rolle das schematherapeutische Konzept der EMS in der Ausbildung und Selbsterfahrung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einnehmen kann.

Es können nur die bewusst erlebten Gefühle bzw. der bewusste Umgang mit Gegenübertragung erfasst werden. Auf schwierige Situationen in der Psychotherapie kann nicht eingegangen werden, da die Person und der Hintergrund der Patienten nicht untersucht wird. Neurobiologische Aspekte, welche der Entstehung von EMS oder emotionalen Prozessen zugrunde liegen, können im Rahmen dieser Arbeit nicht vertieft erläutert werden.

Der theoretische Teil wird eingeleitet mit einer Umschreibung von Psychotherapie als Beruf samt seinen Anforderungen, Chancen und Risiken. Weiter wird auf die Person der Therapeuten und die Selbsterfahrung eingegangen. Es folgen Erläuterungen zum Konzept der Gegenübertragung. Erkenntnisse aus der Emotionsforschung bilden den Einstieg ins Kapitel der Emotionsregulation. Darin werden Befunde zu Emotionsregulationsstrategien und zum Zusammenhang mit der Persönlichkeit aufgezeigt. Im Kapitel zum Modell der „Early Maladaptive Schemas (EMS)“ werden die Entstehung der Schematherapie sowie der aktuelle Forschungsstand dargelegt. Der Schwerpunkt liegt auf dem Modell der EMS und Erkenntnissen zu Schemata von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Es folgt eine Auseinandersetzung mit der Frage, ob sich schematherapeutische Konzepte für die therapeutische Selbsterfahrung eignen. Im empirischen Teil werden der Forschungsgegenstand und die Methodik beschrieben. Es folgt die Ergebnisdarstellung anhand deskriptiver und analytischer Inferenzstatistik. Die Ergebnisse werden interpretiert und diskutiert. Abschliessend folgt eine kritische Reflexion über die Arbeit und Methoden, ein Fazit und Ausblick mit weiterführenden Fragen.

II THEORETISCHER HINTERGRUND

1. Psychotherapie als Beruf

Das Berufsbild der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten wird in der Information der Berufsberatungen in der Schweiz wie folgt umschrieben:

„Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten behandeln Menschen mit seelischen Leiden und psychopathologischen Störungen. Sie unterstützen sie bei der Bewältigung ihrer psychosozialen Probleme, geben Anreize zur Veränderung und wenden dabei verschiedene wissenschaftlich fundierte Psychotherapiemethoden an“ (BIZ Berufsinfo, 2009).

In diesem Kapitel werden verschiedene Aspekte des Psychotherapieberufes getrennt betrachtet. Zuerst werden die Anforderungen an Psychotherapeuten sowie die Voraussetzungen für die Ausübung des Berufs beschrieben. Danach werden Chancen und Risiken des Berufs aufgezeigt und auf die Person der Therapeutin bzw. des Therapeuten und die Notwendigkeit der Selbsterfahrung eingegangen.

1.1 Anforderungen und Voraussetzungen

Um qualifizierte Psychotherapie durchführen zu können, wird nach dem Studium in Medizin, Psychologie oder einem anderen Fach³ eine mehrjährige Weiterbildung in einer Psychotherapierichtung sowie Selbsterfahrung vorausgesetzt (Möller, Laux & Deister, 2005).

Gemäss Holt und Luborsky (1958) sollten erfolgreiche Bewerber für eine Psychotherapieausbildung folgende Kriterien erfüllen:

1. *Introspektive Orientierung*, d.h. Achtung des Innenlebens, die Bereitschaft, sich der Selbstbeobachtung zu widmen und eine angemessene Selbstoffenbarung zu üben
2. *Intellektuelle Disposition*, d.h. rationales Denken, leidenschaftsloses Überprüfen und disziplinierte Objektivität
3. *Relativistische Perspektive*, d.h. die Fähigkeit, individuelle Unterschiede zu akzeptieren und verschiedenartige Kontexte und Werte wertzuschätzen

In der Fachliteratur finden sich eine Reihe weiterer fachspezifischer Kompetenzen und persönlicher Voraussetzungen, welche Psychotherapeuten befähigen sollen, die komplexen therapeutischen Aufgaben auszuführen (Beutler, Malik et al., 2004; Lambert & Ogles, 2004; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004; Sachse & Rudolf, 2008):

Mit *Wissen und Expertise* wird ein umfassendes Wissen im Sinne von Alltagswissen wie auch psychologischem und störungsspezifischem Fachwissen umschrieben. Es wird eingesetzt, um während der Therapie Informationen zu gewichten und auf komplexem Niveau zu verarbeiten, zentrale Schemata der Patienten aufzuspüren, Hypothesen zu generieren, diese zu überprüfen, und zwischen verschiedenen Ebenen umzuschalten (Caspar, 1997).

³ vgl. zukünftige Änderung in der Schweiz durch PsyG (Kap. 6.1)

Um Experte zu sein, wird eine *persönliche Integrität* vorausgesetzt, die es Therapeuten ermöglicht, sich unvoreingenommen auf ihre Patienten einzustellen. Dabei sollten Therapeuten in der Lage sein, ihre eigenen Bewertungen, Ziele und Schemata während des Therapieprozesses zurück zu stellen, um diese nicht unreflektiert auf Patienten anzuwenden (Sachse, 2006).

Gemäss bisherigen Studien haben das *Alter* oder das *Geschlecht* der Psychotherapeuten kaum Einfluss auf die Psychotherapie (Barber & Muenz, 1996; Beutler et al., 2004). Dagegen prägt der *Interaktionsstil* das Therapiegeschehen wesentlich. Untersuchungen haben gezeigt, dass ein freundliches Therapeutenverhalten mit einem eher freundlichen Patientenverhalten korreliert (Andrews, 1990) und ein feindselig-dominantes Verhalten mit einem eher negativen Therapieergebnis einhergeht (Henry, Schacht & Strupp, 1990). Günstig wirken sich die Verwendung einer „emotionale Sprache“ (Holzer, Pokorny, Kächele & Luborsky, 1997) und ein hohes Aktivitätsniveau der Therapeuten aus (Horn-George & Anchor, 1982).

Die Fähigkeit, negative emotionale Zustände zu ertragen und mit ihnen konstruktiv therapeutisch umzugehen sowie die Beachtung eigener Grenzen sind für Rudolf (2004) weitere wichtige Merkmale, die gute Therapeuten auszeichnen.

1.2 Chancen und Risiken des Berufs

Psychotherapeuten setzen sich anhaltend mit seelischem Leiden und Beeinträchtigungen ihrer Patienten auseinander. Sie sind regelmässig konfrontiert mit schwierigen Verhaltensweisen ihrer Patienten wie bewusster und unbewusster Feindseligkeit oder Suizidalität und durch das empathische Mitfühlen starken Emotionen ausgesetzt. Belastend kann auch die Schweigepflicht sein, wenn Patienten geheime Geständnisse oder gar Verbrechen in der Therapie offenbaren (Norcross & Guy, 2010). Tatsächlich erlebt die Mehrheit der Psychotherapeuten sehr starke Gefühle in ihrer Arbeit, wie Angst, Wut und sexuelle Gefühle (Pope & Tabachnick, 1993), was eine hohe emotionale Disziplin und Emotionsregulationsfähigkeit der Therapeuten erfordert (Norcross & Guy, 2010).

Emotionale Erschöpfung, körperliche Isolation und psychischer Rückzug (Norcross & Guy, 2010) bis hin zu „Burnout“ (Fengler, 2001), erheblichen Krisen in der Partnerschaft oder erhöhtes Suizidrisiko (von Sydow, 2005) können die Folge sein. Doch nicht nur Psychotherapeuten mit langjähriger Berufserfahrung scheinen eine Risikogruppe zu sein. Auch die Gruppe der Berufsanfänger berichtet über verstärkte Kontaktängste und von überhöhten Ansprüchen an die eigene Person (Sachse & Rudolf, 2008).

Demgegenüber berichten Psychotherapeuten im Vergleich zu Psychologen in der Forschung, dass die Arbeit sie positiv beeinflusse (Radeke & Mahoney, 2000) und sie als direktes Ergebnis ihrer Arbeit emotionales Wachstum erleben (Guy, Poelstra & Stark, 1989). Häufig berichten

Psychotherapeuten, dass die Therapieausbildung, ihre Selbsterfahrung und die praktische berufliche Tätigkeit sie darin unterstützen, eigene Verhaltensweisen oder familiäre Konflikte anzugehen und zu bearbeiten (Norcross & Guy, 2010).

1.3 Die Person der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten

Menschen sind sehr verschieden und demnach sind auch Psychotherapeuten sehr unterschiedlich (Rudolf, 2005).

Kernberg, Dulz und Eckert (2005) bezeichnen die Individualität von Psychotherapeuten einerseits als Chance für die Psychotherapie und ihre Aufgabe, die jedem Menschen seine individuelle Behandlung ermöglichen soll, und andererseits auch als Risiko. Durch den emotionalen Druck, den die psychotherapeutische Arbeit mit sich bringt, können sich emotionale Probleme, die mit unreflektierten Persönlichkeitsanteilen einhergehen, verstärken (Overholser & Fine, 1990) oder gar mit denjenigen der Patienten vermischen (Sachse & Rudolf, 2008).

Gemäss Reimer (2005) fühlen sich ganz bestimmte Persönlichkeiten zum Beruf der Psychotherapeuten hingezogen. Es können dies z.B. Individualisten, sensible oder verletzte Menschen sein. Ein intensives Interesse an anderen Menschen, an ihrer psychischen Innenwelt und an ihrem Beziehungs- und Sozialverhalten und der Wunsch sich für die Verbesserung ihrer Lebenssituation zu engagieren, ist nicht selten dadurch geprägt, dass eigene Lebensschwierigkeiten mit therapeutischer Hilfe bewältigt werden konnten (Sachse & Rudolf, 2008).

Problematisch kann es sein, wenn die Berufsmotivation einer „Sorgenrolle“ entspringt, in welche Therapeuten hineingeboren wurden oder die ihnen von der Herkunftsfamilie auferlegt wurde (Dryden & Spurling, 1989).

Depressive Persönlichkeitsstrukturen kommen laut König (2010) bei Therapeuten häufig vor. Solche Therapeuten messen dem Gegenüber mehr Wichtigkeit bei als sich selbst. Sie haben grosses Interesse an anderen Menschen, lernen gerne neue Menschen kennen, trennen sich jedoch nur schwer. Ausgehend von der Annahme, dass „die Beziehung heilt“, soll diese möglichst intensiv sein. Dies kann dazu führen, dass depressiv strukturierte Therapeuten häufig intervenieren und versuchen, Anlässe für aggressive Regungen beim Patienten zu vermeiden. Gemäss Henry, Sims und Spray (1973) sind unter Therapeuten nicht selten Einzelgänger zu finden, die im Kindes- und Jugendalter relativ wenige Freundschaften hatten. Die vertraute Begegnung in der Psychotherapie dient diesen Therapeuten dazu, die eigene Einsamkeit zu bekämpfen, trägt jedoch wenig dazu bei, die Bedürfnisse nach echter Gemeinschaft und Bindung zu befriedigen.

Meist bringen Psychotherapeuten eine hohe Veränderungsmotivation mit. Bei charismatischen Persönlichkeiten, welche stark um die eigene berufliche Kompetenz und Wirkung besorgt

sind, kann sich daraus ein Gefühl der Macht und Selbstgefälligkeit bis hin zur Arroganz oder einem Gefühl von Grossartigkeit entwickeln (Guggenbuhl-Craig, 1971; Norcross & Guy, 2010).

Psychotherapeuten zeigen gemäss Rudolf (2005) relativ hohe Werte in Persönlichkeitsskalen, welche Leistungs- und Wertorientierung sowie narzisstisch anspruchsvolle Seiten messen (Rudolf, 2005).

Norcross und Guy (2010, S. 24) verweisen auf Anna Freud, welche es provokativ als einen „der raffiniertesten Abwehrmechanismen“ bezeichnete, psychotherapeutisch tätig zu sein. Dieser Beruf schaffe eine Aura von Kontrolle und Überlegenheit und weiche einer persönlichen Bewertung der eigenen Person aus. Da dieser Zustand in die falsche Richtung führe, postulierte sie: „Wir sollten zuerst uns selbst studieren und dann erst andere.“

Die Notwendigkeit der Selbsterfahrung (Sachse & Rudolf, 2008) wird auch von den Psychotherapeuten selbst als einer der wichtigen und positiven Einflussfaktoren für die eigene berufliche Entwicklung und psychotherapeutische Tätigkeit empfunden (Willutzki, et al., 2005).

1.4 Selbsterfahrung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Heute ist Selbsterfahrung ein fester Bestandteil in der Psychotherapieausbildung und ein Qualitätsstandard für die Anerkennung von Psychotherapeuten in der Schweiz, Deutschland und Österreich.

Für die Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung gibt es *berufsethische* Gründe, wie die Reduktion und Prävention therapeutischer Risiken und die Erhöhung der therapeutischen Effektivität, und *fachlich-inhaltliche* Argumente, z.B. Eigentherapie, Klärung der Berufsmotivation, Erwerb von psychotherapeutischen Basisqualifikationen, Aufbau von therapieförderlichem Verhalten und Personenmerkmalen und Sensibilisierung für persönliche Lebensthemen und Eigenschaften (Lairaiter, 1998).

Als Inhalte für eine zielorientierte Selbsterfahrung und –reflexion schlagen Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2006) vergangenheitszentrierte, gegenwartsbezogene und zukunftsorientierte Elemente vor. Im Fokus der Vergangenheit stehen die lerntheoretische Analyse der eigenen Lebensgeschichte und der Herkunftsfamilie sowie die „therapeutische Sozialisation“ und bisherige berufliche Entwicklung. Der Augenmerk auf die gegenwärtige Situation beinhaltet positive und negative Erlebnisse in Therapiekontext und Alltag, die Analyse und Reflexion der eigenen therapeutischen Arbeit, eigene rationale bzw. irrationale Therapeutenhaltungen, Selbsterfahrung mit Änderung, Änderungsabsichten und Selbstmodifikation, mit der Situation, selbst „Klient“ zu sein und bestimmten Therapiemethoden sowie Massnahmen zur Gewährleistung der persönlichen Psychohygiene. Im Hinblick auf die Zukunft sollen beruflich-

therapeutische und persönlich-private Ziele und Pläne berücksichtigt werden. Zudem soll eine persönliche Umsetzung von ethischen und berufsständischen Verpflichtungen erarbeitet und dadurch eine persönliche Ethik entwickelt werden und eine präventive Selbstreflexion als Prophylaxe für künftige Probleme stattfinden.

Das Bemühen um öffentliche Anerkennung und Etablierung bestimmter Psychotherapieschulen führte zu höheren Anforderungen an das Ausbildungselement der Selbsterfahrung (Lairaiter, 1998). Ursprünglich geht die Forderung einer Eigentherapie für angehende Psychotherapeuten auf die Psychoanalyse zurück und dies beeinflusste auch die Standards für Ausbildung und Anwendung von Psychotherapie anderer Schulen.

Die Notwendigkeit einer Selbstanalyse beschrieb schon Sigmund Freud, wie das folgende Zitat zeigt, im Zusammenhang mit dem Phänomen der Gegenübertragung.

2. Das Konzept der Gegenübertragung

„Wir sind auf die Gegenübertragung aufmerksam geworden, die sich beim Arzt durch den Einfluss des Patienten auf das unbewusste Fühlen des Arztes einstellt, und sind nicht weit davon, die Forderung zu erheben, dass der Arzt diese Gegenübertragung in sich erkennen und bewältigen müsse. Wir haben (...) bemerkt, dass jeder Psychoanalytiker nur so weit kommt, als seine eigenen Komplexe und inneren Widerstände es gestatten, und verlangen daher, dass er seine Tätigkeit mit einer Selbstanalyse beginne und diese, während er seine Erfahrungen an Kranken macht, fortlaufend vertiefe.“

Sigmund Freud (1910)

Das Konzept der Gegenübertragung ist ungefähr so alt wie Psychotherapie selbst (Hayes, Gelso & Hummel, 2011) und gilt in der tiefenpsychologischen Therapie und Forschung als wichtiges diagnostisches Instrument. Gegenübertragung wird jedoch nicht nur in der psychodynamischen Literatur erwähnt, sondern ist trotz mangelndem Konsens in Bezug auf Definition oder Begrifflichkeit über die Therapieschulen hinaus als wichtiges Phänomen in der therapeutischen Praxis anerkannt (vgl. u.a. Hofsess & Tracey, 2010; Kanfer et al., 2006; von Schlippe & Schweitzer, 2006; Roediger, 2011; Leahy, 2001).

2.1 Geschichte und Entwicklung

Das Konzept der Gegenübertragung hat in seiner 100 Jahre alten Geschichte einen enormen Bedeutungswandel erfahren (Faller, 1999; Mertens, 1991; Thomä & Kächele, 1985). Im Laufe der Entwicklung und Forschung von Gegenübertragung haben sich vier wichtige Konzepte durchgesetzt, *das klassische, totalistische, komplementäre bzw. relationale Konzept von Gegenübertragung* (Hayes et al., 2011).

In der *klassischen* Auffassung von Freud wurde Gegenübertragung als eine vom Therapeuten unbewusste, auf unbearbeiteten Konflikten aus der Kindheit des Therapeuten basierende Reaktion auf die Übertragung durch den Patienten gesehen. Freud und die Vertreter dieser negativen Sichtweise sahen Gegenübertragung als Störfaktor, der den psychoanalytischen Erkenntnisprozess beeinträchtigt und dessen Einfluss minimiert werden muss.

Als Wendepunkt bezeichnet Faller (1999) den Aufsatz von Paula Heimann (1950), in welchem die Gegenübertragung als ein Forschungsinstrument für die unbewussten Prozesse des Patienten beschrieben wird. Die Gefühle, die der Analytiker wahrnimmt, werden als vom Patienten ausgelöst interpretiert.

Ein *totalistisches* Konzept entstand in den 1950er Jahren, demzufolge Gegenübertragung die Gesamtheit aller Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten darstellt (Little, 1951). Dabei wurden alle Reaktionen als wichtig erachtet und sollten reflektiert und verstanden werden. Diese Definition räumte der Gegenübertragung einen wichtigen Platz für die Selbsterfahrung des Therapeuten und die therapeutische Anwendung ein. Zunehmend wurde Gegenübertragung als wertvoll für die praktische Arbeit und für das Verständnis des Patienten erachtet.

Gemäss dem *komplementären* Konzept von Gegenübertragung werden die Reaktionen des Therapeuten als komplementär zum Beziehungsstil des Patienten betrachtet. Wenn der Patient versucht, den Therapeuten in irgendeiner Form anzugreifen, reagiert der „gut funktionierende“ Therapeut nicht mit einem Gegenangriff, so wie es der Patient üblicherweise erwartet, sondern versucht, die Gründe für dieses Verhalten zu verstehen und die therapeutischen Interventionen entsprechend zu gestalten (Levenson, 1995; Racker, 1957).

Aus der *relationalen* Perspektive wird Gegenübertragung als gemeinsam gebildetes interaktionelles Geschehen von Patienten und Therapeuten in der Praxis erachtet. Dabei spielen Bedürfnisse, unverarbeitete Konflikte und die Verhaltensweisen von Patienten und Therapeuten eine Rolle und manifestieren sich in Gegenübertragungsphänomenen (Hayes et al., 2011).

Da in der Fachliteratur diese vier Konzepte unterschiedlich, wechselseitig oder sich gegenseitig kritisierend verwendet werden, schlagen Hayes et al. (2011) eine integrative Definition vor, welche wesentliche Aspekte der beschriebenen Konzepte mit einschliesst. Dabei sollen alle Reaktionen des Therapeuten als aussergewöhnlich und wesentlich für die klinische und empirische Forschung angesehen werden. Da Therapeuten menschliche Wesen sind, spielen ungelöste Konflikte, persönliche Vulnerabilitäten und unbewusste „heikle“ Punkte, welche im Berufsalltag berührt werden, eine wesentliche Rolle und beeinflussen die Gegenübertragung. Schliesslich soll nicht nur die Reaktion des Therapeuten auf die Übertragung des Patienten im

Fokus stehen, sondern auch die Reaktion auf die gesamten klinisch relevanten Variablen des Patienten wie dessen Persönlichkeitsstil, Zustand und Erscheinung.

2.2 Messung von Gegenübertragung

In der Forschung wird Gegenübertragung trotz inkonsistenter Definitionen häufig als ungelöste Konflikte des Therapeuten, welche durch Patientenmerkmale getriggert werden, verstanden und meistens im Hinblick auf internale oder externale Manifestation untersucht. Als subjektiver emotionaler Zustand kann Gegenübertragung reflektiert werden durch die Gefühle des Therapeuten wie z.B. Angst, Ärger, Langeweile, Verzweiflung, Erregung, Ekel usw.. Diese Gefühle variieren zwischen höchst positiven bis zu als sehr negativ erlebten Gefühlen sowie in Bezug auf die Intensität von sehr intensiven Gefühlen bis zu Gefühlsarmut oder Gefühllosigkeit (Hayes et al., 2011).

Um Gegenübertragung erfassen zu können, werden in der Forschung qualitative (z.B. Hayes, Mc Cracken, Mc Clanahan, Hill, Harp & Carozzoni, 1998) und quantitative Verfahren angewendet.

Faller (1999) untersuchte das emotionale Erleben von Psychotherapeuten in Bezug auf die Indikationsstellung. Er verwendete ein Gegenübertragungs-Rating, welches eine Weiterentwicklung des von Mang (1990) entwickelten Gegenübertragungs-Bogens darstellt. Faller konnte 31 Gefühlszustände faktorenanalytisch vier Dimensionen von Gegenübertragung zuordnen: *Ärger*, *Resignation*, *Sympathie* und *Hilfsbereitschaft* (Tabelle 1). Hohe Sympathiewerte erwiesen sich als positiv, Ärger als negativ für die Qualität der therapeutischen Beziehung (Faller, 1999).

Tabelle 1: Dimensionale Struktur von Gegenübertragung nach Faller (1999)

Ärger	Sympathie	Hilfsbereitschaft	Hoffnungslosigkeit
Diese Dimension beschreibt Aspekte einer negativen Gegenübertragung.	Diese Dimension beschreibt eine positive, durch Bewunderung, Neugier, Interesse und Optimismus geprägte emotionale Reaktion.	Diese Dimension umschreibt eine durch aktives Helfen Wollen gekennzeichnete Haltung.	Diese Dimension umfasst eine durch Resignation und Aufgeben gekennzeichnete Einstellung.
<i>Ärger</i> <i>Belästigungsgefühle</i> <i>Abgrenzungsbedürfnisse</i> <i>Anspannung</i> <i>Müdigkeit</i> <i>Kontrolliertheit</i> <i>Sadismus</i> <i>Langeweile</i> <i>Verwirrung</i>	<i>Faszination</i> <i>Bewunderung</i> <i>erotische Anziehung</i> <i>Neugier</i> <i>Liebesgefühle</i> <i>Interesse</i> <i>Sympathie</i> <i>Optimismus</i> <i>Rivalitätsgefühle</i>	<i>Helferhaltung</i> <i>Aktivitätsbedürfnis</i> <i>Hilfsbereitschaft</i> <i>Besorgtheit</i> <i>Mitleid</i> <i>Bemächtigungstendenzen</i>	<i>Hoffnungslosigkeit</i> <i>Trauer</i> <i>Schuldgefühle</i> <i>Ohnmachtsgefühle</i> <i>Angst</i> <i>Gekränkt Sein</i> <i>Ekel</i>

2.3 Gegenübertragungsphänomene

Die von Faller (1999) beschriebenen emotional erlebten Gegenübertragungsphänomene stellen nur eine Auswahl einer Reihe von möglichen Gefühlszuständen der Therapeuten in der Therapiesituation dar.

Stirn (2002) bezeichnet Gegenübertragung als emotional-kognitive Vorgänge bei Therapeuten und hat einige dieser Phänomene genauer beschrieben. Formen von *Aggression* den Patienten gegenüber können auftreten, wenn Patienten die Bindung und Hingabe verweigern. Sie dienen den Therapeuten dazu, eigene depressive Reaktionen von Ohnmacht und Hilflosigkeit abzuwehren oder die ihnen entgegengebrachte Aggression oder Entwertung durch die Patienten in Form von ironischen Äusserungen umzuwandeln. *Müdigkeit* ist häufig ein Zeichen dafür, dass der Patient sich zurückzieht. Sie kann aber auch für die Abwehr von Wut und Hass stehen. Müdigkeit ist zudem ein körperlich erlebtes Phänomen. *Sympathiegefühle* für Patienten können im Zusammenhang mit projektiver Identifikation oder Idealisierung durch den Therapeuten stehen oder aber im Widerstand des Patienten begründet sein, indem er den Therapeuten von einer Konfrontation oder Beanspruchung seiner selbst abhalten möchte. *Angst* kann beim Therapeuten auftreten in Verbindung mit Widerständen des Patienten, welche durch den Therapeuten als Gefahr für die therapeutische Arbeit erlebt werden. Angst kann aber auch eine Identifikation mit abgespaltenen oder in den Analytiker projizierten Anteilen des Ich des Patienten sein. Gemäss (Racker, 1997) kann Angst auch in einer depressiven Form auftreten, welche an die Befürchtung geknüpft ist, den Patienten geschädigt oder krank gemacht zu haben, oder in einer paranoiden Form als Reaktionen auf Gefahr, die von verschiedenen Haltungen des Patienten ausgehen. Angst ist demnach eine emotionale Antwort auf den psychischen Zustand des Patienten.

DeCoster und Egan (2001) stellten fest, dass Ärztinnen und Ärzte vor allem Gefühle von Angst und Sorgen, weniger jedoch Angst und Traurigkeit ihrer Patienten wahrnehmen und darauf emotional reagieren.

2.4 Umgang mit Gegenübertragung

Fünf wichtige Therapeutenmerkmale stellten sich als Prädiktoren für einen erfolgreichen Umgang mit Gegenübertragungsphänomenen heraus (Hayes et al., 2011). Es sind dies: *Selbsterkenntnis*, *Persönliche Integrität*⁴, *Umgang mit Angst*, *Empathie* und *Konzeptualisierungsfähigkeiten*.

Selbsterkenntnis bezieht sich auf das Ausmass, in welchem der Therapeut sich seiner eigenen Gefühle, Haltung, Persönlichkeit, Motive sowie seines lebensgeschichtlichen Hintergrunds

⁴ engl. *self-integration* [Übersetzung d. Verf.]

bewusst ist. Mit *persönlicher Integrität* ist eine intakte und grundsätzlich gesunde Persönlichkeitsstruktur des Therapeuten gemeint. Der *Umgang mit Angst* bezieht sich auf die Fähigkeit des Therapeuten eigene Angstgefühle zu kontrollieren und zu verstehen, ohne dass sie Reaktionen auf den Patienten nachteilig beeinflussen. *Empathie* oder die Fähigkeit, sich in die Patienten hineinzuversetzen, erlaubt es den Therapeuten, sich unabhängig vom momentanen Erleben auf die Bedürfnisse der Patienten zu fokussieren. *Konzeptualisierungsfähigkeit* widerspiegelt die Fähigkeit der Therapeuten, sich auf Theorien zu beziehen und die Rolle der Patienten in der therapeutischen Beziehung zu verstehen.

Metaanalysen von Hayes et al. (2011) ergaben, dass Gegenübertragungsreaktionen kaum mit Psychotherapieerfolg korrelieren, dass jedoch der erfolgreiche Umgang mit Gegenübertragung mit einem besseren Therapieerfolg zusammenhängt.

Der Umgang mit Gegenübertragung ist eng verknüpft mit der Regulation von Emotionen, welches das Schwerpunktthema des nächsten Kapitels ist.

3. Emotionsregulation

Um Prozesse der Emotionsregulation darlegen zu können, wird in diesem Kapitel zuerst auf deren Grundlage – die Emotionen und das Emotionserleben – eingegangen. Es folgen Definitionen von Emotionsregulation, Erläuterungen zum aktuellen Stand der Forschung und zu Emotionsregulationsstrategien, Messinstrumenten zur Erfassung von Emotionsregulation sowie deren Zusammenhang mit Persönlichkeitsmerkmalen.

3.1 Emotion und Emotionserleben

3.1.1 Begriffsklärung

Der Begriff Emotion stammt vom Lateinischen *emovere* (herausbewegen, emporwühlen) (Duden, 2007). Für das „Erleben eines Gefühls“, wie es dem Alltagsverständnis entspricht, werden in der Wissenschaft je nach zugrunde liegender Theorie oder Forschungsziel unterschiedliche Begriffe, z.B. „Gefühl“, „Emotion“, „Affekt“ oder „Stimmung“ verwendet. Trotz uneinheitlicher Definitionsversuche besteht ein Konsens darüber, dass „Emotion“ als Überbegriff für die zuvor genannten Begriffe angesehen wird (Ulich & Mayring, 2003).

In der vorliegenden Arbeit werden wie in den meisten aktuellen Studien zur Emotionsforschung (Heavey, Hurlburt & Leforge, 2012) die Begriffe „Emotion“ oder „Gefühl“ verwendet. „Stimmungen“, d.h. diffuse affektive Zustände, oder „Affekte“, welche als sehr intensive, überwältigende Emotionen oder als eine schwache undifferenzierte Form einer Emotion be-

schrieben werden (Lammers, 2011), werden in dieser Arbeit nicht betrachtet. Im Fokus dieser Arbeit stehen bewusste subjektiv erlebte „Gefühle“, welche die Wahrnehmung körperlicher Korrelate, die Benennung und Erklärung von Wahrnehmungen sowie die Wahrnehmung der situativen Bedeutung mit einschliessen (Krause, Steimer-Krause & Ullrich, 1992).

3.1.2 Definition von Emotion

Für Emotionen liegen verschiedene, zum Teil uneinheitliche oder schwer voneinander abgrenzbare Definitionsversuche vor (Kleinginna & Kleinginna, 1981; Otto, Euler & Mandl, 2000).

Lammers (2011, S. 29) versteht unter Emotion „ein kurzzeitiges, stimulusabhängiges Erleben von Reizen“ (aufgrund externer Stimuli, Kognitionen oder anderen Emotionen), welches eine Bewertung und Reaktion auf einen dieser Stimuli darstellt und verschiedene Komponenten beinhaltet. Diese bestehen aus mehr oder weniger zusammenhängenden Elementen positiv oder negativ bewerteter Verhaltensweisen oder körperlicher Reaktionen, welche durch spezifische Gedanken oder Gefühle begleitet sind (Mauss, Levenson et al., 2005).

In der aktuellen Emotionsforschung werden drei Systeme als wesentlich für die Entstehung von Emotionen erachtet: *Aufmerksamkeit*, *Wahrnehmung* und *Körperebene* (Koole, 2009). Das neuronale Netzwerk bestimmt die Auswahl der eintreffenden Stimuli und beeinflusst massgebend die *Aufmerksamkeit* (Fan, McCandliss, Fossella, Flombaum & Posner, 2005). Das Erkennen und die *Wahrnehmung* von Emotionen stehen in engen Zusammenhang mit der kognitiven Bewertung von bedeutenden emotionalen Zuständen (Lazarus, 1991). Im *körperlichen Ausdruck* zeigen sich Emotionen häufig in der Veränderung des Gesichtsausdrucks oder der Körperhaltung, in Form freiwilliger oder unfreiwilliger motorischer Bewegungen sowie in psychophysiologischen Reaktionen (Mauss & Robinson, 2009).

3.1.3 Grundemotionen und komplexe Emotionen

In der Emotionsforschung konnten so genannte *Grundemotionen* (engl. *basic, primary, fundamental emotions or core affects*) gefunden werden, welche evolutionär entstanden und kulturübergreifend in allen Menschen verankert sind (Lammers, 2011; Greenberg, 2001; Russell, 2003). Gemäss Ekman (1992) gehören Trauer, Zorn, Überraschung, Angst, Ekel, Verachtung und Freude zu den sieben Basisemotionen. *Primäre Emotionen* sind einfach strukturiert und werden als Antwort auf den auslösenden Charakter einer Situation verstanden. Weitere Autoren zählen auch Scham, Schuld, Verlegenheit und Scheu dazu (Ortony & Turner, 1990). Lammers (2011) bezeichnet hingegen z.B. Neid, Hoffnung, Unsicherheit, Scham, Schuld, Stolz, Einsamkeit und Eifersucht als *komplexe oder sekundäre Emotionen*, da diese sich aufgrund von komplexen und

differenzierten kognitiven Prozessen entwickelten und sich durch neue Qualitäten auszeichnen. Sie können eine Reaktion auf andere Emotionen darstellen und dazu dienen, die primär ausgelöste Emotion zu bewältigen, oder eine konditionierte Reaktion auf primäre Emotionen sein, welche in diesem Fall als auslösende Reize (Trigger) für sekundäre Emotionen wirken (Zarbock & Zens, 2011).

3.1.4 Funktion von Emotionen

Emotionale Prozesse steuern und prägen alle menschlichen Handlungen, Gedanken, Ziele, Wünsche, Erinnerungen und zwischenmenschliche Interaktionen (Phelps, 2006; Tooby & Cosmides, 2008; Keltner & Kring, 1998). Um die Bedeutung von Emotionen verstehen zu können, gilt es, den menschlichen Grundbedürfnissen, welche ein fester Bestandteil unseres Lebens und Überlebens sind, Beachtung zu schenken. Insbesondere im frühesten Lebensalter haben Emotionen eine überlebenswichtige Funktion. Säuglinge können nur über Emotionen ihre Bedürfnisse äussern und so die Umwelt beeinflussen, dass ihre Bedürfnisse befriedigt werden (Lammers, 2011). Zusätzlich zu den körperlichen Grundbedürfnissen wie Nahrung, Fortpflanzung und körperliche Unversehrtheit sind auch die folgenden sozialen Grundbedürfnisse existenziell (Epstein, 1993; Grawe, 2008):

- Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle
- Bedürfnis nach Lustgewinn bzw. Unlustvermeidung
- Bedürfnis nach Bindung (Grundlage für ein späteres Autonomiebedürfnis)
- Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung

Im Hinblick auf die Erfüllung dieser Grundbedürfnisse haben Emotionen wichtige Funktionen. Einerseits haben sie eine Signalwirkung, indem sie auf die motivationale Relevanz eines inneren oder äusseren Stimulus hinweisen oder einen Anhaltspunkt dafür geben, ob ein Bedürfnis eher befriedigt oder eher frustriert wird (Lammers, 2011; LeDoux & Phelps, 2008). Andererseits initiieren Emotionen wichtige adaptive Reaktionen (physiologische, kognitive und behaviorale), um das emotionale Erleben zu verändern (Greenberg & Safran, 1989; Scherer, 1994).

Emotionen haben auch einen wesentlichen Einfluss auf die zwischenmenschliche Interaktion. Der Ausdruck von Emotionen hat die Funktion eines Kommunikationsmediums, um dem Gegenüber Hinweise auf die Befindlichkeit, Motivation und Handlungstendenz zu vermitteln und somit interaktionelle Verhaltensweisen zu regulieren (Smith, 1989; Lammers, 2011).

In der Emotionsforschung werden häufig Methoden der „Dritt-Person-Perspektive“ angewendet, um Zugang zu emotionalen Prozessen zu erhalten, wie z.B. durch Interpretation des Gesichtsausdrucks, biophysiological Messungen oder Verhaltensbeobachtung. Heavey et al.

(2012) plädieren dafür, dass eine Annäherung an das Phänomen der Gefühle nur über die Perspektive der betroffenen Person, d.h. über ihr individuelles Empfinden und die subjektive mentale Erfahrung einer Emotion, geschehen kann.

3.1.5 Emotionserleben

Über das Erleben einer Emotion liegen aus empirischen Untersuchungen verschiedene Modelle vor. Wie eine Emotion subjektiv erlebt wird, geht gemäss Dael, Mortillaro und Scherer (2011) auf den zentralen Prozess der kognitiven Bewertung zurück.

Lazarus (1991) unterscheidet zwischen „primary appraisal“ und „secondary appraisal“. Das Gefühl wird primär nach Zielrelevanz, Zielstimmigkeit und der Art der Ich-Beteiligung sowie sekundär nach Verantwortlichkeit, Bewältigungspotential und Zukunftserwartung bewertet und dadurch unterschiedlich empfunden - als positives oder negatives Gefühl bzw. als Gefühl der Hoffnung oder Mitgefühl.

Russel (2003) beschreibt, dass jede mögliche affektive Erfahrung auf zwei unabhängigen und bipolaren Achsen verankert ist: die Achse der *Bewertung* (positiv oder negativ) und die Achse der emotionalen *Erregung* (hoch oder tief) (Abbildung 1).

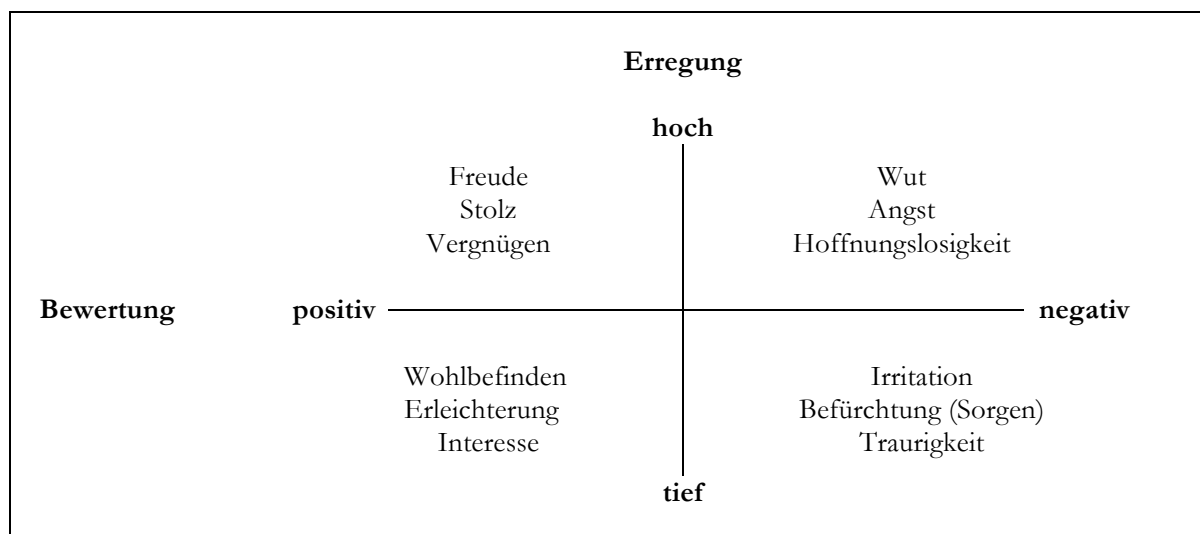


Abbildung 1: Auswahl von Emotionen und Zuordnung auf der Achse der Bewertung bzw. der Erregung nach Russel (2003)

Für Lammers (2011) bezieht sich die Bewertung einer Emotion nicht auf die Sinnhaftigkeit der Emotion sondern auf deren angenehmen oder unangenehmen Charakter. Unerfreuliche Emotionen hängen stark mit dem Erleben von Stress zusammen (Znoj, Herpertz & Mundt, 2008). Die emotionale Erregung ist z.B. bei Angst mit einer erhöhten Aktivität des sympathischen Nervensystems verbunden (Grawe, 2004). Diese Vorgänge unterstreichen auch die Aussage von Rudolf (2009, S. 28), dass „das emotionale Erleben in seiner Unmittelbarkeit immer auch körperlich“ sei. So zeigen sich physiologische Aspekte von Emotionen neben der oben

erwähnten Aktivierung der neuronalen Zentren auch in vegetativen Körperreaktionen (Herzklopfen, Blutdrucksteigerung, Hautrötung usw.) oder in typischen Veränderungen in Körperhaltung, Bewegungen oder Mimik. Doch Emotionen wirken nicht nur physisch sondern auch kognitiv wie schon Lersch (1964, S. 225) beschrieb: „(...) der Horizont der gegliederten Wahrnehmung, der Vorstellungen und Gedanken (...) eingeengt und in seiner Klarheit verdunkelt wird.“ Damit eine Person unter dem Einfluss von Gefühlen nicht „den Kopf verliert“, ihre Handlungen nicht mehr vorausschauend und vernünftig steuern kann oder gar ein sozial schädigendes Verhalten zeigt, sind deshalb für Rudolf (2009) Emotionskontrolle und Emotionsregulierung bedeutend.

Je stärker die Intensität der Emotion desto mehr werden Kognitionen oder Handlungen von ihr beeinflusst und desto eingeschränkter ist der Grad der Reflexionsfähigkeit, der kognitiven Emotionsregulation und der Generierung von alternativen Handlungs- und Verhaltensmöglichkeiten (Scherer, 1994).

Der Umgang mit intensiven Emotionen erfordert spezifische Kompetenzen. Das Konzept der „emotionalen Intelligenz“ (Mayer, Salovey & Caruso, 2004; Goleman, 1995) erweiterte traditionelle Intelligenzkonstrukte deshalb durch folgende Aspekte (Lammers, 2011):

- die Fähigkeit zur Wahrnehmung, Einschätzung und zum Ausdruck von Emotionen
- der angemessene und hilfreiche Umgang mit Emotionen
- die Regulation von Emotionen

3.2 Emotionsregulation

Das Forschungsgebiet der Emotionsregulation beschäftigt sich damit, wie Menschen mit Emotionen umgehen, wie eine Emotion in Bezug auf die Qualität, den Zeitpunkt des Auftretens und die Dauer erlebt wird und wie wir diese Gefühlszustände ausdrücken (Gross, 2008).

3.2.1 Definition von Emotionsregulation

Wie beim Begriff der Emotionen gibt es auch in Bezug auf Emotionsregulation keine einheitlichen Konzepte (Benecke, Vogt, Bock, Koschier & Peham, 2008; Gross, 2008; Koole, 2009). Emotionsregulation kann als eine Reihe von Prozessen definiert werden, mit welchen Individuen versuchen, spontan auftretende Emotionen zu beeinflussen (Gross, 2008; Lammers, 2011; Koole, 2009). Darunter werden teils unbewusste, teils bewusste und intentionale Abläufe verstanden, welche das Erleben und den Ausdruck von Emotionen verändern (Znoj, Herpertz & Mundt, 2008; Gross, 2002).

Während Znoj (2008) mit Emotionsregulation die Regulation bedrohlicher emotionaler Zustände beschreibt, umfasst Emotionsregulation für andere Autoren mehr als nur das Vermin-

dern von negativen Emotionen. Mit Emotionsregulation ist das Steigern, Aufrechterhalten und Vermindern von negativen und positiven Gefühlen verbunden und kommt bei jeder Art emotionaler Erregung vor, wie auch bei Stimmungen oder Stress (Gross, 2002; Koole, 2009). Emotionsregulation scheint emotionale Zustände auf den Achsen der Bewertung und der Erregung (vgl. Kap. 3.5.1) zu ändern (Koole, 2009).

Doch nicht immer bringt Emotionsregulation den angestrebten Erfolg. Emotionsregulation kann in die falsche Richtung führen oder komplett misslingen. Wenn Personen längerfristig unfähig sind, ihre Emotionen zu regulieren, kann dies zu ernsthaften psychischen Beeinträchtigungen führen. Es wird davon ausgegangen, dass die meisten psychopathologischen Störungen auf chronische Defizite in der Emotionsregulationsfähigkeit zurückzuführen sind (Gruber, Harvey & Gross, 2012; Znoj, Nick & Grawe, 2004; Rottenberg & Gross, 2003).

3.2.2 Stand der Forschung

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Geschichte und den Stand der Emotionsregulationsforschung, wobei anschliessend separat auf Forschungsergebnisse zu Emotionsregulationsstrategien und den Zusammenhang zu Persönlichkeitsmerkmalen eingegangen wird.

Emotionsregulation ist ein neuerer Forschungszweig innerhalb der Emotionsforschung (Koole, 2009). Doch schon frühere Untersuchungen befassten sich mit dem Umgang mit Emotionen und können als Vorläufer für die heutige Emotionsregulationsforschung angesehen werden (Gross, 2008).

Der Begriff „Abwehr“ wurde von Sigmund Freud (1894) im Zusammenhang mit seiner Triebtheorie eingeführt und weiterentwickelt. Später differenzierte seine Tochter Anna den Begriff weiter aus. Mit Abwehr umschrieb sie ein „sich Sträuben gegen peinliche oder unerträgliche Triebregungen, Affekte und Vorstellungen“, welches sich durch vorwiegend unbewusst ablaufende Abwehrmechanismen wie z.B. Verdrängung, Regression, Konversion, Sublimierung, Rationalisierung usw. zeigen kann (Freud A. , 1973).

Die heutige Emotionsregulationsforschung ist multidisziplinär. Sie umfasst Entwicklungs-, Sozial- und Persönlichkeitspsychologie, kognitive und klinische Psychologie wie auch kognitive und affektive Neurowissenschaften und Psychophysiologie (Koole, 2009).

Theorien zur Emotionsregulation gehen von verschiedenen Grundannahmen aus. Neben wichtigen Befunden aus der Stress- und Copingforschung (Lazarus, 1993), der Bindungsforschung (Bowlby, 1969) sowie aus den Forschungen zur Selbstregulation (Mischel, Shoda & Rodriguez, 1989) sind neurobiologische Erkenntnisse zu emotionalen Prozessen für das Gebiet der Emotionsregulation bedeutend. Für weiterführende Informationen zur Neurobiologie von Emotionen und Emotionsregulation wird u.a. auf folgende Autoren verwiesen: Berridge

(2003), Derntl und Habel (2008), Grawe (2004), Gross (2007), LeDoux (2001) und Ochsner und Gross (2005).

Neben der Annahme, dass neurobiologische Prozesse grundlegend für die Emotionsregulation sind, gibt es andere Autoren, die entweder von der Verhaltensebene als Basis für die Emotionsregulation ausgehen (Gross & Levenson, 1997; Lazarus, 1991) oder kognitive Prozesse als zentral für die Emotionsregulation erachten (Horowitz, Znoj & Stinson, 1996).

Das Verständnis über regulative Emotionsprozesse hat sich gewandelt von der Auffassung der Kontrolle des Emotionserlebens und –ausdrucks (Lazarus, 1993), über das Wahrnehmen und Modulieren des Erlebens und der Kontrolle des impulsiven Ausdrucks (Gratz & Roemer, 2004) bis hin zur Fähigkeit, flexibel verschiedene Strategien anzuwenden (Gross, 2008).

Ein weiterer Diskussionspunkt in der Emotionsregulationsforschung ist die Frage, ob der Kontext mit berücksichtigt werden muss. Während frühere Modelle eher von einer Unabhängigkeit des Kontextes ausgingen (Catanzaro & Mearns, 1990), tendieren neuere Untersuchungen zur Annahme, dass Emotionsregulation vor dem Hintergrund des jeweiligen Kontextes betrachtet werden muss (Gross, 1998; 1999).

Entwicklungspsychologische Ansätze führten zu einer weiteren Differenzierung der Emotionsregulation. Unterschieden werden die *intrapersonelle* und *interpersonelle* Emotionsregulation (Lammers, 2011; Papoušek & Papoušek, 1999). Säuglinge und Kleinkinder haben kaum Fähigkeiten, die Intensität und Qualität ihrer Emotionen zu regulieren. Erst im Laufe ihrer Entwicklung lernen Menschen ihre Emotionen wahrzunehmen und gedanklich oder durch gewisse Verhaltensweisen deren Intensität, Dauer und Qualität zu beeinflussen. Vorerst haben die nahen Bezugspersonen eine wichtige Funktion, indem sie auf die Bedürfnisse des Säuglings reagieren und ihm helfen, seine Emotionen zu regulieren (Southam-Gerow & Kendall, 2002). Durch die Interaktion mit den Eltern lernt das Kind zunehmend Strategien zur eigenen Regulation seiner Emotionen. Diese Erfahrungen zeigen sich später als *intrapersonelle* Emotionsregulation (Lazarus, 1993), der Fähigkeit, die eigenen Gefühlszustände zu regulieren, oder als *interpersonelle* Emotionsregulation, wobei die Emotionen der Interaktionspartner reguliert werden können (Gross, 2002; 1998).

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Emotionsregulation einen erheblichen Einfluss auf die psychische und körperliche Gesundheit, die Zufriedenheit in Beziehungen sowie die berufliche Leistungsfähigkeit hat (Gross & Munoz, 1995; Sapolsky, 2007; Murray, 2005; Koole, 2009).

Neuere Forschungszweige befassen sich mit kognitiven Strategien wie z.B. Überzeugungen oder Achtsamkeitstraining, welche die Emotionsregulation beeinflussen können. Ein weiterer

Forschungsschwerpunkt liegt auf der automatisch ablaufenden Emotionsregulation und der Bedeutung der Emotionsregulation für die klinische Praxis im Zusammenhang mit psychopathologischen Diagnosen und deren Therapie (Gross, 2008; Herwig, Kaffenberger, Jäncke & Brühl, 2010; Znoj, Herpertz & Mundt, 2008). So konnten neuere Studien zeigen, dass Emotionsregulationsfähigkeiten empfänglich sind für soziale Lernerfahrungen (Butler, Lee & Gross, 2007), durch Übung verbessert werden und sich bis ins hohe Alter entwickeln können (Carstensen, Fung & Charles, 2003).

Gemäss Znoj (2008) scheint das Alter einen Einfluss auf die Form der Emotionsregulation zu haben. Dieser Aspekt wurde noch zu wenig empirisch untersucht, jedoch finden sich in der Literatur Hinweise darauf, dass ältere Personen ausgeglichener sind und ihre Emotionen kognitiv besser regulieren können.

3.2.3 Emotionsregulationsstrategien

Emotionsregulationsstrategien beziehen sich auf konkrete Mechanismen, um mit bedrohlichen, unpassenden oder unangenehmen Emotionen oder Gefühlszuständen umgehen zu können. Die Bezeichnung „Strategie“ impliziert eine bewusste Entscheidung. In Bezug auf die Emotionsregulation wird der Begriff Strategie jedoch angewendet, um bewusste, automatische oder unbewusste Abläufe zu beschreiben (Koole, 2009).

Einige Autoren gehen von *adaptiven* und *maladaptiven Emotionsregulationsstrategien* aus, welche aufgrund des beobachtbaren Verhaltens als konstruktiv bzw. destruktiv beurteilt werden können (Gratz & Roemer, 2004; Horowitz et al., 1996; Znoj, 2008), während andere Autoren nur beschreiben, ob eingesetzte Strategien eine Veränderung der Emotion bewirken konnten oder nicht (Gross, 2008; 2007; Gross & Levenson, 1997).

Da sowohl die Form der Emotionsregulation vor dem Hintergrund des subjektiven Erlebens und der individuellen Lerngeschichte betrachtet als auch der Kontext der sozialen und emotionalen Situation berücksichtigt werden müssen, können nicht alle Strategien grundsätzlich als positiv oder negativ gewertet werden. So kann es z.B. hilfreich sein, Traurigkeit bei Kritik im Arbeitsalltag zu unterdrücken, während das Unterdrücken von Trauer bei Verlust eines geliebten Menschen als dysfunktional erachtet wird (Gross, 2002; Lammers, 2011).

Das *Prozessmodell der Emotionsregulation* nach Gross (2008; 2002) ist als einflussreicher Ansatz innerhalb der Emotionsregulationsforschung anerkannt. Gross beschreibt fünf Emotionsregulationsstrategien in Bezug auf den Zeitpunkt innerhalb eines fixen Zyklus'. Er unterscheidet zwischen vier vorbereitungsorientierten Strategien, welche *vor* dem Aufkommen einer Emoti-

on eingesetzt werden und einer antwortorientierten Regulationsstrategie *nach* dem Aufkommen emotionaler Reaktionen (Abbildung 2).

Der emotionsauslösende Stimulus kann durch vorbereitungsorientierte Strategien wie *Kontrolle* oder *Umgestaltung* des *Reizes* oder der *Situation* beeinflusst werden. Die *Aufmerksamkeitslenkung* ermöglicht die Berücksichtigung neuer Aspekte. Dadurch kann das emotionale Erleben verändert oder die Bedeutung bzw. die Einstellung gegenüber einer bevorstehenden emotionalen Situation durch *kognitive Veränderung* modifiziert werden.

Nachdem ein Gefühl aufkommt, kann durch *Reaktionsmodulierung*, d.h. die direkte Beeinflussung der Verhaltens-, Erlebens- oder der physiologischen Ebene, die Emotion reguliert werden.

Zwei Emotionsregulationsstrategien werden diesem Modell zugeordnet: *Reappraisal* (*Neubewertung*) und *Suppression* (*Unterdrückung*).

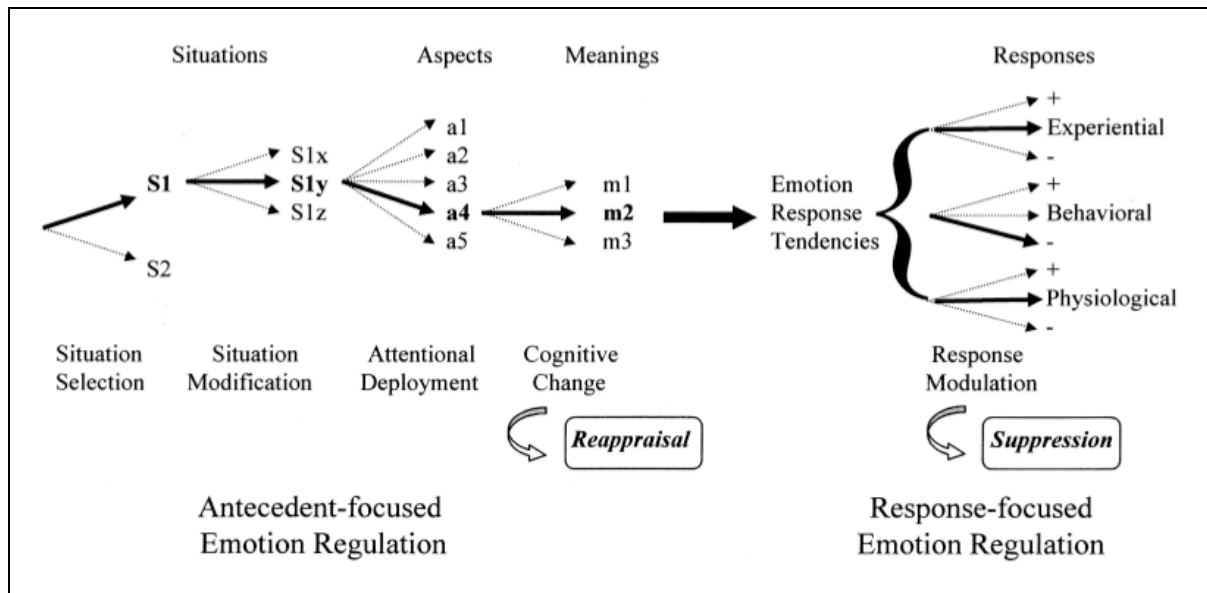


Abbildung 2: Prozessmodell der Emotionsregulation nach Gross (2002)

Gemäss Koole (2009) bietet dieses zeitgebundene Modell nach Gross (2002) keine Basis für die systematische Forschung von Emotionsregulationsstrategien, da aufgrund neuer Erkenntnisse Emotionsregulation als ein sehr flexibler und variabler Prozess angesehen wird. Zudem berücksichtigt dieser Ansatz zuwenig, dass emotionale Prozesse auch ohne deren bewusste Wahrnehmung oder kognitive Aktivierung erfolgen können (Barrett, Niedenthal & Winkielman, 2005; LeDoux & Phelps, 2008; Zajonc, 2000).

Horowitz und Znoj verbinden in ihrer *Theorie der emotionalen Kontrollprozesse* (1999) psychoanalytische Ansätze, wie das Konzept der Abwehrmechanismen, mit dem kognitiv begründeten Konzept der Informationsverarbeitung zur Kontrolle von Emotionen. Sie gehen davon aus, dass schwer zu verarbeitende Themen Auslöser für die Kontrolle von unbewussten bzw. bewusst erlebten oder antizipiert intensiven Emotionen, sind, welche nicht mit den kognitiven Schemata des Individuums vereinbar sind und deshalb eine Dissonanz in Form einer negativen Emotion entsteht. Emotionale Kontrollprozesse werden eingesetzt:

- um Themen und Inhalte von Informationen oder Gedanken zu modulieren
- um deren Form zu kontrollieren und
- um das Selbstbild oder die Sichtweise auf Interaktionspartner zu beeinflussen.

Diese Regulationsmechanismen können bewusst oder unbewusst sowie gezielt oder automatisch ablaufen und adaptive oder maladaptive Auswirkungen haben bis hin zum Scheitern der Regulation (Horowitz & Znoj, 1999).

Konsensfähige empirische Ergebnisse zur Klassifizierung von Emotionsregulationsstrategien liegen nicht vor. Im Hinblick auf die drei Emotionsentstehungssysteme *Aufmerksamkeit*, *Wahrnehmung* und *Körper* hat Koole (2009) geltende empirische Befunde zusammengefasst und den Funktionen der Emotionsregulation zugeordnet, d.h. die Orientierung auf die Befriedigung von Bedürfnissen (Annäherungs-/Vermeidungsziele), das Erreichen von Zielen und der Aufrechterhaltung der persönlichen Funktionstüchtigkeit (Tabelle 2).

Tabelle 2: Klassifizierung von Emotionsregulation nach Koole (2009)

	Aufmerksamkeit	Wahrnehmung	Körperebene
Bedürfnis-orientierte Emotionsregulationsstrategien	Lenkung der Aufmerksamkeit weg von negativen Informationen oder hin zu positiven Informationen	Neigung zur Neuinterpretation von situativen oder kontextuellen Aspekten	körperliche Aktivitäten, wie Essen, Rauchen, Sport oder Suchen körperlicher Nähe
Zielorientierte Emotionsregulationsstrategien	Ablenkung durch kognitive Betätigung	Kognitive Umbewertung	Unterdrückung einer emotionalen Reaktion, übertriebene Reaktionen oder impulsives Ausagieren
Personorientierte Emotionsregulationsstrategien	Aufmerksamkeitslenkung auf Informationen, welche dem Gegenteil des subjektiven aktuellen emotionalen Zustand entsprechen	Kognitive Tätigkeiten, z.B. expressives Schreiben oder sich befassen mit biographischen Erinnerungen	Methoden wie kontrolliertes Atmen oder Progressive Muskelrelaxation (Jacobson, 1938)

Bedürfnisorientierte Strategien auf Körperebene sind assoziiert mit rascher emotionaler Erleichterung gehen jedoch häufig auf Kosten des langfristigen Wohlbefindens (Tice, Bratslavsky & Baumeister, 2001). *Zielorientierte, kognitive* Strategien werden als ziemlich effektiv erachtet; dagegen sind zielorientierte Strategien auf *Körperebene* weniger wirksam (Koole, 2009). *Personorientierte Emotionsregulationsstrategien* gelten als hilfreich für das längerfristige Wohlbefinden (Koole, 2009).

Die Hypothese, dass kognitive Strategien effektiver sein sollen als körperbezogene Emotionsregulationsstrategien (Gross, 2001), konnte demnach nur in Bezug auf die zielorientierten Strategien bestätigt werden (Geraerts, Merckelbach, Jelicic & Smeets, 2006).

In eine ähnliche Richtung geht die Auffassung, dass eine gelungene Emotionsregulation nicht nur die Fähigkeit beinhaltet, den emotionalen Ausdruck und das Emotionserleben zu kontrollieren, sondern auch die eigenen Gefühle wahrzunehmen und auf sie zu vertrauen sowie eine Ausgewogenheit zwischen Rationalität und Emotionalität zu erlangen (Gratz & Roemer, 2004; Horowitz, Znoj & Stinson, 1996).

3.2.4 Messinstrumente zur Erfassung von Emotionsregulation

In deutscher Sprache liegen nur wenige validierte Messinstrumente zur Erfassung der Emotionsregulation vor.

Der *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ) nach Gross und John (2003) in deutscher Übersetzung von Abler und Kessler (2009) geht vom *Prozessmodell der Emotionsregulation* nach Gross (2002) aus (Kap. 3.2.3). Er erfasst die beiden Emotionsregulationsstrategien *Neubewertung* (reappraisal) und *Unterdrückung* (suppression). So zeigten Untersuchungen von Gross und John (2003) und Gross (2002), dass durch *Unterdrückung* der emotionale Ausdruck zwar weniger sichtbar wird, das Erleben der negativen Gefühle aber unverändert intensiv bleibt. Dabei vermindert sich jedoch die Empfindung positiver Emotionen, was mit eher schlechterem interpersonellen Funktionieren einhergeht. Durch *Neubewertung* werden negative Gefühle weniger zum Ausdruck gebracht und gleichzeitig auch weniger intensiv erlebt. Dagegen werden positive Gefühle ausgedrückt und positiver erlebt. Die Strategien der *Neubewertung* zeigen einen stärkeren Zusammenhang mit Funktionalität und Wohlbefinden als *Unterdrückung*. Benecke et al. (2008) kritisieren, dass mit diesem Instrument die Möglichkeiten der Emotionsregulation nur eingeschränkt erfasst werden können.

Der *Fragebogen zur Emotionsregulation* (EMOREG) von Znoj (2000/2008) lehnt sich an die Theorie der *emotionalen Kontrollprozesse* (Horowitz & Znoj, 1999) (Kap. 3.2.3) sowie der *kognitiven Informationsverarbeitung* als Emotionsregulationsstrategie an. Mit diesem Verfahren werden vier Skalen der Gefühlsregulation erfasst: *Autokontrolle* (gelungene Affekt- bzw. Impulskontrolle) und *Ausdruck* (adaptiv) sowie *Vermeiden* und kognitives *Verzerren* (maladaptiv).

Um eine breitere Palette von Emotionsregulationsstrategien erfassen zu können, welche nicht nur kognitive Prozesse sondern auch die Körperebene und die Möglichkeit des Scheiterns beinhaltet, entwickelten Benecke et al. (2008) den *Fragebogen zur Erfassung von Emotionserleben und Emotionsregulation* (EER). Der zweite Teil des Fragebogens, der Emotionsregulation erfasst, beinhaltet Items, die unter Berücksichtigung von schon bestehenden Verfahren sowie unter Einbezug von Reaktionen im Zusammenhang mit der Körperwahrnehmung formuliert wurden. In der heutigen validierten Form ergibt der EER (Teil 2) fünfzehn Skalen bzw. vier übergeordnete Emotionsregulationsdimensionen: *Dissoziation*, *Externalisierung*, *Ablenkung* (maladaptiv) sowie *Reflexion* (adaptiv). Die Subskalen *Dissoziation*, *Überforderung*, *Rückzug*, *Verwirrung*, *sich verlieren* und *Blackout* sowie auch *Musterreflexion* (Muster in eigenen Reaktionen suchen, ev. auch Grübeln) zeigten höhere Werte bei einer klinischen Gruppe im Vergleich zu einer nicht-klinischen Gruppe und assoziieren demnach die Nähe zu psychischen Beeinträchtigungen. Die Skala *Körperwahrnehmung (Ausdruck)*, welche faktorenanalytisch der adaptiven Dimension *Reflexion* zugeordnet werden konnte, zeigte jedoch eine enge Verknüpfung mit psychischer Symptomatik. Deshalb wird diese Skala in dieser Arbeit eher als maladaptive Emotionsregulation erachtet (vgl. Tabelle 3).

Bei den hier vorgestellten Messinstrumenten zeigen sich Unterschiede, aber auch Überlappungen in Bezug auf die gemessenen Skalen. Während der ERQ nur Hinweise zu den beiden Emotionsregulationsstrategien *Unterdrückung* und *Neubewertung* bietet, differenzieren der EMOREG und der EER zwischen *adaptiven* und *maladaptiven* Regulationsstrategien.

Maladaptive Emotionsregulation ist gekennzeichnet durch zuviel Vermeidung, Rückzug, kognitive Wahrnehmungsverzerrungen (Verwirrung), mangelnde Impulskontrolle, mangelnde kognitive Abschirmung gegenüber intrusiven Gedanken oder Bildern (Dissoziation, sich verlieren, Blackout), Ruhelosigkeit sowie mangelnde formale Umsetzung in situationsangepasstes Verhalten. Dagegen wird die Aufrechterhaltung eines optimalen Gleichgewichts im emotionalen Erleben, indem trotz hoher emotionaler Belastung die kognitive Funktionsfähigkeit, das Selbstwertgefühl und die zwischenmenschlichen Beziehungen nicht beeinträchtigt werden, als *adaptive Emotionsregulation* bezeichnet (Horowitz et al., 1996; Znoj, 2000; Benecke et al., 2008).

In Tabelle 3 werden die hier beschriebenen Instrumente einander gegenübergestellt und die Skalen in Anlehnung an Horowitz et al. (1996) unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes *maladaptiven* bzw. *adaptiven Emotionsregulationsstrategien* zugeordnet.

Tabelle 3: Instrumente zur Erfassung von Emotionsregulation

	Emotion Regulation Questionnaire ERQ (Gross & John, 2003; Abler & Kessler, 2009) 2 Skalen	Fragebogen zur Emotionsregulation EMOREG (Znoj, 2008) 4 Skalen	Fragebogen zur Erfassung von Emotionserleben und Emotionsregulation EER (Benecke et al., 2008) 4 Dimensionen / 15 Skalen
Mal-adaptive Emotionsregulation	<p>UNTERDRÜCKUNG (expressive suppression)</p> <ul style="list-style-type: none"> • führt zu weniger nach aussen sichtbaren Reaktionen, negative Emotionen werden aber genauso intensiv erlebt 	<p>VERMEIDEN</p> <ul style="list-style-type: none"> • sich ablenken, sich dauernd beschäftigen, Abbrechen sozialer Beziehungen <p>VERZERREN</p> <ul style="list-style-type: none"> • „misslungene Kontrolle“ – Versuch, das eigene Befinden mittels drastischer Mittel zu regulieren, wie sich selber oder andere beobachten, andere missverstehen oder sich missverstanden fühlen, unklare Abfolge von Gedanken 	<p>ABLENKUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ablenkung</i>: sich mit anderen Aktivitäten beschäftigen, um vom Gefühl abzulenken umlenken <p>EXTERNALISIERUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Externalisierung</i>: Ursache für das eigene Fühlen einer anderen Person zuschreiben • <i>Spontaneität</i>: spontane Reaktion ohne langes Nachdenken <p>DISSOZIATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Verwirrung</i>: Schwierigkeiten, Gedanken zu ordnen und Situationen einzuschätzen • <i>Belastung, Überforderung</i>: Erleben von psychischer und körperlicher Belastung und Überforderung • <i>Rückzug/Lähmung</i>: Gefühl der Blockierung; sich abschotten/zurückziehen • <i>Dissoziation</i>: Kontrollverlust über Gedanken, nichts mehr denken können, nicht mehr man selbst sein • <i>Musterreflexion</i>: wiederkehrende Reaktionen in bestimmten Situationen entdecken • <i>Blackout</i>: Körper nicht mehr wahrnehmen; sich später nicht mehr erinnern können, was sich ereignet hat • <i>Sich Verlieren</i>: sich in dem Gefühl verlieren, alles andere als unwichtig empfinden <p><i>Körperwahrnehmung (Ausdruck)*</i>: Emotionen körperlich zum Ausdruck bringen</p>
Adaptive Emotionsregulation	<p>NEUBEWERTUNG (cognitive reappraisal)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Probanden zeigen und spüren weniger negative Emotionen 	<p>AUTOKONTROLLE</p> <ul style="list-style-type: none"> • gelungene Affektkontrolle (Impulskontrolle) <p>AUDRUCK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regulierung der Befindlichkeit über verbales Mitteilen 	<p>REFLEXION</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Körperwahrnehmung (Nutzen)</i>: wahrgenommene Körpersignale nutzen, um eigene Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse zu verstehen • <i>Reflexion</i>: Nachdenken über Ursachen von Emotionen und eigene Reaktionen darauf • <i>Soziale Unterstützung</i>: Suchen nach Nähe und Unterstützung einer anderen Person • <i>Empathie, Perspektivenübernahme</i>: zu verstehen versuchen, wie andere Personen denken und fühlen

* Benecke et al. (2008) zählen die Skala *Körperwahrnehmung (Ausdruck)* aufgrund einer Faktorenanalyse zur adaptiven Emotionsregulations-Dimension REFLEXION, obwohl eine enge Verknüpfung dieser Skala mit psychischer Symptomatik festgestellt wurde. Im Kontext der Psychotherapie wird *Körperwahrnehmung (Ausdruck)* als dysfunktional erachtet und hier der *maladaptiven Emotionsregulation* zugeordnet.

3.2.5 Persönlichkeit und Emotionsregulation

Die Frage, ob Persönlichkeitsmerkmale (traits) und Emotionsregulation in einem Zusammenhang stehen, wurde in verschiedenen Studien untersucht:

Von den von Costa und McCrae als *Big Five* definierten fünf sehr stabilen Persönlichkeitsfaktoren *Neurotizismus*, *Extraversion*, *Offenheit* [für Erfahrungen], *Verträglichkeit* und *Gewissenhaftigkeit* (Borkenau & Ostendorf, 1993) konnten Korrelationen zur Ausprägung des emotionalen Erlebens gefunden werden. Es überrascht kaum, dass *Neurotizismus* (emotionale Labilität, Ängstlichkeit, Nervosität, Traurigkeit, Anspannung) mit negativem Emotionserleben zusammenhängt, während *Extraversion* (Geselligkeit, Optimismus, Aktivität) in Beziehung zu positivem Emotionserleben steht. Dieser Zusammenhang zeigte sich als sehr stabil über die Zeit ungeachtet des Kontexts oder der Art des Stimulus (Lucas & Baird, 2004).

Persönlichkeitsmerkmale stehen jedoch nicht nur in Zusammenhang mit dem Emotionserleben sondern auch mit der Emotionsregulation (Kokkonen & Pulkkinen, 2001). Personen mit höheren *Neurotizismus*-Werten zeigen weniger Möglichkeiten für eine Neubewertung (reappraisal) als extravertierte Personen und tendieren eher zur maladaptiven Emotionsregulation (Ng & Diener, 2009; Wood, Heimpel & Michela, 2003). Gemäss Kokkonen und Pulkkinen (2001) hat sich *Extraversion* als Prädiktor für die adaptive Emotionsregulation erwiesen.

Diese Ergebnisse decken sich weitgehend mit denjenigen von John und Gross (2007), welche die Big Five unter Berücksichtigung des *Prozessmodells* (vgl. Kap. 3.2.3) untersuchten. *Extravertierte* Personen zeigen weniger vermeidendes Verhalten und können Emotionen besser ausdrücken oder ins Positive umbewerten als introvertierte Personen, die eher zu Vermeidung, Verharren oder Unterdrückung neigen. *Offenheit* zeigt sich auch in der Fähigkeit, eigene Gefühle bewusst wahrzunehmen und in der Zuversicht, Emotionen regulieren zu können. *Gewissenhafte* Menschen vermeiden unangenehme Situationen, da sie eher vorausplanend und -denkend sind. Sie sind meist in der Lage, negative Situationen zu modulieren oder ihre Aufmerksamkeit so zu lenken, dass unangenehme Aspekte beeinflusst werden können. Dagegen haben Personen mit hohen Werten im Faktor *Verträglichkeit* die Tendenz sich eher auf ihre Mitmenschen als auf sich selbst zu konzentrieren und dadurch negative emotionale Zustände zu erleben. Dies kann dazu führen, dass sie ihr Gleichgewicht nur durch Vermeidung oder Unterdrückung wieder herstellen zu können.

Literaturrecherchen ergaben keine Befunde zum Zusammenhang von Emotionsregulation und Persönlichkeitsmerkmalen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

4. „Early Maladaptive Schemas“ (EMS)

In diesem Kapitel wird auf die Entstehung der Schematherapie nach Jeffrey E. Young eingegangen und der aktuelle Stand der Forschung aufgezeigt. Es folgen Grundlagen des Schemamodells insbesondere das Modell der „Early Maladaptive Schemas“ (EMS) und eine kurze Erläuterung zwei weiterer zentraler Konzepte der Schematherapie, die Schemabewältigung und das Modusmodell. Es werden Befunde zu emotionalen Schemata von Psychotherapeuten aufgeführt und der Frage nachgegangen, ob sich schematherapeutische Konzepte für die Selbsterfahrung in der psychotherapeutischen Ausbildung eignen.

4.1 Schematherapie nach Jeffrey E. Young

Die Schematherapie ist ein relativ junges Therapiekonzept, welches von Jeffrey E. Young (1990) als Erweiterung der Kognitiven Verhaltenstherapie entwickelt wurde. Young stellte fest, dass kognitive Therapiemethoden nicht für alle Patienten geeignet waren, da in der therapeutischen Beziehung Emotionen aktiviert wurden, welche die therapeutische Beziehung störten und die Mitarbeit der Patienten erschwerten. Als wesentliche Erweiterung des kognitiv-behavioralen Ansatzes kann Youngs Verständnis der therapeutischen Beziehungsgestaltung und die Berücksichtigung von frühen Beziehungserfahrungen gewertet werden (Roediger, 2011). Durch das Verständnis von früh entstanden emotionalen Schemata, den „Early Maladaptive Schemas (EMS)“, nähert sich die Schematherapie an psychodynamische Verfahren an. Sie integriert neben Erkenntnissen aus der Neurobiologie und Lerntheorie auch kognitive, imaginative und achtsamkeitsbasierte Techniken sowie Konzepte aus der Bindungsforschung, aus der Humanistischen Theorie (Bedürfnisorientierung), aus der Transaktionsanalyse (innere Anteile des Kindes, der Eltern und des Erwachsenen), Gestalttherapie (Dialog mit Stühlen) und anderen emotionsfokussierten Methoden (Jacob & Arntz, 2011; Roediger, 2009, 2011). Gemäss Roediger (2009) ist Schematherapie dadurch sowie aufgrund von systematischen, strukturierten Vorgehensschritten im Therapieverlauf eine wirklich integrative Methode.

4.1.1 Stand der Forschung

Schematherapie gewinnt aufgrund vielversprechender Erfolge im klinischen Alltag zunehmend Interesse in der therapeutischen Praxis und Forschung. Aus der Grundlagenforschung liegen bis heute Ergebnisse zu den beiden psychometrischen Instrumenten *Young Schema Questionnaire* (YSQ) zur Diagnostik der Schemata und *Schema Mode Inventory* (SMI) zur Erfassung von Schemamodi (vgl. Kap. 4.24) vor, deren Validität bestätigt werden konnte (Kriston, Schäfer, Jacob et al., in press; Kriston, Schäfer, von Wolff et al., in press; Lobbestael, van Vreeswijk, Spinhoven et al., 2010).

Eine grosse Studie zur Schematherapieforschung (Giesen-Bloo et al., 2006) zeigte bei Borderline-Patienten gute Therapieeffekte und weniger Therapieabbrüche im Vergleich zur übertragungsfokussierten Therapie nach Kernberg. Weitere ermutigende Ergebnisse zur Effektivität liegen vor in Bezug auf Schematherapie im Gruppensetting (Farrell, Shaw & Webber, 2009) und bei Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen (Arntz, 2011). Gemäss Jacob und Arntz (2011) werden aktuell weitere Studien zur Schematherapie mit forensischen Patienten sowie bei Ess- oder Zwangsstörungen durchgeführt.

Befunde zu Schemata von Psychotherapeuten, auf welche im Kapitel 4.3 näher eingegangen wird, liegen aufgrund der praktischen Erfahrung als Supervisoren von Leahy (2001) und Young et al. (2008) wie auch aus den Untersuchungen von Bamber und McMahon (2008) vor, die EMS bei verschiedenen Berufsgruppen in einem Spital diagnostizierten.

4.2 Das Modell der „Early Maladaptive Schemas“ (EMS)

4.2.1 Zum Begriff „Schema“

Der Begriff „Schema“ bedeutet „Muster, Entwurf, Grundform“ (Duden, 2007) und wird in verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen verwendet.

In der Psychologie geht der Begriff „Schema“ auf Piaget (1976) zurück, der damit das Organisationsprinzip eines psychischen Prozesses umschrieb. In der kognitiven Psychologie wird ein Schema als ein abstrakter kognitiver Plan verstanden, der als Leitfaden der Deutung von Informationen und zur Problemlösung dient (Young, Klosko & Weishaar, 2008). Grawe (1998) bezeichnete Schemata als „neuronale Erregungsbereitschaft“. Wesentliche Lebensereignisse werden über das implizit-emotionale Gedächtnis gespeichert, was in Form von emotionalen Schemata einen wichtigen Einfluss auf unser Leben ausübt (LaBar & Cabeza, 2006). Diese emotionale Konditionierung ist für Lammers (2011) die Grundlage für eine individuell schematische Form der emotionalen Reaktion, im Sinne einer primären Emotion (vgl. Kap. 3.1.3). In der Psychoanalyse werden Schemata als Bestandteile innerer Strukturen, also sogenannte innere Repräsentanzen bezeichnet (Bettighofer, 2010).

Die meist früh im Leben entstehenden Schemata werden weiterentwickelt und auf spätere Ereignisse angewendet. Dies entspricht dem Phänomen der „Konsistenzsicherung“, welchem gemäss Roediger (2009) zugrunde liegt, dass vertraute und stabile Umgebungsbedingungen mit einem niedrigen Aktivitäts- bzw. Spannungszustand einhergehen und bei neuen Reizen, Stress erlebt wird. Kann dieser Stress oder die Anspannung nicht durch neues Verhalten reduziert werden, verstärkt sich die Tendenz, in vertraute Funktionszustände zurückzufallen. Da-

durch kann zwar ein Zustand der Stabilisierung erreicht werden, der jedoch einhergeht mit Erstarrung bzw. Fixierung in Bezug auf das bekannte dysfunktionale Verhalten .

Es gibt eine unbegrenzte Anzahl von Schemata - funktionale positive Schemata, welche als Ressourcen gewertet werden können, und dysfunktionale, die in der Schematherapie „Early Maladaptive Schemas (EMS)“ genannt werden (Roediger, 2011; Young, Klosko & Weishaar, 2008).

4.2.2 18 „Early Maladaptive Schemas“ (EMS)

In der Schematherapie werden EMS definiert als Lebensthemen oder Muster, die aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen bestehen und alle Lebensbereiche und Beziehungen zu anderen Menschen betreffen. Als Ursachen werden schwierige oder traumatische Erlebnisse in der Kindheit oder Jugend angenommen, wobei zentrale Bedürfnisse nicht erfüllt wurden. Dies geschieht meist in Verbindung mit einer Konstitution, welche die Entstehung und Aufrechterhaltung problematischer Muster fördert. Wenn ein Schema aktiviert wird, können intensive Emotionen wie Angst oder Traurigkeit auftreten (Jacob, 2011a; Rafaeli, Bernstein & Young, 2011; Roediger, 2011; Young, Klosko & Weishaar, 2008).

Young et al. (2008) beschreiben fünf zentrale menschliche Grundbedürfnisse, welche eine grundlegende Rolle in Bezug auf die Emotionsentstehung einnehmen (vgl. auch Grawe, 2008, Kap. 3.1.4):

- sichere Bindung zu anderen Menschen
- Autonomie, Kompetenz und Identitätsgefühl
- Freiheit, berechnete Bedürfnisse und Emotionen auszudrücken
- Spontaneität und Spiel
- sich selbst realistische Grenzen setzen und selbst die Kontrolle innehaben

Jedem dieser Grundbedürfnisse entspricht eine von Young et al. (2008) bestimmten Schemadomäne, welche bei Nicht-Erfüllen oder Frustration des jeweiligen Bedürfnisses die Gefahr der Entstehung eines spezifischen EMS beinhaltet. Aufgrund klinischer Beobachtungen und Erfahrungen wurden 18 Schemata definiert, welche jedoch nicht empirisch hergeleitet sind (vgl. Überblick in Anhang A).

Nachfolgend werden fünf Schemadomänen und die ihnen untergeordneten 18 Schemata beschrieben (Jacob, 2011a, 2011b; Roediger, 2011; Young, Klosko & Weishaar, 2008). Schemadomänen können nur als Hypothesen angenommen werden, da sie eher heuristischen Zwecken zur Organisation von Grundbedürfnissen dienen (Rafaeli et al., 2011). Zudem konnten Validitätsüberprüfungen die Evidenz für die Zuordnung der Schemata zu den Domänen nicht bestätigen (Kriston, Schäfer, Jacob et al., in press; Kriston, Schäfer, von Wolff et al., in press).

Domäne I: Abgetrenntheit und Ablehnung

Die Domäne *Abgetrenntheit und Ablehnung* entspricht der Frustration des Bindungsbedürfnisses. Es manifestiert sich die Erwartung, dass eigene Bedürfnisse nach Sicherheit, Stabilität, Zuwendung, Empathie, Akzeptanz und Respekt nicht erfüllt werden. Häufig dominierten in der Ursprungfamilie emotionale Kälte und Distanz, Ablehnung, Zurückhaltung, Isolation, Unberechenbarkeit, Tendenzen zu aggressiven Ausbrüchen bis hin zu Misshandlungen oder Missbrauch.

1. Schema: Emotionale Verlassenheit/Instabilität

Mit dem Schema *Emotionale Verlassenheit/Instabilität* ist das Gefühl verbunden, im Stich gelassen worden zu sein. Es mangelte an verlässlicher, emotionaler Unterstützung, Verbundenheit, Stärke oder Gewährung von Schutz durch die Bezugspersonen aufgrund eigener emotionaler Instabilität, Unberechenbarkeit, Unzuverlässigkeit oder nur teilweiser Anwesenheit.

2. Schema: Misstrauen/Missbrauch

Das Schema *Misstrauen/Missbrauch* geht einher mit der Erwartung, von anderen verletzt, misshandelt, missbraucht, gedemütigt, betrogen, belogen, manipuliert oder ausgenutzt zu werden. In der Wahrnehmung der Betroffenen geschah diese Schädigung absichtlich oder aufgrund von extremer und ungerechtfertigter Nachlässigkeit durch die Bezugspersonen.

3. Schema: Emotionale Entbehrung

Das Schema *Emotionale Entbehrung* wird assoziiert mit dem Gefühl, dass das grundlegende, normale Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung nicht genügend erfüllt wird, da Bezugspersonen zwar physisch anwesend, emotional jedoch abweisend sind. Young et al. (2008) unterscheiden zwischen drei Formen der emotionalen Entbehrung: Entbehrung von Zuwendung (Mangel an Aufmerksamkeit, Zuneigung, Wärme oder Zugehörigkeit), Entbehrung von Empathie (Mangel an Verständnis, Zuhören, Selbstoffenbarung oder kommunikativem Austausch über Gefühle) und Entbehrung von Schutz (Mangel an Stärke, Orientierungshilfe oder Anleitung durch andere).

4. Schema: Unzulänglichkeit/Scham

Das Gefühl der Unzulänglichkeit bzw. unerwünscht, minderwertig oder unfähig zu sein, begleitet das Schema *Unzulänglichkeit/Scham*. Daraus kann eine Überempfindlichkeit gegen Kritik, Zurückweisung oder Beschämung, Unsicherheit im Umgang mit anderen sowie eine Neigung zu Rückzug entstehen. Angesichts von Schamgefühlen aufgrund der wahrgenommenen Mängel kann sich dies im Privaten zeigen durch Egoismus, impulsive Wut oder inakzeptable sexuelle Wünsche. In der Öffentlichkeit kann dies wahrgenommen werden durch eine unansehnliche körperliche Erscheinung oder ungeschicktem zwischenmenschlichem Umgang.

5. Schema: Soziale Isolierung/Entfremdung

Das Schema *Isolierung/Entfremdung* entsteht gemäss Roediger (2011) erst später in der Kindheit oder Jugend durch Erfahrungen von Ausgrenzung und darauf folgendem sozialen Rückzug. Das Gefühl, sich ethnisch oder sozial stark vom Umfeld zu unterscheiden, kann dieses Schema fördern. Dabei empfinden die Betroffenen, dass sie isoliert und nicht Teil einer Gemeinschaft sind.

Domäne II: Beeinträchtigungen von Autonomie und Leistung

Die Domäne *Beeinträchtigungen von Autonomie und Leistung* entspricht einem Lebensgefühl von Unselbstständigkeit und Lebensuntüchtigkeit, welches einer mangelnden Sicherheit in Bezug auf Orientierung oder Situationskontrolle entspringt. Das Vertrauen in sich selbst oder in die Umgebung kann durch überprotektives Verhalten der Bezugspersonen untergraben worden sein, in dem sie zu wenig Unterstützung boten, eigene Erfahrungen zu machen. Dies beeinträchtigt die Autonomieentwicklung. Gewöhnlich sind solche Herkunftsfamilien stark „verstrickt“.

6. Schema: Abhängigkeit/Inkompetenz

Das Schema *Abhängigkeit/Inkompetenz* kann bei Personen ausgeprägt sein, die häufig hilflos erscheinen, bei Entscheidungen auf die Meinung anderer angewiesen sind, Aufgaben aufschieben und sich ohne Unterstützung anderer unfähig fühlen, ihr Leben selbst zu meistern. Häufig wurden den Betroffenen zu viele Entscheidungen abgenommen oder ihnen eine passive Rolle zugeschrieben.

7. Schema: Anfälligkeit für Schädigungen oder Krankheiten

Durch eine überfürsorgliche und ängstliche Haltung der Bezugspersonen kann das Schema *Anfälligkeit für Schädigungen oder Krankheiten* entstehen. Es dominiert die Befürchtung einer drohenden Katastrophe, welche auf körperlicher (z.B. Herzinfarkt, Krebs, Aids), psychischer (z.B. Verrückt werden) oder äusseren Ebenen (z.B. Erdbeben, Flugzeugabsturz) eintreffen könnte.

8. Schema: Verstrickung/Unentwickeltes Selbst

Das Schema *Verstrickung/Unentwickeltes Selbst* ist gekennzeichnet von einer extremen Verbundenheit mit nahen Bezugspersonen (Eltern, Partner), wodurch eigene Entscheidungen nicht ohne deren Rückversicherung gemacht werden können, oder das eigene Lebensglück von der Zufriedenheit der anderen abhängig gemacht wird. Die eigene Identität konnte nicht genügend entwickelt und das eigene Potential nicht entfaltet werden. Es kann zur Überzeugung führen, dass die verstrickten Personen nicht ohne einander existieren und aneinander ersticken können oder miteinander verschmolzen sind. Leere, Ziel- und Orientierungslosigkeit sowie als extreme Ausprägung die Infragestellung der eigenen Existenz können die Folge sein.

9. Schema: Versagen

Die Überzeugung, Gleichaltrigen bezüglich Leistungsfähigkeit unterlegen zu sein, versagt zu haben oder zukünftig zu scheitern, ist charakteristisch für das Schema *Versagen*. Es wird gefördert durch eine überkritische, leistungsbezogene Haltung der Bezugspersonen und hinterlässt bei den Betroffenen das Gefühl, dumm, ungeeignet, untalentierte, unwissend und erfolglos zu sein.

Domäne III: Beeinträchtigungen im Umgang mit Begrenzungen

Die Domäne *Beeinträchtigungen im Umgang mit Begrenzungen* steht im Zusammenhang mit mangelnder Grenzsetzung durch die Eltern, d.h. einer adäquaten Disziplinierung und Konfrontation im Hinblick auf die Übernahme von Verantwortung, einer auf einem echten Austausch basierenden Zusammenarbeit oder die Festlegung von Zielen. Dies kann zur Neigung führen, die Umgebung zu manipulieren. Es bereitet Schwierigkeiten, die Rechte anderer zu respektieren und mit ihnen zu kooperieren, Verantwortung zu übernehmen und sich realistische Ziele zu setzen und zu erreichen. Die Herkunftsfamilie ist häufig geprägt von einem antiautoritären Erziehungsstil, übertriebener Nachsicht, Mangel an Richtungsweisung sowie einem Gefühl der Überlegenheit.

10. Schema: Anspruchshaltung/Grandiosität

Das Schema *Anspruchshaltung/Grandiosität* beinhaltet das Gefühl, anderen überlegen zu sein, und für sich in Anspruch zu nehmen, dass einem besondere Rechte und Privilegien zustehen oder dass man sich nicht den allgemeingültigen gesellschaftlichen Regeln unterordnen muss. Diese Haltung fokussiert Überlegenheit, Macht und Kontrolle über andere und kann mit einem starken Konkurrenzverhalten, einer Neigung, andere zu übertrumpfen oder zu dominieren, sowie dem mangelnden Gespür für Bedürfnisse und Gefühle anderer einhergehen. Die Überzeugung, besonders zu sein, wurde begünstigt durch ein übermässig permissives Verhalten der Eltern verbunden mit Idealisierung ihrer Kinder.

11. Schema: Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin

Das Schema *Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin* umfasst generelle Schwierigkeiten der Selbstkontrolle und einer geringen Frustrationstoleranz, was sich in Bezug auf Verwirklichung eigener Ziele sowie Impulsivität oder exzessiven Gefühlsausbrüchen manifestiert. In schwächerer Form zeigt sich eine Tendenz zu Vermeidungsverhalten hinsichtlich unangenehmer Situationen, Schmerzen, Konflikte, Verantwortung sowie zu Schonverhalten und Bequemlichkeit. Diese Personen wurden in der Kindheit zu wenig gefordert.

Domäne IV: Fremdbezogenheit

Die Domäne *Fremdbezogenheit* bezieht sich auf das unerfüllte Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstverwirklichung. Aufmerksamkeit, Zuneigung und Akzeptanz erlebten Betroffene in der Kindheit nur unter bestimmten Bedingungen, z.B. durch „ausserordentliche Leistungen“. Dieses Muster besteht weiter, indem durch das Bemühen, es anderen recht zu machen und übertriebene Konzentration auf die Bedürfnisse, Gefühle und Reaktionen anderer versucht wird, ein Gefühl der Verbundenheit zu erleben und den Selbstwert zu schützen. In diesen Herkunftsfamilien waren die emotionalen Bedürfnisse und Wünsche sowie Anerkennung oder sozialer Status den Bedürfnissen und Gefühlen des Kindes übergeordnet.

12. Schema: Unterwerfung

Ein Merkmal des Schemas *Unterwerfung* ist das Zurückhalten eigener Bedürfnisse und Emotionen und die Bereitschaft, sich der Kontrolle anderer zu unterwerfen. Aufgrund systematischer Übergehung der kindlichen Bedürfnisse manifestiert sich die Wahrnehmung, dass eigene Wünsche, Meinungen und Gefühle für andere unwichtig oder bedeutungslos sind. Langfristig führt dies zum Aufbau von Ärgergefühlen, welche sich in dysfunktionalen Verhaltensweisen (z.B. passiv-aggressives Verhalten), psychosomatischen Symptomen, Substanzmissbrauch oder Gefühlsverflachungen äussern können.

13. Schema: Selbstaufopferung

Das Schema *Selbstaufopferung* ist gekennzeichnet von übermässigen Bemühungen auf Kosten der eigenen Zufriedenheit, die Bedürfnisse anderer zu erfüllen, um Aufmerksamkeit zu bekommen oder andere nicht zu enttäuschen oder verletzen. Diese Kinder wurden von ihren Bezugspersonen verstärkt zur Bewältigung eigener Probleme benutzt. Langfristig können sich Ressentiments gegenüber dem Umfeld entwickeln (Überschneidung mit dem Konzept der Co-Abhängigkeit).

14. Schema: Streben nach Zustimmung und Anerkennung

Das Schema *Streben nach Zustimmung und Anerkennung* basiert auf einer zu starken Erwartung der Bezugspersonen nach sozial erwünschtem Verhalten. Daraus entwickelte sich ein übermässiges Bedürfnis, die Aufmerksamkeit bzw. Bewunderung anderer auf sich zu ziehen oder Zustimmung zu erhalten. Auf Kosten eines soliden und echten Selbstgefühls wird die Selbstachtung vorwiegend von der Reaktion anderer abhängig gemacht. Deshalb haben der Status, die äussere Erscheinung, soziale Anerkennung, Geld oder Erfolg häufig eine übermässige Bedeutung ohne dass dadurch die eigenen Grundbedürfnisse befriedigt werden können.

Domäne V: Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit

Die Domäne *Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit* ist charakteristisch für einen Verlust von Spontaneität, Freude und Lusterleben oder für starre verinnerlichte Regeln und Erwartungen. In der Herkunftsfamilie hatten Leistung, Pflichterfüllung, Perfektionismus, Befolgen von Gesetzen und Regeln, das Verbergen von Emotionen und das Vermeiden von Fehlern einen hohen Stellenwert, oft begleitet von einer Grundstimmung von Pessimismus und Besorgnis.

15. Schema: Negativität/Pessimismus

Das Schema *Negativität/Pessimismus* entspricht einem überdauernden, grundlegenden Persönlichkeitsmerkmal, welches sich auf negative Lebensaspekte fokussiert (Schmerz, Tod, Verlust, Enttäuschung, Konflikt, Schuld, Groll, ungelöste Probleme, Fehler, Versagen usw.). Gleichzeitig werden positive Aspekte oder Gründe für Optimismus verringert oder übersehen. Ein in der Regel übermässig ängstliches und eingrenzendes Elternhaus fördert dieses grundsätzliche Gefühl von Unsicherheit. Die Betroffenen leben in permanenter Sorge und Anspannung mit einer Tendenz zur Klagsamkeit und Entscheidungsunfähigkeit.

16. Schema: Emotionale Gehemmtheit

Das Schema *Emotionale Gehemmtheit* zeigt sich in übertriebener Hemmung des Ausdrucks eigener Gefühle (Ärger und Aggression), Impulse (Freude, Zuneigung, sexuelle Erregung, Spiel), Verletzbarkeit oder in der freien Kommunikation. Diese massive Hemmung zielt darauf, die Kontrolle über die eigenen Impulse zu behalten, anderen nicht zu missfallen oder Schamgefühle zu vermeiden. Die Neigung alles rational zu erklären und die eigene Emotionalität zu ignorieren wird gefördert durch ein emotionsvermeidendes, lustfeindlich-angespanntes Elternhaus.

17. Schema: Überhöhte Standards/übertrieben kritische Haltung

Die Überzeugung, sich um hohe internalisierte Verhaltens- und Leistungsanforderungen zu bemühen, um Kritik zu vermeiden, kennzeichnet das Schema *Überhöhte Standards/übertrieben kritische Haltung*. Es zeigt sich durch Perfektionismus, starre Regeln, hochgesteckte moralische, ethische, kulturelle oder religiöse Wertansprüche und die Tendenz, effektiv und zeitsparend zu leben. Dabei ist die eigene Genussfähigkeit stark eingeschränkt. Dieses Schema wird gefördert durch übermässige Leistungsanforderungen der Bezugspersonen und deren Intoleranz, Fehlern gegenüber.

18. Schema: Strafneigung

Das Schema *Strafneigung* geht einher mit der Überzeugung, dass Menschen für ihre Fehler bestraft werden sollten. Durch die Übernahme von rigiden, bestrafungsorientierten Normen der Bezugspersonen sind diese Menschen sich selbst und anderen gegenüber unerbittlich. Verhaltensweisen, Ausnahmen oder individuelle Lösungen, welche den Erwartungen nicht entsprechen, können nicht toleriert werden. Schwäche oder Unfähigkeiten werden abgelehnt und sanktioniert.

Young et al. (2008) unterscheiden *unkonditionale* und *konditionale Schemata*. Die Schemata der Domänen I, II oder III gehören zu den *unkonditionalen*, bedingungslos gültigen Schemata. Diese gehen einher mit negativem emotionalen Erleben (Domänen I, II) oder können spontane Reaktionsbereitschaften sein, welche durch mangelnde Grenzsetzung bewirkt wurden (Domäne III) (Roediger, 2009). Diese Schemata entstehen in der frühen Kindheit und sind zentral (Young et al., 2008). *Konditionale*, bedingt gültige Schemata stellen bereits auf Schemaebene Anpassungs- bzw. Bewältigungsreaktionen dar und betreffen vor allem die Schemata der Domänen IV und V. Zum Beispiel kann das Schema *Emotionale Entbehrung* abgeschwächt werden, indem das Schema *Unterordnung* dazu beiträgt, mehr Zuwendung zu erhalten oder das Schema *Unerbittliche Ansprüche* verhindert die Auslösung des Schemas *Unzulänglichkeit/Scham*. Von den *konditionalen* Schemata wird angenommen, dass sie in späteren Lebensphasen entstehen (Young et al., 2008).

Mit dem *Young Schema Questionnaire* (Berbalk, Grutschpalk, Parfy & Zarbock, 2006; Young et al., 2008) können EMS diagnostiziert werden. Untersuchungen haben gezeigt, dass Schemata sich, wie andere Persönlichkeitseigenschaften (traits) auch, als sehr stabil erweisen (Riso et al., 2006), was dem Prinzip der Schemaerhaltung im Sinne der Konsistenzsicherung (vgl. Kap. 4.2.1) entspricht.

Grutschpalk (2008) konnte geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich EMS diagnostizieren. Männer einer nicht-klinischen Stichprobe zeigten höhere Werte im Schema *Emotionale Gebemtheit* im Vergleich zu den Frauen. Währenddem in einer klinischen Stichprobe die Frauen in den meisten EMS höhere Werte aufwiesen als die Männer, insbesondere in den EMS *Emotionale Entbehrung*, *Verlassenheit/Instabilität*, *Misstrauen/Missbrauch*, *Versagen*, *Anfälligkeit für Schädigungen oder Krankheiten*, *Überhöhte Standards/übertrieben kritische Haltung* und *Negativität/Pessimismus*.

Gemäss Young et al. (2008) ist es ein wesentliches Ziel der Schematherapie, EMS zu heilen, indem die bisherigen maladaptiven Bewältigungsstile (vgl. Kap. 4.2.3) erkannt und durch adaptive Verhaltensweisen ersetzt werden können.

Bamber und McMahon (2008) unterscheiden *rigide, extreme* und *flexible, moderate* EMS. *Rigide, extreme* EMS sind gekennzeichnet durch Schemaaufrechterhaltung, verhindern eine Schemaheilung und können zu erheblichen gesundheitlichen oder psychischen Problemen bis hin zu grossem Stress und Leistungseinbrüchen am Arbeitsplatz führen. *Flexible, moderate* EMS ermöglichen eine Anpassung und Überwindung der Schemata, was zur Schemaheilung, gesunder Funktionalität sowie zu weniger Stress im Berufs- und Privatleben führt.

4.2.3 Schemabewältigung / Schemacoping

Um mit schwer erträglichen Emotionen, umgehen zu können oder sie zu vermeiden, entwickeln die meisten Menschen schon früh im Leben maladaptive Bewältigungsstile.

Young et al. (2008) beschreiben drei wesentliche Bewältigungsstile, mit welchen alle Lebewesen bei Bedrohung reagieren: Kampf, Flucht oder Erstarrung.

In Bezug auf die Schemabewältigung zeigt sich dies in den Bewältigungsstilen:

- *Überkompensation*
- *Vermeidung*
- *Sich-Fügen*

Gemäss Jacob (2011b) kann sich der Copingstil *Überkompensation* z.B. in Aggression, Feindseligkeit, übertriebenem Selbstvertrauen, Manipulation oder Ausnützen anderer Personen, Dominanz oder übertriebener Suche nach Aufmerksamkeit zeigen. *Vermeidung* erscheint z.B. in Form von Substanzgebrauch, innerer Distanzierung, äusserem Rückzug oder sozialer Isolation sowie durch Selbststimulierung oder Workaholism. *Sich-Fügen* oder Erduldung kann einhergehen mit ausgeprägter Nachgiebigkeit, sich zu viel gefallen lassen oder dependenten Verhaltensmustern.

Solche Bewältigungsstile dienen dazu, ein Schema zu vermeiden, können es jedoch nicht heilen. Im Gegenteil werden maladaptive Bewältigungsstile zu Elementen der Aufrechterhaltung des Schemas. Das Schema bestimmt das Verhalten, ist jedoch selbst keine Verhaltensreaktion sondern beinhaltet Erinnerungen, Emotionen, Körperempfindungen und Kognitionen. Im Gegensatz zu den Schemata bleiben die Bewältigungsstile nicht stabil sondern können sich je nach Situation oder Lebensstadium unterscheiden.

Als Instrumente zur Messung von Vermeidung und Überkompensation wurden für den praktischen Gebrauch das *Young-Rygh Avoidance Inventory* (Berbalk, Grutschpalk, Zarbock & Zaum, 2006b; Young & Rygh, 1994) und das *Young Compensation Inventory* (Berbalk, Grutschpalk, Zarbock & Zaum, 2006b; Young, 1995) entwickelt. Sie erfüllen strenge testpsychologische Kriterien jedoch nicht ausreichend.

4.2.4 Schemaaktivierung – Das Modell der Schema-Modi

In der praktischen Arbeit mit Patienten mit schweren Störungen stiess das Schemamodell an seine Grenzen. Bei diesen Patienten zeigten sich zu viele aktive Schemata (Young et al., 2008) und die Stimmungen wechselten sehr schnell. Dies schränkte die Bereitschaft der Patienten ein, mitzuarbeiten oder beeinträchtigte ihre Reflexionsfähigkeit, was wiederum eine Fallkonzeption erschwerte. Daraus entwickelte sich das Modus-Modell (Young et al., 2008; Lobbstaël, van Vreeswijk & Arntz, 2007).

Schema-Modi sind funktionale oder dysfunktionale Schemaaktivierungen und Bewältigungsreaktionen, welche in einer Person im aktuellen Zeitpunkt dominieren. Diese Modi entsprechen Gefühlszuständen (states), denen gleichzeitig verschiedene Schemata zugrunde liegen können, und werden vier Hauptgruppen zugeordnet:

- *Kindliche Modi* (verletzbares/einsames, ärgerliches/wütendes, impulsives/undiszipliniertes und glückliches Kind)
- *Dysfunktionale Elternmodi* (strafender oder fordernder Elternteil)
- *Dysfunktionale Bewältigungsmodi* (Kapitulation bzw. Erdulden, Vermeidung in Form des distanzierten Beschützers oder Selbstberuhigers, Überkompensation durch narzisstische Selbst-Überhöhung, übermäßige Kontrolle, Pöbel/Angriff)
- *Modus des gesunden Erwachsenen* (Funktionalität in Bezug auf Leistung, Fürsorge, Verantwortung, Problembewältigung, Integration verschiedenster Lebensaspekte usw.)

Für weiterführende Literatur zum Modusmodell wird an dieser Stelle verwiesen u.a. auf Jacob (2011b), Lobbestael et al. (2007) sowie Young et al. (2008).

4.3 Emotionale Schemata von Psychotherapeutinnen und –therapeuten

Da die meisten oder alle Menschen vermutlich in irgendeiner Form frühe maladaptive Schemata aufweisen (Jacob & Arntz, 2011), zeigen sich auch bei Psychotherapeuten genau wie bei ihren Patienten EMS aufgrund von schmerzlichen Lebenserfahrungen.

Auch im beruflichen Kontext spielen EMS eine bedeutende Rolle. Bamber und McMahon (2008) vermuten, dass Personen mit unbewussten emotionalen Schemata zu Berufen hingezogen werden, welche ähnliche Dynamiken und Strukturen aufweisen, wie die EMS und die Beziehungserfahrungen, welche massgeblich für deren Entstehung verantwortlich sind. Diese Berufe reaktivieren die EMS und die damit verbundenen maladaptiven Copingstrategien am Arbeitsplatz. Einige Personen können durch ihre Arbeit ihre Schemas heilen, andere wiederum, welche rigide und schwerwiegende EMS aufweisen, gelingt dies nicht. Die Strukturen und Beziehungen am Arbeitsplatz führen im Gegenteil zusammen mit maladaptiven Copingstrategien dazu, dass EMS aufrechterhalten werden.

In ihren Untersuchungen fanden Bamber und McMahon signifikante Unterschiede in der Ausprägung von gewissen EMS zwischen verschiedenen Berufsgruppen innerhalb eines Spitals (Ärzten, Pflegepersonal, Manager, IT⁵-Fachpersonen, klinische Psychologen), insbesondere in Bezug auf die EMS *Überhöhte Standards/übertrieben kritische Haltung* und *Anspruchshaltung/Grandiosität*. Im Vergleich zu Managern, Ärzten und IT-Fachpersonen zeigten Klinische Psychologen tiefere Werte im EMS *Anspruchshaltung/Grandiosität* und im Vergleich zu Ärzten tiefere Werte im EMS *Emotionale Gebemtheit*.

⁵ IT = information technologies

Eigene Schemata zu heilen kann eine gute Vorbereitung darauf sein, anderen Menschen zu helfen (Rafaeli et al., 2011). Da EMS jedoch kaum vollständig überwunden werden können, bleiben Therapeuten vulnerabel und in Therapiesituationen, die ausserordentlichen Stress auslösen oder durch Patienten, die „auf den wunden Punkt drücken“, können EMS getriggert und aktiviert werden.

Folgende EMS sind bei Psychotherapeuten häufig zu beobachten (Leahy, 2001; Rafaeli et al., 2011): *Überhöhte Standards/übertrieben kritische Haltung, Selbstaufopferung, Streben nach Zustimmung und Anerkennung, Anspruchsbhaltung/Grandiosität, Emotionale Entbehrung und Emotionale Gebemtheit.*

In der Regel sind Therapeuten sich ihrer Schemata bewusst und können im *Modus des gesunden Erwachsenen* (vgl. Kap. 4.2.4) agieren um die Gefahr der eigenen Schemaaktivierung für die therapeutische Beziehung abzuwenden (Rafaeli et al., 2011). Doch nicht immer gelingt dies. Zwei häufige Merkmale dafür sind, dass einerseits in der Therapie Grenzen überschritten werden oder andererseits Patienten sich zu wenig engagieren.

Leahy (2001) und Young et al. (2008) haben negative Auswirkungen von stark ausgeprägten Therapeutenschemata für die therapeutische Beziehung näher beschrieben:

Eine starke Ausprägung des EMS *Überhöhte Standards/übertrieben kritische Haltung* kann sich darin zeigen, dass Psychotherapeuten zu streng mit sich selbst oder ihren Patienten sind. Gemäss Leahy (2001) neigen perfektionistische oder zwanghafte Therapeuten dazu, ihre Patienten als verantwortungslos, masslos oder faul zu beurteilen und in der Therapie starkes Gewicht auf Logik und Rationalität zu legen. Um eigene Gefühle von Inkompetenz und Wertlosigkeit zu kompensieren, erwarten sie perfekte Fortschritte von sich selbst und den Patienten. Um das eigene Schema zu vermeiden, lehnen diese Therapeuten schwierige Fälle eher ab oder akzeptieren die Patienten zwar so wie sie sind, erachten jedoch deren Störungen als hoffnungslos.

Ist das Schema *Selbstaufopferung* dominant, sind Therapeuten meist zu stark auf die Bedürfnisse der Patienten fokussiert. Aufgrund von ko-dependenten Persönlichkeitszügen bringt das Gefühl, von Patienten gebraucht zu werden, eine tiefe Sinnerfüllung. Es fällt ihnen schwer, sich den Patienten gegenüber durchzusetzen oder sich abzugrenzen. Leahy (2001) beschreibt verschiedene negative Konsequenzen dieses Schemas für die Therapie. Erstens erfüllen solche Therapeuten die „Modellrolle“ nicht und zweitens verwässern sie die professionelle therapeutische Beziehung durch die Unklarheit, ob sie „Freunde“ oder „Fachpersonen“ ihrer Patienten sind. Weiter vermeiden sie, Patienten mit unangenehmen Emotionen oder Verhaltensweisen zu konfrontieren. Häufig sind sie zurückhaltend, ihren Lohn einzufordern. Nicht zuletzt lassen diese Therapeuten es zu, dass die Sitzungsdauer überzogen werden kann oder die Patien-

ten andere Grenzen der therapeutischen Beziehung überschreiten können, z.B. durch unadäquate Ansprüche oder Verletzung körperlicher Grenzen.

Das EMS *Streben nach Zustimmung und Anerkennung* kann sich in der starken Abhängigkeit der Therapeuten von der Zustimmung der Patienten zeigen. Für ihr eigenes Wohlergehen vermeiden sie es, ihren Patienten Anlass zu Wut, Ärger oder Enttäuschung zu geben. Häufig haben sie starke Fähigkeiten, ihren Patienten Empathie entgegen zu bringen und ihnen das Gefühl zu geben, wertvoll zu sein und verstanden zu werden. Jedoch können dadurch wichtige Gefühle, z.B. Ärger und Wut beim Patienten ignoriert und deshalb wichtige Therapieschritte nicht erreicht werden. In extremer Ausprägung dieses EMS kann es soweit gehen, dass eher zurückhaltende Diagnosen gestellt oder Interventionen, z.B. Hospitalisierung, aus Angst die Patienten zu verärgern, hinausgezögert werden. Negative Gefühle der Patienten werden mit eigenem Unvermögen assoziiert (Leahy, 2001).

Das Schema *Anspruchsbhaltung/Grandiosität* ist verbunden mit narzisstischen Persönlichkeitszügen der Therapeuten. Oft beginnt die Therapie mit grossem Idealismus und grandiosen Hoffnungen, da die Patienten endlich „die richtige Fachperson“ gefunden haben (Leahy, 2001). Diese Therapeuten beanspruchen eine uneingeschränkte Kooperationsbereitschaft und Anerkennung oder gar Bewunderung von ihren Patienten. Falls rasche Fortschritte im Therapieprozess ausbleiben, empfinden diese Therapeuten Langeweile, Ärger oder sadistische Gefühle gegenüber den Patienten. Um das eigene Schema oder begleitende unangenehme Emotionen abzuwehren, bedienen sich diese Therapeuten drei möglicher narzisstischer Abwehrmechanismen (vgl. Kernberg, 2002): Idealisierung, Abwertung und Distanzierung. In der Folge beenden häufig die Patienten die Therapie mit dem Gefühl, von niemandem verstanden zu werden oder niemandem trauen zu können.

Ist das Schema *Emotionale Entbehrung* sehr ausgeprägt, suchen Therapeuten entweder die Liebe, die sie als Kind vermissten, in der therapeutischen Beziehung oder im Gegenteil sind sie durch die Intimität der Therapiesituation bedroht und verhalten sich distanziert oder unbeteiligt. Dagegen führt das Schema *Emotionale Gebemtheit* eher dazu, dass Therapeuten unbewusst ihre Patienten daran hindern, Emotionen zu zeigen, einerseits durch eine kritische Haltung (*strafender Eltern-Modus*) oder durch Über-Intellektualisierung (*Modus des distanzierten Beschützers*) (Rafaëli et al., 2011).

Wenn Schemata der Patienten mit denjenigen der Therapeuten kollidieren, sprechen Young et al. (2008) von Schemakollisionen. Dabei besteht das Risiko, dass die Schemata sich gegenseitig immer wieder aktivieren. Weiter kann es vorkommen, dass Bedürfnisse der Patienten nicht mit den Schemata bzw. Bewältigungsstilen der Therapeuten zusammen passen und wesentli-

che therapeutische Schritte ausbleiben. Zu einer übermässigen Identifikation zwischen Patienten und Therapeuten kann es kommen, wenn sich ihre Schemata überschneiden. Dadurch verlieren Therapeuten ihre Objektivität, die Patienten-Schemata verstärken sich und verhindern eine Bearbeitung des Problems. Starke Emotionen der Patienten, welche Therapeuten überfordern, können eine *Vermeidungstendenz* bei Therapeuten auslösen, indem sie sich psychisch zurückziehen, das Thema wechseln oder den Patienten vermitteln, dass intensive Emotionen nicht akzeptiert werden können. Andere Therapeuten reagieren jedoch eher mit *Überkompensation* bei starken negativen Emotionen oder gar Suizidalität der Patienten, indem sie diese angreifen oder beschuldigen und verschlimmern dadurch die Situation. Weiter kann es vorkommen, dass bei Therapeuten der *strafende Eltern-Modus* geweckt wird, wenn Patienten sich wie „böse“ Kinder verhalten, und sie wie aus der Elternrolle heraus die Patienten tadeln. Wenn Therapeuten sich ihrer Bedürfnisse aufgrund ihrer Schemata nicht bewusst sind, besteht das Risiko, dass sie Patienten unbewusst ausbeuten, indem sie sich nicht auf ihr Wohl konzentrieren sondern zur Erfüllung der eigenen emotionalen Bedürfnisse benutzen. Wie schon Leahy (2001) beschrieben hat, können Therapeutenschemata aktiviert werden, wenn Patienten mangelnde Fortschritte machen. Gemäss Young et al. (2008) werden höchstwahrscheinlich die Schemata der Therapeuten aktiviert, wenn Patienten starke Krisen durchlaufen oder suizidal werden.

Nicht zuletzt deshalb, weil solche schwierigen Situationen hohe Kompetenzen der Therapeuten erfordern, ist die Selbsterfahrung ein wesentliches Element der therapeutischen Aus- und Fortbildung (vgl. Kap. 1.4).

4.4 Schematherapeutische Konzepte und Selbsterfahrung

Die Konzepte der Schematherapie können nach Roediger (2011) hilfreich sein, um die therapeutische Beziehung umfassend zu reflektieren und sie als Ort der Veränderung nutzen zu können. Somit würde der Forderung Lairaiters (2009) Rechnung getragen, wonach vermehrt interpersonelles und emotionales Lernen in die Selbsterfahrung einfließen soll.

Mit dem *Young Schema Questionnaire* (YSQ) können Therapeuten eigene Schemata bzw. „wunden Punkte“ in der individuellen Entwicklung herausarbeiten, was als Grundlage für eine strukturierte lebensgeschichtliche Exploration dienen kann (Grünwald & Köhler, 2011).

Gemäss Jacob (2011c) sind emotionsbasierte Methoden in der Selbsterfahrung meist einfacher anwendbar als in der Patientenarbeit, da Therapeuten in der Wahrnehmung und Bearbeitung ihrer Emotionen ausgebildet sind und in der Regel keine „schweren“ Störungen aufweisen.

Grünwald und Köhler (2011) unterscheiden zwischen *personenzentrierter* und *patientenorientierter* Selbsterfahrung. Die *personenzentrierte* Selbsterfahrung hat das Ziel, Fähigkeiten der Therapeuten zur Eigenreflexion, dem Verständnis der eigenen Individualität sowie der Wirkung auf andere zu entwickeln. Dabei spielt der individuelle Stil der Emotionsregulation und der Kommunikation eine wesentliche Rolle. Nicht zuletzt soll der Förderung der eigenen Stärken und Ressourcen Gewicht beigemessen werden. Die *patientenorientierte* Selbsterfahrung dient der Erforschung der automatischen Beziehungsgestaltung, welche durch Schemata, Modi und Bewältigungsstrategien geprägt wird. Sobald individuelle Schemata herausgearbeitet sind, können in der Selbsterfahrung weitere Themen bearbeitet werden, z.B. wie eigene Schemata mit spezifischen Störungsbildern der Patienten interagieren, ob die eigenen EMS die Auswahl bzw. das Ablehnen von Patienten beeinflusst, welche Schwierigkeiten deswegen in der therapeutischen Praxis auftauchen, wie mit ihnen umgegangen werden kann und ob sie therapeutische Intervention fördern oder verhindern.

Die Systematik der Diagnostik und Bearbeitung von eigenen emotionalen Schemata bzw. Modi erfolgt analog dem Vorgehen in der Therapie. In diesem Sinne kann von einer hohen Relevanz der schematherapeutischen Konzepte für die Selbsterfahrung von Therapeuten ausgegangen werden. Weitere empirische Untersuchungen sind notwendig, um die Effektivität in der Praxis zu belegen (Jacob, 2011c).

Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass die Fragen um die Einflüsse von Persönlichkeitsmerkmalen und der emotionalen Dispositionen von Patienten und Therapeuten für die therapeutische Praxis von hoher Relevanz sind. In der Psychotherapieforschung bestehen Lücken im Hinblick auf die Therapeutenseite und dem Zusammenhang von emotionalen Schemata und Emotionsregulation. Um dieses Kernthema dreht sich diese Arbeit und es steht im Zentrum der folgenden empirischen Untersuchung mit der Fragestellung:

Welche Bedeutung haben persönliche emotionale Schemata von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Sinne der „Early Maladaptive Schemas“ (EMS) nach Young et al. (2008) im Umgang mit subjektiv als „schwierig“ erlebten Emotionen in der psychotherapeutischen Praxis?

III EMPIRISCHER TEIL

Dieses Kapitel beinhaltet eine Beschreibung der Grundlage für die Hypothesengenerierung und die Methodik dieser Untersuchung. Anschliessend werden die Ergebnisse mittels deskriptiver und analytischer Inferenz-Statistik dargestellt.

5. Begründung der Untersuchung, Fragestellung und Hypothesen

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erleben in ihrem Beruf häufig emotional herausfordernde Situationen, wodurch nicht nur bei den Patienten sondern auch bei den Therapeuten selbst unangenehme oder gar bedrohliche Emotionen geweckt werden können. Es erfordert von Therapeutinnen und Therapeuten hohe Kompetenzen, diese schwierigen Emotionen auszuhalten und mit ihnen adäquat umgehen zu können. Der Umgang mit Emotionen ist eng verknüpft mit der Persönlichkeit und ihren persönlichen emotionalen Mustern. Deshalb befasst sich diese Arbeit mit der Frage, welche Bedeutung persönliche emotionale Schemata im Sinne der von Young, Klosko und Weishaar (2003) beschriebenen „Early Maladaptive Schemas“ (EMS) von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Umgang mit subjektiv als „schwierig“ erlebten Emotionen in der therapeutischen Praxis haben.

Die nachfolgend formulierten Hypothesen haben teilweise explorativen Charakter. Sie entstanden einerseits aufgrund von Erkenntnissen, welche im theoretischen Teil dieser Arbeit erläutert wurden und andererseits durch das Ziel, Informationen zum subjektiv erlebten Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragung, zu Emotionsregulationsstrategien und emotionalen Schemata von Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu gewinnen und Unterschiede im Hinblick auf verschiedene Merkmale der Stichprobe wie Geschlecht (vgl. Feingold, 1994), Alter, Berufsgruppen (vgl. Bamber und McMahon, 2008) und Berufserfahrung festzustellen.

Emotionen in der Psychotherapeutischen Praxis

Die Frage, welche Emotionen im Sinne von Gegenübertragungsphänomenen von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als „schwierig“ erlebt werden, bildet den Einstieg ins Thema. Die Qualität des Emotionserlebens kann nur von Betroffenen selbst durch reflexive Bewertung beschrieben werden (Kap. 3.1.3). 31 Gegenübertragungsphänomene, welche Faller (1999) für die Qualität der Therapie als positiv (Sympathie und Hilfsbereitschaft) oder negativ (Ärger und Hoffnungslosigkeit) bezeichnet (Tabelle 1, Kap. 2.2), sollen von den Therapeuten im Hinblick auf den subjektiv erlebten Schwierigkeitsgrad eingeschätzt werden.

Hypothese A.1: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erleben gewisse Emotionen im Sinne von Gegenübertragungsphänomenen als „schwierig“.

Hypothese A.2: Zwischen den Geschlechtern zeigt sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf den subjektiv erlebten Schwierigkeitsgrad von spezifischen Gegenübertragungsphänomenen.

Hypothese A.3: Zwischen den Berufsgruppen (ärztliche bzw. nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) zeigt sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf den subjektiv erlebten Schwierigkeitsgrad von spezifischen Gegenübertragungsphänomenen.

Hypothese A.4: In Bezug auf den erlebten Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragungsphänomenen unterscheiden sich Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung signifikant von Berufskolleginnen und -kollegen, welche sich noch in Ausbildung befinden.

Hypothese A.5: Mit zunehmendem Alter bzw. zunehmender Berufserfahrung verändert sich der subjektiv erlebte Schwierigkeitsgrad von spezifischen Gegenübertragungsphänomenen.

Emotionsregulationsstrategien von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Weiter interessiert die Frage, ob Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten spezifische Emotionsregulationsstrategien aufweisen und sich diesbezüglich von einer anderen nicht-klinischen Stichprobe unterscheiden. Angenommen wird, dass Therapeutinnen und Therapeuten durch ihre Ausbildung, Selbsterfahrung und tägliche Praxis, hohe Fähigkeiten in der Wahrnehmung und Reflexion von emotionalen Zuständen mitbringen (Kap. 1.2 und 1.4) und deshalb über eine stärkere Ausprägung von adaptiven Emotionsregulationsstrategien verfügen. In Anlehnung an Znoj (2008) wird ein Einfluss des Alters vermutet (Kap. 3.2 und 3.2.2).

Hypothese B.1: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten weisen spezifische Emotionsregulationsstrategien auf.

Hypothese B.2: Im Vergleich zu einer anderen nicht-klinischen Stichprobe weisen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten höhere Werte in den Strategien der adaptiven Emotionsregulation auf.

Hypothese B.3: Im Vergleich zu einer anderen nicht-klinischen Stichprobe weisen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten tiefere Werte in den Strategien der maladaptiven Emotionsregulation auf.

Hypothese B.4: Zwischen den Geschlechtern zeigt sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf spezifische Strategien der Emotionsregulation.

Hypothese B.5: Zwischen den Berufsgruppen (ärztliche bzw. nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) zeigt sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf spezifische Strategien der Emotionsregulation.

Hypothese B.6: In Bezug auf spezifische Strategien der Emotionsregulation unterscheiden sich Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung signifikant von Berufskolleginnen und -kollegen, welche sich noch in Ausbildung befinden.

Hypothese B.7: Mit zunehmendem Alter bzw. Berufserfahrung weisen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten höhere Werte in den Strategien der adaptiven Emotionsregulation bzw. tiefere Werte in den Strategien der maladaptiven Emotionsregulation auf.

Emotionale Schemata (EMS) von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Im Zentrum dieser Untersuchung stehen persönliche emotionale Schemata EMS von Psychotherapeutinnen und –therapeuten (Kap. 4.3). Wie Leahy (2001) und Young et al. (2008) aus ihrer praktischen Erfahrung als Supervisoren beschrieben, kommen gewisse EMS häufiger bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor. Weiter wird vermutet, dass Therapeutinnen und Therapeuten dank ihrer Ausbildung gewisse eigene EMS „heilen“ konnten (Kap. 4.2.2) und tendenziell tiefere Werte in den Schemata aufweisen als eine andere nicht-klinische Stichprobe. Gemäss Bamber und McMahon (2008) zeigen sich Unterschiede zwischen den Berufsgruppen (Kap. 4.3).

Hypothese C.1: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zeigen in gewissen emotionalen Schemata höhere Ausprägungen.

Hypothese C.1.1: Folgende Schemata zeigen sich in einer hohen Ausprägung: *Soziale Isolierung/Entfremdung, Selbstaufopferung, Anspruchsbhaltung/Grandiosität, Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin, Emotionale Gebemtheit* sowie *Überhöhte Standards/übertrieben kritische Haltung*.

Hypothese C.2: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zeigen im Vergleich mit einer anderen nicht-klinischen Stichprobe durchschnittlich tiefere Werte in den Schemata.

Hypothese C.3: Zwischen den Geschlechtern zeigt sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf spezifische emotionale Schemata.

Hypothese C.4: Zwischen den Berufsgruppen (ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten) zeigt sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf spezifische emotionale Schemata.

Zusammenhang zwischen Emotionalen Schemata (EMS) und Emotionserleben bzw. Emotionsregulation

Ausgehend vom Erkenntnissen zum Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen (traits) der Therapeutinnen und –therapeuten auf die Psychotherapiesituation (Kap. 1.3), wird auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen den emotionalen Schemata und dem erlebten Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragung bzw. der Emotionsregulation erwartet (Kap. 3.2.5 und Kap. 4.3).

Hypothese D.1: Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen spezifischen emotionalen Schemata und dem subjektiv erlebten Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragungsphänomenen.

Hypothese E.1: Es zeigt sich eine Beziehung zwischen spezifischen EMS und den Strategien der Emotionsregulation.

6. Forschungsgegenstand und Methodik

Für die empirische Untersuchung der Fragestellung dieser Arbeit wurde ein quantitatives, nicht-experimentelles Querschnitt-Studiendesign gewählt. In diesem Kapitel werden die empirische Umsetzung, die Stichprobe und die Messinstrumente näher beschrieben.

6.1 Die Stichprobe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Schweiz

In der Schweiz wird für die selbständige Ausübung des Berufs der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten eine fachliche Qualifikation und eine kantonale Berufsausübungsbewilligung voraus gesetzt. Die fachliche Qualifikation der Fachärztinnen und Fachärzte in Psychiatrie und Psychotherapie FMH richtet sich nach dem Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe MedBG (BAG, 2011a). Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten können nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, welche die Therapieausbildung bereits abgeschlossen haben oder noch in Ausbildung sind, anstellen und die Psychotherapie an sie delegieren.

Voraussichtlich am 1. Januar 2013 tritt das Psychologieberufegesetz (PsyG) in Kraft, welches unter anderem die Aus- und Weiterbildung der nicht-ärztlichen Psychotherapeuten und die Bestimmungen zur Berufsausübung auf eidgenössischer Ebene regelt. Für die selbständige Tätigkeit ist weiterhin eine Berufsausübungsbewilligung des entsprechenden Kantons erforderlich. Für einen zukünftigen eidgenössischen Titel als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut wird ein Hochschulabschluss in Psychologie und ein absolviertes Curriculum in Psychotherapie an einer akkreditierten Weiterbildungsinstitution vorausgesetzt. Die fachlichen Anforderungen richten sich ab Inkraftsetzung des PsyG in allen Kantonen nach dem PsyG (BAG, 2011b).

Einschluss- und Ausschlusskriterien

In die Untersuchung eingeschlossen wurden praktizierende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der deutschsprachigen Schweiz, welche nach geltendem Recht einen Fachtitel für Psychotherapie nach den Richtlinien der folgenden Institutionen erworben oder nach abgeschlossener Psychotherapieausbildung diese Anforderungen erfüllt haben werden: Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP/SPV), Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP), Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie (SBAP), Verbindung der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzte (FMH).

6.2 Messinstrumente

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde ein Fragenkatalog zusammengestellt, der aus vier Teilen besteht. Zuerst wurden Daten zur Person, Ausbildung und zur Berufstätigkeit erhoben. Anschliessend wurde nach dem subjektiven Erleben von Gegenübertragungsphänomenen in der psychotherapeutischen Praxis gefragt. Im dritten und vierten Teil des Fragenpaketes kamen zur Operationalisierung des Umgangs mit einer als schwierig erlebten Emotion der *Frage-*

bogen zur Erfassung von Emotionserleben und Emotionsregulation (EER-Teil 2) sowie zur Diagnostik der emotionalen Schemata der *Young Schema Questionnaire* (YSQ-S3) zur Anwendung.

Nachfolgend werden die einzelnen Fragebogen näher beschrieben.

6.2.1 Fragen zur Person, zur Ausbildung und zur Berufstätigkeit

Zur Beschreibung der Stichprobe wurden soziodemographische Merkmale wie das Geschlecht, das Alter, die Nationalität sowie Daten zur Ausbildung (Studienabschluss in Psychologie, Medizin oder einem anderen Fach bzw. andere Berufsabschlüsse) und zur Psychotherapieausbildung (noch nicht oder schon begonnen bzw. bereits abgeschlossen, Psychotherapie-richtung), zum Erwerb eines Fachtitels in Psychotherapie, zur Berufstätigkeit (Dauer der Berufserfahrung, Arbeitsort, Arbeitspensum, Funktion) erhoben.

6.2.2 Fragen zum subjektiven Erleben von Gegenübertragungsphänomenen

Zur Operationalisierung von Emotionen in der psychotherapeutischen Praxis, die als „schwierig“ erlebt werden, liegt kein validiertes Messinstrument vor. Um den subjektiv erlebten Schwierigkeitsgrad von Emotionen in der psychotherapeutischen Praxis zu erfassen, wurde eine Liste von 31 Gegenübertragungsphänomenen beigezogen, welche Faller (1999) faktorenanalytisch vier Dimensionen zuordnen konnte: *Ärger*, *Sympathie*, *Hilfsbereitschaft* und *Hoffnungslosigkeit* (vgl. Kap. 2.2).

In Anlehnung an das Gegenübertragungsrating von Dick (2002), wo das Erleben von Gegenübertragungsgefühlen bezüglich Intensität eingeschätzt wurde, richtet sich in dieser Befragung die Einschätzung auf den Grad der erlebten Schwierigkeit auf einer 6-stufigen Likert-Skala (von 1 = „nicht schwierig“ bis 5 = „sehr schwierig“; zusätzlich wurde die Möglichkeit geboten 0 = „habe ich in der psychotherapeutischen Praxis noch nie erlebt“ anzugeben (Anhang B).

6.2.3 Fragebogen zum Umgang mit einer schwierigen Emotion (EER-Teil 2)

Der *Fragebogen zur Erfassung von Emotionserleben und Emotionsregulation* (EER) wurde vom Institut für Psychologie an der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck entwickelt (Benecke et al., 2008) und war bis vor kurzem online verfügbar. Der EER umfasst zwei Teile, der im ersten Teil das Erleben von Emotionen und im zweiten Teil die Regulation einer als schwierig empfundenen Emotion erfasst. In dieser Arbeit wird nur der zweite Teil des EER verwendet, um den Umgang mit einer als besonders schwierig erlebten Emotion zu diagnostizieren. Im Vergleich zu anderen Messinstrumenten (Tabelle 3, Kap. 3.2.4) überzeugt der EER durch differenziertere Skalen der Emotionsregulation.

Die Ausfüllanweisung wurde entsprechend der untersuchten Fragestellung auf den Kontext der Gegenübertragungspänomene in der psychotherapeutischen Praxis angepasst (vgl. Anhang C).

Der Fragebogen beinhaltet 45 Items mit Strategien oder Reaktionen im Umgang mit einem subjektiv belastenden Gefühl, welches zuvor aus einer Liste von 31 Gegenübertragungspänomenen ausgewählt werden soll. Auf einer 7-stufigen Likert-Skala (von 0 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis 6 = „trifft vollständig zu“) soll eingeschätzt werden, wie sehr diese Strategien auf die Person zutreffen. 15 Skalen, welche durch die Subsummierung von jeweils drei Items und deren Mittelwert errechnet werden, geben Aufschluss über individuelle spezifische emotionale Regulationsstrategien.

Testpsychologische Überprüfungen zum EER ergaben eine mittlere bis gute Reliabilität und unterschiedliche interne Konsistenzwerte. Die diskriminante und faktorielle Validität konnte als hoch bestätigt werden (Benecke et al., 2008). Die Mittelwerte der nicht-klinischen Stichprobe der Validierung des EER werden mit denjenigen der Stichprobe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus dieser Studie verglichen (Kap. 7.4.1).

6.2.4 Young Schema Questionnaire – Kurzform 3 (YSQ-S3), deutsche Version

Der *Young Schema Questionnaire* (YSQ) wurde von Young und Brown (1990, 2001) entwickelt. Es handelt sich beim YSQ um einen Selbstbeurteilungsfragebogen, der in der ursprünglichen Form 205 Items beinhaltet, um die bis dahin identifizierten 16 „Early Maladaptiven Schema“ (EMS) einschätzen zu können.

Später entwickelten Young & Brown (1994) zusätzlich eine Kurzform, *Young Schema Questionnaire Short Form* (YSQ-S), welche gemäss einer Faktorenanalyse (Schmidt et al., 1995) für jedes Schema die fünf brisantesten Fragen, also insgesamt 75 Items enthielt. Die Kurzform eignet sich wegen der kürzeren Bearbeitungszeit vor allem für Forschungszwecke (Young et al., 2008).

Der YSQ sowohl in der Lang- wie auch in der Kurzform wurde wiederholt überarbeitet, um Items ergänzt, welche zwei zusätzliche Schemata messen, und in verschiedene Sprachen übersetzt (Kriston, Schäfer, von Wolff et al., in press; Oei & Baranoff, 2006). Gemäss verschiedenen wissenschaftlichen Untersuchungen erfüllt der YSQ psychometrische Ansprüche wie eine robuste Faktorenstruktur, eine angemessene konvergente und divergente Validität der Schema-Skalen und er diskriminiert angemessen zwischen klinischen und nicht-klinischen Stichproben (Rijkeboer, van den Bergh & van den Bout, 2011; Schmidt et al., 1995; Stopa, Thorne et al., 2001; Waller, Meyer & Ohanian, 2001).

Die in dieser Untersuchung verwendete deutschsprachige Kurzform des *Young Schema Questionnaires* YSQ-S3 (Berbalk, Grutschpalk, Parfy & Zarbock, 2006) beinhaltet 90 Items mit Aussagen, zu welchen auf einer 6-stufigen Likertskala (1 = „völlig unzutreffend“ bis 6 = „genau zutreffend“) der Grad der Zustimmung angegeben werden soll (Anhang D). Jeweils fünf Items werden zusammengefasst und deren Mittelwert ergibt den Gesamt-Score einer der 18 EMS-Skalen. Je höher der Wert desto stärker ist von der Präsenz des entsprechenden Schemas auszugehen.

Eine aktuelle Untersuchung der Reliabilität und Validität des YSQ-S3 in deutscher Sprache hat eine deutsche Arbeitsgruppe vorgenommen, die zur Zeit in Revision ist (Kriston, Schäfer, Jacob et al., in press; Kriston, Schäfer, von Wolff et al., in press; Schäfer, 2009). Die Reliabilität des YSQ-S3 sowie die faktorielle Validität für die 18 Schemata konnte bestätigt werden. Wie in vielen anderen früheren Untersuchungen erwies sich die diskriminelle Kriteriumsvalidität zwischen nicht-klinischen und klinischen Stichproben als gut, jedoch fand sich keine Evidenz für die Validität der fünf Schemadomänen. Für die Reliabilitätsüberprüfung konnte eine grosse nicht-klinische Stichprobe (N=1150; davon N=755 ohne Therapieerfahrung) mittels einer Onlineumfrage gewonnen werden. Die Mehrheit der Stichprobe waren Studierende und von eher jüngerem Alter, deshalb kann nur unter Vorbehalt von einer repräsentativen Stichprobe für eine Allgemeinpopulation ausgegangen werden. Da diese nicht-klinische Stichprobe im Vergleich zu früheren veröffentlichten YSQ-Studien grösser und heterogener ist, werden die EMS-Mittelwerte der Stichprobe ohne Therapieerfahrung (N=755) für einen Mittelwert-Vergleich mit der in dieser Untersuchung fokussierten Stichprobe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beigezogen (Kap. 7.4.1).

6.3 Datenerhebung

Die Befragung erfolgte online im Zeitraum von Mitte Januar 2012 bis Ende Februar 2012 über die Befragungssoftware EFS Survey (www.unipark.de). Gründe für diese Methode sind einerseits, dass bei der Zielgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von einem vertrauten Umgang mit Computern ausgegangen werden kann, und andererseits ist eine elektronische Datenerhebung effizienter und kostengünstiger als eine Befragung mit gedruckten Fragebögen. Zudem ist sie in der Auswertung weniger fehleranfällig. Mit einer Onlinebefragung kann auch dem Umstand Rechnung getragen werden, dass der Datenschutz und die Anonymität zugesichert werden kann, was angesichts der zum Teil sehr persönlichen Fragen von grosser Bedeutung für die Teilnehmenden ist.

In einem ersten Schritt wurden die für die Untersuchung relevanten Fragen (Kap. 6.2) zur Onlineumfrage programmiert. Die Begrüssungsseite enthielt Informationen über den Studien-

inhalt und Angaben zur Zielgruppe und Bearbeitungsdauer, der Zusicherung des vertraulichen und anonymen Umgangs mit den Daten sowie die Bitte um Weiterleitung des E-Mails an weitere Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Auf der letzten Seite wurde nach dem Einverständnis zur Verwendungen der Daten für weitere Forschungszwecke gefragt, Platz für Rückmeldungen angeboten sowie bei Interesse an den Ergebnissen um die Angabe der E-Mail-Adresse gebeten.

6.3.1 Pretest

Zehn Personen bearbeiteten den Fragenkatalog als Pretest. Aufgrund der Rückmeldungen wurden einige Anpassungen bei Formulierungen und im Layout vorgenommen. Die Fragen des YSQ-S3, welche im Pretest an zweiter Stelle nach den Fragen zur Person, Ausbildung und Berufstätigkeit gestellt wurden, empfanden einige Testpersonen als zu direkt und schwierig. Um den Einstieg ins Thema zu erleichtern wurden die Fragen zu den Gegenübertragungsfühlen vorgezogen und der YSQ-S3 zum letzten Teil des Fragenkataloges hin verschoben. Eine wichtige Änderung war zudem, dass die Teilnehmenden gebeten wurden, bei Interesse an den Ergebnissen ein E-Mail an die Autorin zu senden. Dadurch konnte eine Verknüpfung der E-Mail-Adresse mit den Daten ausgeschlossen und die Anonymität gewährleistet werden.

6.3.2 Stichprobenrekrutierung

Um die Zielgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der deutschsprachigen Schweiz für die Teilnahme an der Untersuchung zu gewinnen, wurden Mitte Januar 2012 Berufsverbände und von ihnen anerkannte Aus- und Fortbildungsinstitutionen sowie Fachverbände per E-Mail kontaktiert und gebeten, die Einladung mit dem Link zur Umfrage an Mitglieder und Teilnehmende von Ausbildungen weiterzuleiten. Mehrere Institutionen unterstützten die Weiterverbreitung der Umfrage.

Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychotherapeuten, die keine Information von ihren Regionalverbänden über die Umfrage erhielten, wurden direkt angeschrieben anhand der verfügbaren E-Mail-Adressen auf den Internetplattformen www.doktor.ch und www.psychologie.ch.

Angestrebt wurde eine aufgrund einer Poweranalyse errechnete Stichprobengrösse von $N = 300$, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten.

6.4 Datenüberprüfung und -auswertung

Nach Beendigung der Onlineumfrage per Ende Februar 2012 wurden die Daten vom UNIPARK-Server in eine SPSS-Datei exportiert. Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm IBM SPSS, Version 19, für Macintosh.

In einem ersten Schritt wurde der Datensatz im Hinblick auf Plausibilität der Angaben überprüft. Die Angaben zu Jahrgang, Abschluss, höchstem Studienabschluss und Fachtitel dienten dazu, Ungereimtheiten zu identifizieren. Sechs Probanden mussten ausgeschlossen werden, da Angaben zu Studienabschluss oder Berufstätigkeit fehlten oder unplausibel waren bzw. weil bei Fragen immer dieselbe Antwortmöglichkeit gewählt wurde. Weitere elf Personen, welche zur Zeit nicht als Psychotherapeuten tätig waren, wurden angesichts der genügend grossen Stichprobe ausgeschlossen. Die Daten wurden bereinigt, teilweise zusammengefasst und in Fragebogen-Skalenwerte umgerechnet.

Da die Fragen zu Gegenübertragungsphänomenen, zum Umgang mit einem „schwierigen“ Gefühl und zum YSQ-S3 so programmiert waren, dass keine Frage ausgelassen werden durfte, liess sich ein kompletter Datensatz ohne fehlende Werte gewinnen. Einzig bei der Auswahl eines schwierigen Gefühls für die Beantwortung des EER (Anhang C), haben nicht alle Probanden ein für sie besonders schwieriges Gegenübertragungsgefühl ausgewählt.

6.4.1 Statistische Analyseverfahren

Um Unterschiede bezüglich EMS (YSQ-S3) und Emotionsregulation (EER) der Stichprobe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Vergleich zu einer anderen nicht-klinischen Stichprobe festzustellen, werden Berechnungen der z-Werte der Mittelwertdifferenzen des Standardfehlers vorgenommen (Paternoster, Brame, Mazerolle & Piquero, 1998).

Mit einer einfaktoriellen *Varianzanalyse (ANOVA)* werden Mittelwertunterschiede zwischen den Geschlechtern und den Berufsgruppen im Hinblick auf die Schemata, den erlebten Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragung und die Emotionsregulation analysiert. Zusätzlich werden in Bezug auf den erlebten Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragung und die Emotionsregulation Unterschiede aufgrund des Faktors überprüft, ob jemand die Psychotherapieausbildung schon abgeschlossen hat oder noch in der Ausbildung ist.

Durch *multiple Regressionsanalysen* wird die Voraussagekraft der Prädiktoren Schemata, Alter und Dauer der Berufserfahrung in Bezug auf die Komponenten des erlebten Schwierigkeitsgrads von Gegenübertragungsphänomenen bzw. die Emotionsregulation ermittelt.

Bei Analysen mit normalverteilten Skalen bzw. bei bestätigter Varianzhomogenität können Aussagen über *Effektstärken* nach den Konventionen von Cohen (1988) gemacht werden.

6.4.2 Überprüfung der Normalverteilung

Für die geplanten Analysen, welche die Voraussetzung der Normalverteilung verlangen (Field, 2009), werden die Normalverteilung der Skalen bzw. der Residuen anhand graphischer Darstellungen (Histogramm und QQ-Plot) überprüft. Bei unzureichender Normalverteilung erfolgt eine Rangtransformation der Skalen (Bühl, 2008). Die Varianzhomogenität, eine weitere Voraussetzung für die hier angewendeten Varianzanalysen ANOVA bzw. Regressionsanalysen, wurde mit dem Levene-Test bzw. graphisch anhand des Residuen-Diagramms überprüft.

7. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung dargelegt. Die Stichprobe und die Ergebnisse der statistischen Analysen werden anhand statistischer Kennwerte (Field, 2009) beschrieben und zur besseren Übersicht in Tabellen bzw. Graphiken dargestellt.

Der Link zur Onlineumfrage wurde insgesamt 1238 Mal geöffnet. 429 Personen beendeten den Fragebogen, was einer Beendigungsquote von 34.7% entspricht. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer betrug 26 Minuten.

Nach der Datenbereinigung verblieb eine Stichprobe von 412 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Davon nutzten 41 Personen (9.95%) die Möglichkeit, Bemerkungen zur Umfrage zu hinterlassen. Der grösste Teil der Stichprobe (N=368; 89.3%) erklärte sich einverstanden damit, dass die Daten für allfällige weitere Forschungszwecke verwendet werden dürfen. Mehr als 100 Personen meldeten ihr Interesse an den Ergebnissen an.

7.1 Reliabilitätsanalyse

Die Reliabilitätsanalyse für die drei Fragebogen zum erlebten Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragung, den Fragen zur Emotionsregulation (EER) und zum Young Schema Questionnaire (YSQ-S3) ergab durchwegs zufriedenstellende Ergebnisse. Der Reliabilitätskoeffizient für den YSQ-S3 ist sehr hoch (Cronbach's $\alpha = 0.953$). Eine mittlere Messgenauigkeit konnte für den EER (Cronbach's $\alpha = 0.873$) und die Items zu Gegenübertragungsphänomenen (Cronbach's $\alpha = 0.832$) festgestellt werden. Beim EER hätte die Reliabilität nur minimal verbessert werden können, wenn einzelne Items (7, 9, 29 und 39) weggelassen worden wären; deshalb wurden alle Items beibehalten.

7.2 Beschreibung der Stichprobe

Die in dieser Arbeit untersuchte Stichprobe umfasst 412 in der deutschsprachigen Schweiz praktizierende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, welche bereits einen Fachtitel in Psychotherapie erworben haben oder nach abgeschlossener Psychotherapieausbildung die in Kap. 6.1 beschriebenen Kriterien für einen Fachtitel in Psychotherapie erfüllen werden.

In Anlehnung an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) wird für die Beschreibung der Stichprobe sowie auch für Analyseverfahren zur Beantwortung der Fragestellung eine Aufteilung der Stichprobe in ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten vorgenommen.

7.2.1 Soziodemographische Merkmale

Wie Tabelle 4 zeigt, sind mehr als zwei Drittel der Stichprobe Frauen (69.9%) und ein Drittel Männer (30.1%). Ausgewogen ist das Geschlechterverhältnis bei den Ärztinnen (49.1%) und Ärzten (50.0%). Bei den nicht-ärztlichen Psychotherapeuten ist der Frauenanteil deutlich höher (77.3%) gegenüber den männlichen Psychotherapeuten (22.7%).

Das Durchschnittsalter beträgt 49.3 Jahre. Die jüngste Person ist 26 Jahre alt und die älteste Person ist 81 Jahre alt ($M = 49.3$, $SD = 12.19$, $R = 26_{\text{Min.}} - 81_{\text{Max.}}$). Die Altersklasse von 51 bis 60 Jahren ist am stärksten vertreten (30.3%) gefolgt von den 41 bis 50 Jährigen (20.9%), den 31 bis 40 Jährigen (20.6%) und den 61 bis 65 Jährigen (11.9%). Die Gruppe der jungen Psychotherapeuten bis 30 Jahre und diejenige der Psychotherapeuten im Pensionsalter von über 65 Jahren machen jeweils rund 8% der Stichprobe aus.

Der grösste Teil der Psychotherapeuten sind schweizerischer Nationalität (86.4%), rund ein Zehntel stammt aus Deutschland (10.4%) und ein kleiner Teil aus Österreich (1.2%), aus nicht deutschsprachigen EU-Ländern (1.2%) oder anderen Ländern ausserhalb der EU (0.7%).

Tabelle 4: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe

		ärztliche Psychothera- peutinnen und - therapeuten		nicht-ärztliche Psychothera- peutinnen und - therapeuten		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
		108	26.2	304	73.8	412	100
Geschlecht	Frauen	53	49.1	235	77.3	288	69.9
	Männer	55	50.9	69	22.7	124	30.1
Alter (M = 49.30, SD = 12.19, R = 26_{Min.} - 81_{Max.})							
	bis 30 Jahre	-		34	11.2	34	8.3
	31 - 40 Jahre	12	11.1	73	24.0	85	20.6
	41 - 50 Jahre	24	22.2	62	20.4	86	20.9
	51 - 60 Jahre	45	41.7	80	26.3	125	30.3
	61 - 65 Jahre	17	15.7	32	10.5	49	11.9
	über 65 Jahre	10	9.3	23	7.6	33	8.0

Fortsetzung Tabelle 4: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe

		ärztliche Psychothera- peutinnen und - therapeuten		nicht-ärztliche Psychothera- peutinnen und - therapeuten		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
		108	26.2	304	73.8	412	100
Nationalität	Schweiz	88	81.5	268	88.2	356	86.4
	Deutschland	16	14.8	27	8.9	43	10.4
	Österreich	3	2.8	2	0.7	5	1.2
	Anderes EU-Land	1	0.9	4	1.3	5	1.2
	Land ausserhalb der EU	-		3	1.0	3	0.7

7.2.2 Studium und Psychotherapieausbildung

Gemäss Tabelle 5 hat rund zwei Drittel der Stichprobe (69.4%) einen Studienabschluss in Psychologie, ein Viertel in Medizin (25.7%) und der kleinste Teil (4.4%) in einem anderen Hauptfach. Zwei Personen (0.5%) haben einen Studienabschluss in Medizin und Psychologie. Insgesamt hat mehr als ein Viertel der Stichprobe (27.4%) promoviert. Innerhalb der Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ist der Anteil der Promotionen deutlich höher (73.1%) gegenüber den nicht-ärztlichen Psychotherapeuten (11.2%).

Mehr als ein Fünftel (21.8%) hat bereits früher eine Berufsausbildung abgeschlossen. Es sind dies bei den nicht-ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten rund mehr als ein Viertel (27.6%) und bei den Ärztinnen und Ärzten ein kleiner Anteil (5.6%).

Die meisten Psychotherapeuten (76.5%) haben eine Psychotherapieausbildung abgeschlossen. Rund ein Viertel (22.8%) gab an, noch in der Ausbildung zu sein und drei Personen (0.7%) haben noch nicht mit der Psychotherapieausbildung begonnen. Einige Therapeuten haben mehr als eine Psychotherapieausbildung abgeschlossen.

Die Häufigkeitsverteilung nach Therapierichtungen zeigt sich wie folgt: Systemische Psychotherapie (32.3%), Kognitive Verhaltenstherapie (28.6%), verschiedene tiefenpsychologisch orientierte Richtungen (19.7%), Psychoanalyse (19.3%), Personzentrierte Gesprächspsychotherapie (15.6%), Körperorientierte Psychotherapie (12.2%), Gestalt-Psychotherapie (7.1%) und Schematherapie (3.7%). Ein Viertel (25.2%) gab zusätzlich Ausbildungen in weiteren Psychotherapierichtungen an.

Zwei Drittel aller Psychotherapeuten (67.3%) haben einen Fachtitel für Psychotherapie erworben: Psychotherapeutin/Psychotherapeut FSP (44.0%), Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (29.6%), Psychotherapeutin/Psychotherapeut SPV/ASP (16.3%) und Psychotherapeutin/Psychotherapeut SBAP (12.0%).

Tabelle 5: Fachliche Qualifikation der Stichprobe

	ärztliche Psychothera- peutinnen und - therapeuten		nicht-ärztliche Psychothera- peutinnen und - therapeuten		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
	108	26.2	304	73.8	412	100
Studienabschluss in						
Medizin	106	98.1	-		106	25.7
Medizin und Psychologie	2	1.9	-		2	0.5
Psychologie	-		286	94.1	286	69.4
anderem Fach *	-		18	5.9	18	4.4
Höchster Hochschulabschluss						
Promotion	79	73.1	34	11.2	113	27.4
Staatsexamen	29	26.9	-		29	7.0
Lizenziat	-		141	46.4	141	34.2
Diplom	-		74	24.3	74	18.0
Master of Science	-		46	15.1	46	11.1
anderer	-		8	2.6	8	1.9
Früherer Berufsabschluss	6	5.6	84	27.6	90	21.8
Psychotherapieausbildung						
abgeschlossen	98	90.7	217	71.4	315	76.5
noch in Ausbildung	9	8.3	85	28.0	94	22.8
noch nicht begonnen	1	0.9	2	0.7	3	0.7
Psychotherapierichtung						
Gestalt-Psychotherapie	8	7.5	21	7.0	29	7.1
Körperorientierte Psychotherapie	10	9.3	40	13.2	50	12.2
Personzentrierte Gesprächspsychotherapie	11	10.3	53	17.5	64	15.6
Psychoanalyse	40	37.4	39	12.9	79	19.3
Andere tiefenpsychologisch orientierte Richtungen **	34	31.48	47	15.46	81	19.7
Systemische Psychotherapie	41	38.3	91	30.1	132	32.3
Kognitive Verhaltenstherapie	24	22.4	93	30.8	117	28.6
Schematherapie	3	2.8	12	4.0	15	3.7
Andere ***	28	26.2	75	24.8	103	25.2
Fachtitel für Psychotherapie	84	78.5	192	63.4	276	67.3
Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psycho- therapie	82	97.6	-		82	29.6
Psychotherapeutin/Psychotherapeut FSP	-		122	63.2	112	44.0
Psychotherapeutin/Psychotherapeut SBAP	-		33	17.2	33	12.0
Psychotherapeutin/Psychotherapeut ASP	2	2.4	43	22.4	45	16.3

* Anderes Studienfach, z.B. Pädagogik, Elektrotechnik, Germanistik, Geschichte, Heilpädagogik, Kulturtechnik, Mathematik, Musik, Oekonomie, Physik, Romanistik, Sport, Theologie

** Andere tiefenpsychologisch orientierte Richtungen, z. B. Analytische Psychologie, Daseinsanalyse, Gruppenpsychotherapie, Individualpsychologie, Katathym Imaginative Psychotherapie, Psychodrama, Transaktionsanalyse

*** Andere Psychotherapierichtungen, z.B. DBT, Ego-State-Therapie, Logotherapie und Existenzanalyse, Hypnotherapie, Interpersonale Psychotherapie, Traumatherapie

7.2.3 Psychotherapeutische Berufstätigkeit und Berufserfahrung

Eine Übersicht über die psychotherapeutische Berufstätigkeit und Berufserfahrung der Stichprobe zeigt Tabelle 6.

Die meisten Psychotherapeuten (89.6%) arbeiten an einer Arbeitsstelle, während einige auch zusätzlich an einer zweiten (9.0%) oder dritten (1.4%) Arbeitsstelle tätig sind.

Im Durchschnitt beträgt die Dauer der Berufserfahrung fast fünfzehn Jahre ($M = 14.81$, $SD = 10.76$, $R = 1_{\text{Min.}} - 44_{\text{Max.}}$). Die Berufsanfänger mit bis zu einem Jahr Berufserfahrung machen den kleinsten Teil (5.2%) der Stichprobe aus. Ein Fünftel (20.8%) arbeitet seit zwei bis fünf Jahren und absolviert vermutlich noch die Therapieausbildung. Der Anteil mit sechs bis zehn Jahren Berufserfahrung beträgt 16.9%, währenddem die Gruppe mit Berufserfahrung von 11 bis 20 Jahren einen Viertel (26.3%) und diejenige mit langjähriger Berufserfahrung von mehr als 20 Jahren fast einen Drittel (30.7%) ausmacht.

Insgesamt verteilen sich die Arbeitsorte mit rund je einem Viertel auf ambulante Einrichtungen (24.5%), Gemeinschaftspraxen (26.2%) und Einzelpraxen (28.6%) sowie etwas weniger auf stationäre Einrichtungen (17.9%) oder andere Arbeitsorte (3.2%). Bei der Gruppe der Ärztinnen und Ärzte fällt auf, dass der grösste Teil (41.7%) in einer Einzelpraxis tätig ist. Dies zeigt sich auch bei der Arbeitsform, da 70.4% der ärztlichen Psychotherapeuten selbstständig erwerbend sind. Grösstenteils sind die nichtärztlichen Psychotherapeuten angestellt (39.5%) oder selbstständig erwerbend (32.6%), der kleinere Teil ist angestellt und in leitender Funktion (6.6%) oder delegiert arbeitend (21.1%).

Drei Viertel der Stichprobe ist mit einem Pensum 40% bis 80% psychotherapeutisch tätig. Der Rest arbeitet entweder in kleinen Pensen von weniger als 40% (11.2%) oder Vollzeit (14.9%).

Tabelle 6: Berufstätigkeit und Berufserfahrung der Stichprobe

	ärztliche Psychothera- peutinnen und -therapeuten		nicht-ärztliche Psychothera- peutinnen und -therapeuten		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
	108	26.2	304	73.8	412	100
Aktuelle psychotherapeutische Berufstätigkeit	108	98.2	304	97.1	412	100.0
davon an einer Arbeitsstelle	99	91.7	270	88.8	369	89.6
zwei Arbeitsstellen	8	7.4	29	9.5	37	9.0
mehr als zwei Arbeitsstellen	1	0.9	5	1.6	6	1.4
Dauer der Berufserfahrung ($M = 14.81$, $SD = 10.76$, $R = 1_{\text{Min.}} - 44_{\text{Max.}}$)						
1 Jahr	1	1.0	19	6.7	20	5.2
2 bis 5 Jahre	7	6.9	73	25.9	80	20.8
6 bis 10 Jahre	11	10.8	54	19.1	65	16.9
11 bis 20 Jahre	32	31.4	69	24.5	101	26.3
mehr als 20 Jahre	51	50.0	67	23.8	118	30.7
Arbeitsort						
Stationäre Einrichtung	15	13.9	55	18.1	70	17.9
Ambulante Einrichtung	16	14.8	85	28.0	101	24.5
Gemeinschaftspraxis	30	27.8	78	25.7	108	26.2
Einzelpraxis	45	41.7	73	24.0	118	28.6
anderer	1	0.9	12	3.9	13	3.2

Fortsetzung Tabelle 6: Berufstätigkeit und Berufserfahrung der Stichprobe

	ärztliche Psychotherapeu- tinnen und -therapeuten		nicht-ärztliche Psychotherapeu- tinnen und -therapeuten		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
	108	26.2	304	73.8	412	100
Arbeitsform						
angestellt	10	9.3	120	39.5	130	31.6
angestellt mit leitender Funktion	21	19.4	20	6.6	41	10.0
delegiert arbeitend	-		64	21.1	64	15.5
selbstständig arbeitend	76	70.4	99	32.6	175	42.5
Arbeitspensum						
100%	34	32.1	27	8.9	61	14.9
mehr als 80%	31	29.2	86	28.4	117	28.6
mehr als 60%	22	20.8	72	23.8	94	23.0
mehr als 40%	12	11.3	79	26.1	91	22.2
weniger als 40%	7	6.6	39	12.8	46	11.2

7.3 Emotionen in der psychotherapeutischen Praxis

Gegenübertragungsphänomene, die von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchschnittlich als am „schwierigsten“ erlebt werden, sind wie Abbildung 3 zeigt *Ohnmachtsgefühle* (M=3.48, SD=1.13), *Hoffnungslosigkeit* (M=3.47, SD=1.22), *Angst* (M=2.82, SD=1.38), *Schuldgefühle* (M=2.80, SD=1.27), *Ärger* (M=2.69, SD=0.94), *Gekränkt Sein* (M=2.68, SD=1.15), *Müdigkeit* (M=2.67, SD=1.13), *Langeweile* (M=2.63, SD=1.21), *Verwirrung* (M=2.49, SD=1.10) und *Belästigungsgefühle* (M=2.49, SD=1.59). Diese Gefühle gehören gemäss Faller (1999) zu den Faktoren *Hoffnungslosigkeit* und *Ärger*. Weiter werden *Helferhaltung* (M=2.46, SD=1.06) und *Aktivitätsbedürfnis* (M=2.46, SD=1.02), welche Faller (1999) dem Faktor *Hilfsbereitschaft* zuordnet, als etwas weniger „schwierig“ erlebt. Es folgen *Anspannung* (M=2.44, SD=0.91), *Abgrenzungsbedürfnisse* (M=2.42, SD=0.96), *Ekel* (M=2.35, SD=1.81) und *Besorgtheit* (M=2.33, SD=1.08). Die Gegenübertragungsphänomene des Faktors *Sympathie* werden durchschnittlich als „wenig schwierig“ erlebt.

Bei der Betrachtung der Mittelwerte muss berücksichtigt werden, dass nicht nur der erlebte Schwierigkeitsgrad (Likertskala von 1-5) ermittelt wurde, sondern auch die Antwortmöglichkeit bestand, dass eine Person ein Gefühl noch nie in der psychotherapeutischen Praxis erlebt hat (Skalenwert = 0). Bei den Gegenübertragungsphänomenen *Sadismus* (M=1.46, SD= 1.82), *Ekel* (M=2.35, SD=1.81), *Bemächtigungstendenzen* (M=1.65, SD=1.62) und *Liebesgefühle* (M=1.18, SD=1.42) zeigt sich dies in der breiten Streuung, weil die meisten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten angaben, dass sie dieses Gefühl noch nie in der psychotherapeutischen Praxis erlebt haben (Modus=0) (vgl. Anhang F).

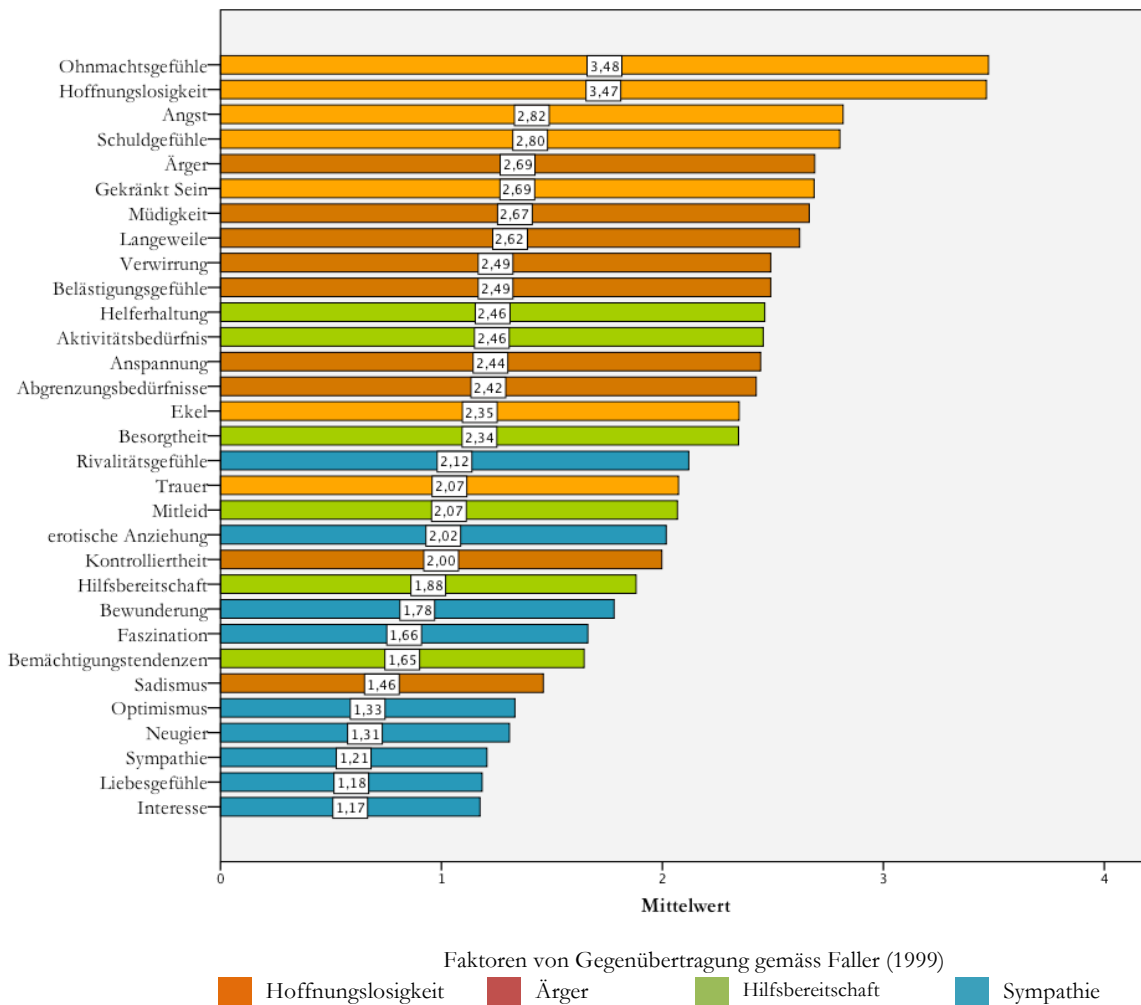


Abbildung 3: Erlebter Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragung

Hypothese A.1: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erleben gewisse Emotionen im Sinne von Gegenübertragungsphänomenen als „schwierig“.
Hypothese A.1 kann teilweise angenommen werden.

7.3.1 Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf Gegenübertragung

Gemäss der einfaktoriellen Varianzanalyse ANOVA (Tabelle 7) erleben Frauen im Vergleich zu Männern die Gegenübertragungsphänomene *Ohnmachtsgefühle* und *Hoffnungslosigkeit* signifikant „schwieriger“. Dagegen erleben Männer *Anspannung* als signifikant „schwieriger“ im Vergleich zu den Frauen. Die Geschlechtszugehörigkeit erklärt 2% der Varianz von *Ohnmachtsgefühlen* bzw. 1% der Varianz in Bezug auf *Hoffnungslosigkeit* und *Anspannung*. Der Effekt der Mittelwertunterschiede ist gemäss Cohen (1988) für alle drei Gegenübertragungsphänomene als schwach zu beurteilen.

Tabelle 7: Zusammenfassung der ANOVA für Geschlecht (uV) und Gegenübertragung (aV)

Abhängige Variable	Gesamt	N	M	SD	Quadrat-summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
<i>Ohnmachtsgefühle</i>									
	Frauen	288	3.57	1.12					
	Männer	124	3.26	1.07					
Zwischen den Gruppen					8.404	1	8.404	6.887	0.009**
Innerhalb der Gruppen					500.353	410	1.220		
Effektstärke n. Cohen (1988)	schwach ($w^2=0.016$)								
<i>Hoffnungslosigkeit</i>									
	Frauen	288	3.57	1.22					
	Männer	124	3.23	1.15					
Zwischen den Gruppen					9.560	1	9.560	6.655	0.010**
Innerhalb der Gruppen					588.964	410	1.436		
Effektstärke n. Cohen (1988)	schwach ($w^2=0.013$)								
<i>Anspannung</i>									
	Frauen	288	2.38	0.90					
	Männer	124	2.59	0.92					
Zwischen den Gruppen					3.706	1	3.706	4.522	0.034*
Innerhalb der Gruppen					336.010	410	0.820		
Effektstärke n. Cohen (1988)	schwach ($w^2=0.009$)								

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Hypothese A.2: Zwischen den Geschlechtern zeigt sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf den subjektiv erlebten Schwierigkeitsgrad von spezifischen Gegenübertragungsphänomenen.

Hypothese A.2 kann teilweise bestätigt werden.

7.3.2 Unterschiede der Berufsgruppen in Bezug auf Gegenübertragung

Einzig beim Gegenübertragungsgefühl *Angst* zeigt die einfaktorielle Varianzanalyse ANOVA (Tabelle 8) einen signifikanten Unterschied zwischen den Berufsgruppen. Die ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erleben *Angst* als signifikant schwieriger als ihre nicht-ärztlichen Berufskolleginnen und -kollegen.

Tabelle 8: Zusammenfassung der ANOVA für Berufsgruppe (uV) und Gegenübertragung (aV)

Abhängige Variable	Gesamt	N	M	SD	Quadrat-summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
<i>Angst</i>									
	Ärztl. PT	108	3.06	1.21					
	Nicht-ärztl. PT	304	2.73	1.41					
Zwischen den Gruppen						1		Statistik _a 5.179	0.024*
Innerhalb der Gruppen						218			

PT = Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

_a Asymptotisch F-verteilt (Welch-Test)

Hypothese A.3: Zwischen den Berufsgruppen (ärztliche bzw. nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) zeigt sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf den subjektiv erlebten Schwierigkeitsgrad von spezifischen Gegenübertragungsphänomenen.

Hypothese A.3 kann nur für das Gegenübertragungsphänomen *Angst* bestätigt werden.

7.3.3 Gegenübertragung und Psychotherapieausbildung

In Bezug auf die Gegenübertragungsphänomene *Angst* und *Abgrenzungsbedürfnisse* ergab die einfaktorielle Varianzanalyse ANOVA (Tabelle 9) signifikante Mittelwertunterschiede in der Einschätzung des Schwierigkeitsgrades zwischen den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung im Vergleich mit Berufskolleginnen und -kollegen, welche die Psychotherapieausbildung noch nicht abgeschlossen, inkl. diejenigen, die gar noch nicht begonnen haben.

Abgrenzungsbedürfnisse werden von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychotherapieabschluss als signifikant „schwieriger“ erlebt als von ihren Berufskolleginnen und -kollegen mit beendeter Ausbildung. Ob jemand die Psychotherapieausbildung abgeschlossen hat oder noch nicht erklärt 2% der Varianz, was gemäss Cohen (1988) einem schwachen Effekt entspricht.

Angst wird von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Psychotherapieabschluss als signifikant „schwieriger“ erlebt im Vergleich zu Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne abgeschlossener Psychotherapieausbildung.

Tabelle 9: Zusammenfassung der ANOVA für Psychotherapieausbildung (uV) und Gegenübertragung (aV)

Abhängige Variable	Gesamt	N	M	SD	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
<i>Abgrenzungsbedürfnisse</i>									
PTA beendet		315	2.35	0.94					
PTA noch nicht beendet		97	2.68	0.93					
Zwischen den Gruppen					8.292	1	8.292	9.229	0.003**
Innerhalb der Gruppen					368.375	410	0.898		
Effektstärke n. Cohen (1988)		schwach ($w^2=0.020$)							
<i>Angst</i>									
Beendete PTA		315	2.96	1.31					
PTA noch nicht beendet		97	2.37	1.45					
Zwischen den Gruppen						1		12.550	0.001**
Innerhalb der Gruppen						147			

PTA = Psychotherapieausbildung

^a Asymptotisch F-verteilt (Welch-Test)

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Hypothese A.4: In Bezug auf den erlebten Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragungsphänomenen unterscheiden sich Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung signifikant von Berufskolleginnen und -kollegen, welche sich noch in Ausbildung befinden.

Hypothese A.4 kann nur für die beiden Gegenübertragungsphänomene *Abgrenzungsbedürfnissen* und *Angst* bestätigt werden.

7.3.4 Unterschiede im subjektiven Erleben von Gegenübertragung je nach Alter bzw. Berufserfahrung

Eine multiple lineare Regressionsanalyse ergab, dass weder der Prädiktor *Alter* noch der Prädiktor *Berufserfahrung* den erlebten Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragung signifikant voraussagen kann.

Hypothese A.5: Mit zunehmendem Alter bzw. zunehmender Berufserfahrung verändert sich der subjektiv erlebte Schwierigkeitsgrad von spezifischen Gegenübertragungssphänomenen.
Hypothese A.5 muss abgelehnt werden.

7.4 Emotionsregulationsstrategien von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Zur Beantwortung des *Fragebogens zur Emotionsregulation* (EER) wurden die Psychotherapeutinnen und -therapeuten gebeten, ein für sie als besonders schwierig erlebtes Gegenübertragungsphänomen auszuwählen. Die meisten Personen (18.9%) wählten *Ohnmachtsgefühle* als besonders schwieriges Gefühl. Es folgen *Hoffnungslosigkeit* (12.38%), *Ekel* (9.22%), *Angst* (6.07%), *Belästigungsgefühle* (5.34%), *Sadismus* (5.34%), *Ärger* (4.85%), *Schuldgefühle* (4.37%), *Müdigkeit* (4.13%), *Langeweile* (3.64%) und *Gekränkt Sein* (3.64%). Die anderen Gegenübertragungsgefühle wurden weniger als von 3% der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ausgewählt (Anhang G).

Die Auswertung der Antworten zum Umgang mit einem schwierigen Gefühl (EER) zeigt, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten überwiegend über adaptive Emotionsregulationsstrategien verfügen (Abbildung 4). Ausgeprägt sind *Reflexion* (M=4.54, SD=1.17), *Soziale Unterstützung* (M=3.93, SD=1.63) und *Empathie/Perspektivenübernahme* (M=3.82, SD=1.31) gefolgt von der maladaptiven Emotionsregulation *Musterreflexion* (M=3.36, SD=1.49) und der adaptiven *Körperwahrnehmung (Nutzen)* (M=3.04, SD=1.60). In absteigender Reihenfolge zeigen sich die restlichen maladaptiven Emotionsregulationsskalen *Belastung/Überforderung* (M=2.61, SD=1.34), *Körperwahrnehmung (Ausdruck)* (M=2.26, SD=1.34), *Externalisierung*, *Verrückung*, *Ablenkung*, *Rückzug/Lähmung*, *Spontaneität*, *sich Verlieren*, *Dissoziation* und *Blackout*.

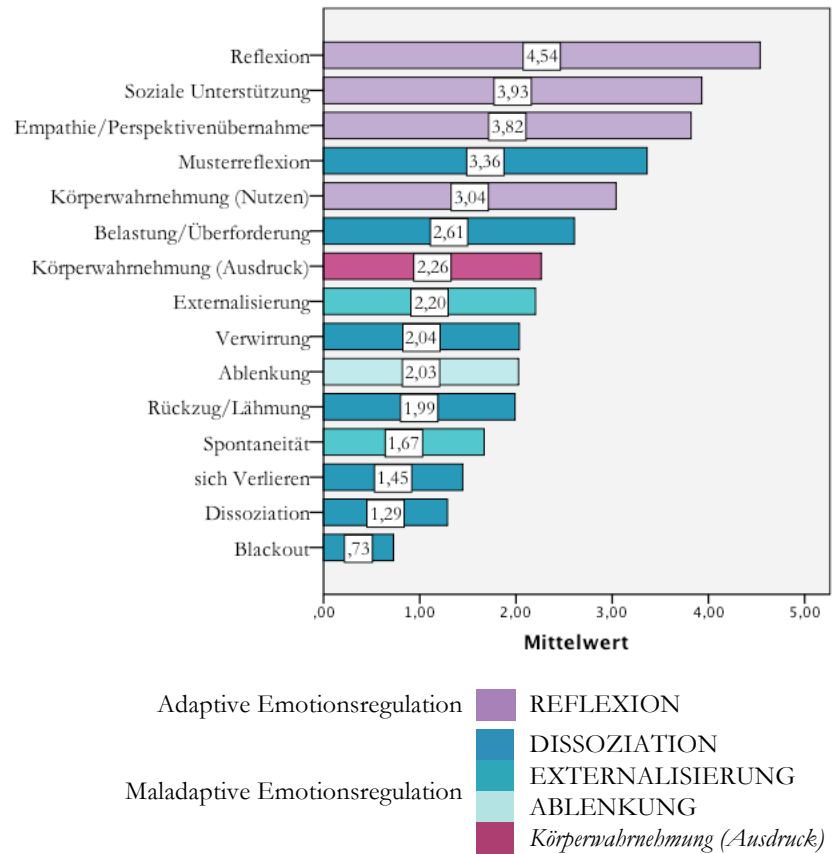


Abbildung 4: Emotionsregulationsstrategien von Psychotherapeutinnen und –therapeuten

Hypothese B.1: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten weisen spezifische Emotionsregulationsstrategien auf.

Hypothese B.1 kann angenommen werden.

7.4.1 Mittelwertvergleich mit einer anderen nicht-klinischen Stichprobe

Aufgrund des Vergleichs der Mittelwerte der Emotionsregulation (EER) von Psychotherapeutinnen und –therapeuten mit denjenigen einer anderen nicht-klinischen Stichprobe (Benecke et al., 2008) kann festgehalten werden, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei der maladaptiven Emotionsregulation durchschnittlich tiefere Werte und in der adaptiven Emotionsregulation höhere Werte als die Vergleichsgruppe aufweisen (Anhang H). Die Berechnung des Standardfehlers der Mittelwertdifferenz ergab, dass diese Unterschiede bei allen Skalen ausser denjenigen der maladaptiven Emotionsregulation *Belastung/Überforderung* und *Externalisierung* signifikant sind.

Hypothese B.2: Im Vergleich zu einer anderen nicht-klinischen Stichprobe weisen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten höhere Werte in den Strategien der adaptiven Emotionsregulation auf.

Hypothese B.2 kann angenommen werden.

Hypothese B.3: Im Vergleich zu einer anderen nicht-klinischen Stichprobe weisen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten tiefere Werte in den Strategien der maladaptiven Emotionsregulation auf.

Hypothese B.3 kann für fast alle maladaptiven Emotionsregulationsstrategien bestätigt werden.

7.4.2 Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf Emotionsregulation

Mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse ANOVA wurde überprüft, ob sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die Emotionsregulation zeigt.

Gemäss Tabelle 10 ist der Mittelwertunterschied bei der Skala *Soziale Unterstützung* signifikant. Demnach holen sich Frauen signifikant mehr soziale Unterstützung als die Männer. Die Geschlechtszugehörigkeit erklärt 4% der Varianz, was als schwacher bis mittlerer Effekt bezeichnet werden kann (Cohen, 1988).

Tabelle 10: Zusammenfassung der ANOVA für Geschlecht (uV) und Emotionsregulation (aV)

Abhängige Variable	Gesamt	N	M	SD	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
<i>Soziale Unterstützung</i>	Frauen	288	4.05	1.60					
	Männer	124	3.65	1.68					
	Zwischen den Gruppen				14.517	1	14.517	5.523	0.019*
Innerhalb der Gruppen					1077.646	410	2.628		

Effektstärke n. Cohen (1988) schwach bis mittel ($w^2=0.04$)

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Hypothese B.4: Zwischen den Geschlechtern zeigt sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf spezifische Strategien der Emotionsregulation.

Hypothese B.4 kann nur für die adaptive Emotionsregulationsstrategie *Soziale Unterstützung* bestätigt werden.

7.4.3 Unterschiede zwischen den Berufsgruppen in Bezug auf Emotionsregulation

Nach der einfaktoriellen Varianzanalyse ANOVA (Tabelle 11) weisen nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen und –therapeuten signifikant höhere Mittelwerte in der Skala *Körperwahrnehmung (Nutzen)* auf als ihre ärztlichen Berufskolleginnen und –kollegen. Demnach erklärt die Zugehörigkeit zur Berufsgruppe 4% der Varianz, was gemäss Cohen (1988) als ein schwach bis mittlerer Effekt bezeichnet werden kann.

Dagegen haben ärztliche Psychotherapeutinnen und –therapeuten durchschnittlich signifikant tiefere Werte in der maladaptiven Emotionsregulation *Impulsivität/Spontaneität* als ihre nicht-ärztlichen Kolleginnen und Kollegen. Die Berufsgruppe (ärztliche bzw. nicht-ärztliche Psychotherapeuten) erklärt 1% der Varianz; der Effekt gemäss Cohen (1988) ist schwach.

Tabelle 11: Zusammenfassung der ANOVA für Berufsgruppe (uV) und Emotionsregulation (aV)

Abhängige Variable	Gesamt	N	M	SD	Quadrat-summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
<i>Körperwahrnehmung (Nutzen)</i>									
Ärztl. PT		108	2.71	1.64					
Nicht-ärztl. PT		304	3.15	1.57					
Zwischen den Gruppen					15.327	1	15.327	6.082	0.014*
Innerhalb der Gruppen					1033.248	410	2.520		
Effektstärke n. Cohen (1988)		schwach bis mittel ($w^2=0.04$)							
<i>Impulsivität/ Spontaneität</i>									
Ärztl. PT		108	1.48	1.07					
Nicht-ärztl. PT		304	1.74	1.09					
Zwischen den Gruppen					5.368	1	5.368	4,558	0.033*
Innerhalb der Gruppen					482.850	410	1.178		
Effektstärke n. Cohen (1988)		schwach ($w^2=0.01$)							

PT = Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Hypothese B.5: Zwischen den Berufsgruppen (ärztliche bzw. nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) zeigt sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf spezifische Strategien der Emotionsregulation.
Hypothese B.5 kann nur für die adaptive Emotionsregulation Körperwahrnehmung (Nutzen) und die maladaptive Emotionsregulation Spontaneität angenommen werden.

7.4.4 Emotionsregulation und Psychotherapieausbildung

Gemäss der einfaktoriellen Varianzanalyse ANOVA (Tabelle 12) weisen Psychotherapeutinnen und –therapeuten mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung signifikant höhere Werte in der maladaptiven Skala *Körperwahrnehmung (Ausdruck)* und in der adaptiven *Reflexion* auf.

Ob Psychotherapeutinnen und –therapeuten noch in der Psychotherapieausbildung sind oder sie bereits abgeschlossen haben erklärt 2% der Varianz in Bezug auf *Reflexion* und entspricht einem schwachen Effekt. Die erklärte Varianz des Standes der Psychotherapieausbildung beträgt bei *Körperwahrnehmung (Ausdruck)* 5%, was einem schwachen Effekt gleichkommt.

Tabelle 12: Zusammenfassung der ANOVA für Psychotherapieausbildung (uV) und Emotionsregulation (aV)

Abhängige Variable	Gesamt	N	M	SD	Quadrat-summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
<i>Körperwahrnehmung (Ausdruck)</i>									
PTA beendet		315	2.33	1.17					
PTA noch nicht beendet		97	2.04	1.21					
Zwischen den Gruppen					6.236	1	6.236	4.468	0.035*
Innerhalb der Gruppen					572.278	410	1.396		
Effektstärke n. Cohen (1988)		schwach ($w^2=0.02$)							
<i>Reflexion</i>									
Beendete PTA		315	4.66	1.31					
PTA noch nicht beendet		97	4.15	1.22					
Zwischen den Gruppen					19.163	1	19.163	14.414	0.000***
Innerhalb der Gruppen					545.069	410	1.329		
Effektstärke n. Cohen (1988)		mittel ($w^2=0.05$)							

PTA = Psychotherapieausbildung

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Hypothese B.6: In Bezug auf spezifische Strategien der Emotionsregulation unterscheiden sich Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung signifikant von Berufskolleginnen und -kollegen, welche sich noch in Ausbildung befinden.
Hypothese B.6 kann nur für die Skalen Körperwahrnehmung (Ausdruck) und Reflexion bestätigt werden.

7.4.5 Alter bzw. Berufserfahrung als Prädiktoren für Emotionsregulation

Die multiple lineare Regressionsanalyse (Tabelle 13) ergab, dass sich das *Alter* für die adaptive Emotionsregulation als hochsignifikanter Prädiktor in Bezug auf *Körperwahrnehmung (Nutzen)* und signifikant für *Reflexion* sowie für die maladaptive Emotionsregulation *Körperwahrnehmung (Ausdruck)* erwies.

Die Dauer der *Berufserfahrung* schlägt sich nieder in tieferen Werten der maladaptiven Emotionsregulation. Mit zunehmender Berufserfahrung wird die Ausprägung der Skala *Rückzug/Lähmung* hochsignifikant tiefer. Signifikant ist dieser Zusammenhang auch bei *Ablenkung*, *Blackout* und *Sich Verlieren*, wo die Werte mit zunehmender Berufserfahrung abnehmen.

Tabelle 13: Zusammenfassung der Multiplen Regressionsanalyse von Alter bzw. Berufserfahrung (uV) als Prädiktoren für Emotionsregulation (aV)

Abhängige Variable	Signifikante Prädiktoren	Erklärungskraft des Modells		Effektstärke	Beta	T	df	Signifikanz
		R ²	%					
Adaptive Emotionsregulation								
<i>Körperwahrnehmung (Nutzen)</i>	<i>Alter</i>	0.028	2.8	klein	0.306	3.400	381	0.001**
<i>Reflexion</i>	<i>Alter</i>	0.010	1.0	klein	0.180	1.980	381	0.048*
Maladaptive Emotionsregulation								
<i>Körperwahrnehmung (Ausdruck)</i>	<i>Alter</i>	0.012	1.2	klein	0.231	2.550	381	0.011*
<i>Rückzug/Lähmung</i>	<i>Berufserfahrung</i>	0.026	2.6	klein	-0.239	-2.650	381	0.008**
<i>Ablenkung</i>	<i>Berufserfahrung</i>	0.030	3.0	klein	-0.188	-2.095	381	0.037*
<i>Blackout</i>	<i>Berufserfahrung</i>	0.006	0.6	klein	-0.183	-2.015	381	0.045*
<i>Sich Verlieren</i>	<i>Berufserfahrung</i>	0.005	0.5	klein	-0.179	-1.970	381	0.050*

* p ≤ 0.05, ** p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

Hypothese B.7: Mit zunehmendem Alter bzw. Berufserfahrung weisen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten höhere Werte in den Strategien der adaptiven Emotionsregulation resp. tiefere Werte in den Strategien der maladaptiven Emotionsregulation auf.
Hypothese B.7 kann teilweise bestätigt werden.

7.5 Emotionale Schemata von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Wie Abbildung 5 zeigt, ist das Schema *Überhöhte Standards/übertrieben kritische Haltung* bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten am stärksten ausgeprägt und zeigt auch die breiteste Streuung ($M=3.28$, $SD=1.31$). Es folgen die Schemata *Selbstaufopferung* ($M=2.90$, $SD=0.95$), *Streben nach Zustimmung und Anerkennung* ($M=2.60$, $SD=0.94$), *Strafneigung* ($M=2.47$, $SD=0.77$), *Anspruchshaltung/Grandiosität* ($M=2.21$, $SD=0.88$), *Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin* ($M=2.20$, $SD=0.91$) und *Emotionale Verlassenheit/Instabilität* ($M=2.02$, $SD=0.91$).

Die am wenigsten ausgeprägten Schemata sind *Abhängigkeit/Inkompetenz* ($M=1.30$, $SD=0.52$), *Unzulänglichkeit/Scham* ($M=1.40$, $SD=0.59$), *Anfälligkeit für Schädigungen und Krankheiten* ($M=1.44$, $SD=0.60$), *Versagen* ($M=1.53$, $SD=0.73$) und *Emotionale Gehemmtheit* ($M=1.57$, $SD=0.75$). Eine Übersichtstabelle über die Werte aller Schemata von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten findet sich in Anhang I.

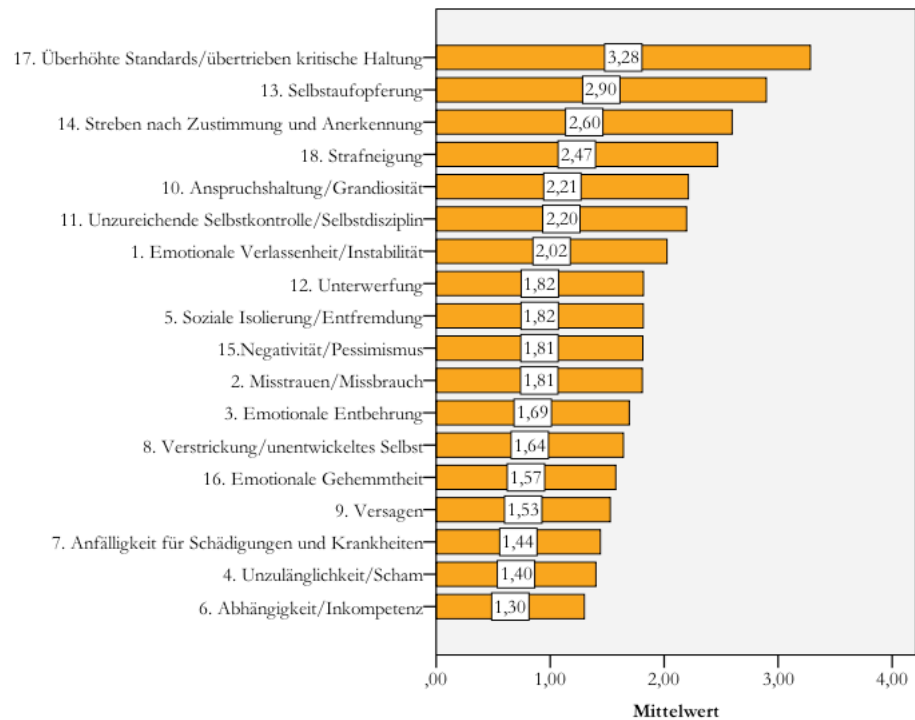


Abbildung 5: EMS von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Hypothese C.1: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zeigen in gewissen emotionalen Schemata höhere Ausprägungen.

Hypothese C.1 wird angenommen

Hypothese C.1.1: Folgende Schemata zeigen sich in einer hohen Ausprägung: *Soziale Isolierung/Entfremdung*, *Selbstaufopferung*, *Anspruchshaltung/Grandiosität*, *Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin*, *Emotionale Gehemmtheit* sowie *Überhöhte Standards/übertrieben kritische Haltung*.

Hypothese C.1.1 kann teilweise bestätigt werden.

7.5.1 Mittelwertvergleich mit einer anderen nicht-klinischen Stichprobe

Der Vergleich der emotionalen Schemata von Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit denjenigen einer anderen nicht-klinischen Stichprobe aus der neusten Revision des YSQ-S3 (Kriston et al., in press) zeigt, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in allen 18 Schemata durchschnittlich tiefere Werte aufweisen.

Die Berechnungen der z-Werte des Standardfehlers der Mittelwertdifferenzen ergaben, dass diese Unterschiede bei allen Schemata ausser bei *Verstrickung/unentwickeltes Selbst* signifikant sind (Anhang J).

Hypothese C.2: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben im Vergleich mit einer anderen nicht-klinischen Stichprobe durchschnittlich tiefere Werte in den Schemata.
Hypothese C.2 kann für fast für alle Schemata bestätigt werden.

7.5.2 Emotionale Schemata und Geschlecht

Nicht alle Schemata zeigten eine ausreichende Normalverteilung in Bezug auf die Geschlechter und wurden deshalb rangtransformiert.

Die einfaktorielle Varianzanalyse ANOVA zeigt für einige Schemata signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Tabelle 14). Männer weisen bei den Schemata *Misstrauen/Missbrauch*, *Unterwerfung*, *Emotionale Gebemmtbeit*, *Soziale Isolierung/Entfremdung* und *Anspruchsbaltung/Grandiosität* signifikant höhere Mittelwerte auf als die Frauen.

Tabelle 14: Zusammenfassung der ANOVA für Geschlecht (uV) und Schemata (aV)

Abhängige Variable	Gesamt	N	M	SD	df	F	Signifikanz
<i>Emotionale Gebemmtbeit</i> ¹							
	Frauen	288	1.47	0.66			
	Männer	124	1.81	0.88			
Zwischen den Gruppen					1	18.15	0.000***
Innerhalb der Gruppen					410		
<i>Soziale Isolierung/Entfremdung</i> ¹							
	Frauen	288	1.74	0.88			
	Männer	124	2.00	0.90		Statistik _a	
Zwischen den Gruppen					1	13.03	0.000***
Innerhalb der Gruppen					252		
<i>Unterwerfung</i> ¹							
	Frauen	288	1.75	0.77			
	Männer	124	1.98	0.88			
Zwischen den Gruppen					1	7.18	0.008**
Innerhalb der Gruppen					410		

¹ Rangtransformierte Skalen

^a Asymptotisch F-verteilt (Welch-Test)
 * p ≤ 0.05, ** p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

Tabelle 14: Zusammenfassung der ANOVA für Geschlecht (uV) und Schemata (aV)

<i>Abhängige Variable</i>	Gesamt	N	M	SD	df	F	Signifikanz
<i>Anspruchshaltung/Grandiosität</i>							
	Frauen	288	2.14	0.84			
	Männer	124	2.39	0.92		Statistik ^a	
Zwischen den Gruppen					1	6.97	0.009**
Innerhalb der Gruppen					240		
<i>Misstrauen/Missbrauch¹</i>							
	Frauen	288	1.76	0.69			
	Männer	124	1.92	0.75			
Zwischen den Gruppen					1	4.03	0.045*
Innerhalb der Gruppen					410		
¹ Rangtransformierte Skalen					^a Asymptotisch F-verteilt (Welch-Test)		
					* p ≤ 0.05, ** p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001		

Hypothese C.3: Zwischen den Geschlechtern zeigt sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf spezifische emotionale Schemata.
Hypothese C. 3 kann teilweise bestätigt werden.

7.5.3 Emotionale Schemata bei den Berufsgruppen

Auch in Bezug auf die Berufsgruppen zeigte sich nicht bei allen EMS eine ausreichende Normalverteilung und diese wurden deshalb rangtransformiert.

Ärztliche Psychotherapeutinnen und –therapeuten weisen in sechs Schemata durchschnittlich höhere Werte auf als die nicht-ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Der Unterschied zwischen den Berufsgruppen ist gemäss dem Ergebnis der Varianzanalyse ANOVA (Tabelle 13) bei den Schemata *Misstrauen/Missbrauch*, *Emotionale Entbehrung*, *Anspruchshaltung/Grandiosität*, *Strafneigung*, *Soziale Isolierung/Entfremdung* und *Emotionale Gebemtheit* signifikant.

Tabelle 15: Zusammenfassung der ANOVA für Berufsgruppe (uV) und Schemata (aV)

<i>Abhängige Variable</i>	Gesamt	N	M	SD	df	F	Signifikanz
<i>Soziale Isolierung/Entfremdung¹</i>							
	Ärztl. PT	108	2.08	1.04			
	Nicht-ärztl. PT	304	1.72	0.82		Statistik ^a	
Zwischen den Gruppen					1	8.29	0.004**
Innerhalb der Gruppen					176		
<i>Emotionale Gebemtheit¹</i>							
	Ärztl. PT	108	1.79	0.87			
	Nicht-ärztl. PT	304	1.50	0.69		Statistik ^a	
Zwischen den Gruppen					1	7.68	0.006**
Innerhalb der Gruppen					174		
PT = Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten					^a Asymptotisch F-verteilt (Welch-Test)		
¹ Rangtransformierte Skalen					* p ≤ 0.05, ** p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001		

Fortsetzung Tabelle 15: Zusammenfassung der ANOVA für Berufsgruppe (uV) und Schemata (aV)

Abhängige Variable	Gesamt	N	M	SD	df	F	Signifikanz
<i>Strafneigung</i>							
	Ärztl. PT	108	2.64	0.82			
	Nicht-ärztl. PT	304	2.41	0.74		Statistik ^a	
Zwischen den Gruppen					1	8.22	0.011*
Innerhalb der Gruppen					410		
<i>Emotionale Entbehrung¹</i>							
	Ärztl. PT	108	1.91	1.12			
	Nicht-ärztl. PT	304	1.62	0.92			
Zwischen den Gruppen					1	6.20	0.013*
Innerhalb der Gruppen					410		
<i>Misstrauen/Missbrauch¹</i>							
	Ärztl. PT	108	1.97	0.78			
	Nicht-ärztl. PT	304	1.75	0.67			
Zwischen den Gruppen					1	5.99	0.015*
Innerhalb der Gruppen					410		
<i>Anspruchshaltung/Grandiosität</i>							
	Ärztl. PT	108	2.36	0.89			
	Nicht-ärztl. PT	304	2.16	0.87		Statistik ^a	
Zwischen den Gruppen					1	4.60	0.05*
Innerhalb der Gruppen					410		
PT = Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten					^a Asymptotisch F-verteilt (Welch-Test)		
¹ Rangtransformierte Skalen					* p ≤ 0.05, ** p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001		

Hypothese C.4: Zwischen den Berufsgruppen (ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten) zeigt sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf spezifische emotionale Schemata.
Hypothese C. 4 kann teilweise angenommen werden.

7.6 Zusammenhang zwischen EMS und erlebten Emotionen

Der Zusammenhang der Schemata mit dem erlebten Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragungsphänomenen wurde mit einer Multiplen Linearen Regressionsanalyse mit der Rückwärts-Ausschlussmethode von unwichtigen Prädiktoren überprüft.

Tabelle 16 zeigt eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Regressionsanalyse. Nachfolgend werden die Ergebnissen in der Reihenfolge der Ausprägung der Schemata bei der untersuchten Stichprobe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beschrieben.

Das am stärksten ausgeprägte Schema *Überhöhte Standards/übertrieben kritische Haltung* ist ein höchstsignifikanter Prädiktor für den erlebten Schwierigkeitsgrad der Gegenübertragungsphänomene *Ohnmachtsgefühle* und *Hoffnungslosigkeit* sowie hochsignifikant für *Schuldgefühle*. Es zeigt sich zudem auch ein Zusammenhang zum erlebten Schwierigkeitsgrad von *Gekränkt Sein*, *Müdigkeit* und *Verwirrung*.

Das zweitstärkste Schema *Selbstaufopferung* hat keine Voraussagekraft für die erlebte Schwierigkeit eines der 31 Gegenübertragungsphänomene.

Je stärker das Schema *Streben nach Zustimmung und Anerkennung* ausgeprägt ist, um so schwieriger werden *Ärger*, *Hoffnungslosigkeit*, *Angst* und *Verwirrung* erlebt; dagegen wird *Müdigkeit* als weniger schwierig erlebt.

Psychotherapeutinnen und –therapeuten mit stärkerer Ausprägung des Schemas *Strafneigung* erleben das Gefühl der *Helferhaltung* tendenziell als weniger schwierig.

Bei höheren Werten im Schema *Anspruchshaltung/Grandiosität* ist anzunehmen, dass Gegenübertragungsphänomene wie *Ohnmachtsgefühle*, *Hoffnungslosigkeit*, *Schuldgefühle* und *Helferhaltung* als weniger schwierig erlebt werden.

Psychotherapeutinnen und –therapeuten mit dem Schema *Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin* erleben *Ohnmachtsgefühle*, *Hoffnungslosigkeit*, *Schuldgefühle*, *Gekränkt Sein*, *Müdigkeit* und *Langeweile* als schwierig.

Hypothese D.1: Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen spezifischen emotionalen Schemata und dem subjektiv erlebten Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragungsphänomenen.
Hypothese D.1 kann teilweise bestätigt werden.

Tabelle 16: Zusammenfassung der Multiplen Regressionsanalyse der EMS (uV) als Prädiktoren für den Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragung (aV)

Abhängige Variable	Prädiktoren im finalen Modell	Erklärungskraft des Modells		Effektstärke	Beta	T	df	Signifikanz
		R ²	%					
Ohnmachtsgefühle	Überhöhte Standards/ übertrieben kritische Haltung	0.101	10.1	mittel	0.212	4.0	398	0.000***
	Unzureichende Selbstkontrolle/ Selbstdisziplin				0.207	4.2	398	0.000***
	Anspruchshaltung/ Grandiosität				-0.180	-3.36	398	0.001***
	Anfälligkeit für Krankheiten und Schädigung				0.115	2.26	398	0.24*
Hoffnungslosigkeit	Anspruchshaltung/ Grandiosität	0.070	7.0	klein	-0.233	-4.10	398	0.000***
	Unzureichende Selbstkontrolle/ Selbstdisziplin				0.179	3.01	398	0.003**
	Überhöhte Standards/ übertrieben kritische Haltung				0.167	2.671	398	0.008**
	Streben nach Zustimmung und Anerkennung				0.128	2.09	398	0.37*
Angst	Negativität/ Pessimismus	0.103	10.3	gross	0.215	3.11	398	0.002**
	Versagen				-0.144	-2.62	398	0.009**
Schuldgefühle	Anspruchshaltung/ Grandiosität	0.068	6.8	klein	-0.157	-2.76	398	0.006**
	Überhöhte Standards/ übertrieben kritische Haltung				0.126	2.19	398	0.029*
	Emotionale Verlassenheit/ Instabilität				0.122	2.14	398	0.033*
	Unzureichende Selbstkontrolle/ Selbstdisziplin				0.112	2.03	398	0.043*
Ärger	Streben nach Zustimmung und Anerkennung	0.081	8.1	mittel	0.164	2.67	398	0.008**
	Unzureichende Selbstkontrolle/ Selbstdisziplin				0.164	3.07	398	0.002**
Gekränkt Sein	Emotionale Verlassenheit/ Instabilität	0.110	11.0	mittel	0.133	2.37	398	0.018*
	Soziale Isolierung/ Entfremdung				-0.152	-2.35	398	0.019*
	Unzulänglichkeit/ Scham				0.125	2.124	398	0.034*
	Überhöhte Standards/ übertrieben kritische Haltung				0.126	2.06	398	0.040*
	Emotionale Gebemtheit				0.112	2.00	398	0.046*
Müdigkeit	Unzureichende Selbstkontrolle/ Selbstdisziplin	0.030	3.0	klein	0.150	2.65	398	0.008**
	Überhöhte Standards/ übertrieben kritische Haltung				0.154	2.56	398	0.011*
	Streben nach Zustimmung und Anerkennung				-0.148	-2.34	398	0.020*
Langeweile	Unzureichende Selbstkontrolle/ Selbstdisziplin	0.059	5.9	klein	0.165	2.91	398	0.004**
	Anfälligkeit für Schädigungen oder Krankheiten				0.126	2.11	398	0.035*
Verwirrung	Überhöhte Standards/ übertrieben kritische Haltung	0.055	5.5	klein	0.155	2.48	398	0.014*
	Anspruchshaltung/ Grandiosität				-0.141	-2.44	398	0.015*
	Streben nach Zustimmung und Anerkennung				0.137	2.26	398	0.027*
Belästigungsgefühle	Emotionale Verlassenheit/ Instabilität	0.025	2.5	klein	0.145	2.48	398	0.013*
Helferbaltung	Anspruchshaltung/ Grandiosität	0.037	3.7	klein	-0.177	-2.99	398	0.003**
	Strafneigung				-0.118	-2.08	398	0.039*

7.7 Zusammenhang zwischen EMS und Emotionsregulation

Mit einer Multiplen linearen Regressionsanalyse mit der Rückwärts-Ausschlussmethode von unwichtigen Prädiktoren, wurde der Zusammenhang von emotionalen Schemata als Prädiktoren für die Ausprägung der Emotionsregulation überprüft. Die wichtigsten Ergebnisse der Regressionsanalyse sind in Tabelle 17 zusammengefasst und zeigen, dass die dysfunktionalen emotionalen Schemata (EMS) weniger Bezug zur adaptiven Emotionsregulation aufweisen jedoch stärker mit maladaptiver Emotionsregulation zusammenhängen.

Die Beschreibung der Ergebnisse erfolgt anhand der Reihenfolge des Ausprägungsgrads der EMS bei Psychotherapeutinnen und –therapeuten der untersuchten Stichprobe.

Das am stärksten ausgeprägte Schema *Überhöhte Standards/übertrieben kritische Haltung* erweist sich als hoch signifikant für die Ausprägung der maladaptiven Emotionsregulationsskalen *Belastung/Überforderung* und *Rückzug/Lähmung* sowie signifikant für eine geringere Ausprägung der Skala *Impulsivität/Spontaneität*. Je höher das zweitstärkste Schema *Selbstaufopferung* desto weniger ist *Rückzug/Lähmung* ausgeprägt. Das Schema *Streben nach Zustimmung und Anerkennung* zeigt sich als signifikanter Prädiktor für die adaptive Emotionsregulation der Beanspruchung von *Sozialer Unterstützung* und für die maladaptive Emotionsregulation *Externalisierung*.

Je stärker das Schema *Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin* desto höher sind die Skalenwerte für *Blackout*, *Verwirrung* und *Rückzug/Lähmung*, doch desto tiefer ist die Skala *Externalisierung*. Das Schema *Emotionale Verlassenheit/Instabilität* erweist sich als höchst signifikanter Prädiktor für die adaptive Emotionsregulation der Beanspruchung *sozialer Unterstützung* und als signifikant für maladaptive Emotionsregulation wie *Belastung/Überforderung*, *Verwirrung*, *Ablenkung*, *Rückzug/Lähmung*, *Sich Verlieren* und höchstsignifikant für *Dissoziation*.

Als höchstsignifikant erweist sich zudem das Schema *Misstrauen/Missbrauch* für die maladaptive Emotionsregulation *Blackout*. Weiter lassen sich aufgrund ausgeprägter *Emotionaler Gebremtheit* tiefere Werte der adaptiven Emotionsregulation *Soziale Unterstützung* voraussagen. Je stärker die Schemata *Anfälligkeit für Schädigung oder Krankheiten* und *Abhängigkeit/Inkompetenz* bzw. je weniger die Schemata *Emotionale Entbehrung* oder *Verstrickung/unentwickeltes Selbst* desto ausgeprägter die maladaptive Emotionsregulation *Impulsivität/Spontaneität*. Ein weiterer signifikanter Zusammenhang zeigt sich zwischen dem Schema *Unterwerfung* und der maladaptiven Emotionsregulation *Sich Verlieren*. Das Schema *Abhängigkeit/Inkompetenz* hängt mit höheren Werten der maladaptiven *Körperwahrnehmung (Ausdruck)* zusammen.

Hypothese E.1: Es zeigt sich eine Beziehung zwischen spezifischen EMS und den Strategien der Emotionsregulation.

Hypothese E.1 kann teilweise bestätigt werden.

Tabelle 17: Zusammenfassung der Multiplen Regressionsanalyse der EMS (uV) als Prädiktoren für Emotionsregulation (aV)

Abhängige Variable	Prädiktoren im finalen Modell	Erklärungskraft des Modells		Effektstärke	Beta	T	df	Signifikanz
		R ²	%					
Adaptive Emotionsregulation								
Soziale Unterstützung	Emotionale Verlassenheit/ Instabilität	0.082	8.2	klein bis mittel	0.239	4.160	13	0.000***
	Streben nach Zustimmung und Anerkennung				0.121	2.010	398	0.045*
	Emotionale Gebemtheit				-0.118	-2.079		0.038*
Maladaptive Emotionsregulation								
Körperwahrnehmung (Ausdruck)	Abhängigkeit/ Inkompetenz	0.020	2.0	klein	0.124	2.055	13 398	0.041*
Musterreflexion	Unzulänglichkeit/ Scham	0.053	5.3	klein	0.127	2.069	13 398	0.039*
Belastung/ Überforderung	Emotionale Verlassenheit/ Instabilität	0.119	11.9	mittel	0.131	2.320	13	0.021*
	Überhöhte Standards/ übertrieben kritische Haltung				0.188	3.283	398	0.001**
Externalisierung	Unzureichende Selbstkontrolle/ Selbstdisziplin	0.043	4.3	klein	-0.143	-2.494	13	0.013*
	Streben nach Zustimmung und Anerkennung				0.135	2.243	398	0.025*
Verwirrung	Unzureichende Selbstkontrolle/ Selbstdisziplin	0.098	9.8	mittel	0.131	2.349	13	0.019*
	Emotionale Verlassenheit/ Instabilität				0.129	2.296	398	0.022*
Ablenkung	Abhängigkeit/ Inkompetenz	0.081	8.1	klein bis mittel	-0.150	-2.603		0.010**
	Emotionale Verlassenheit/ Instabilität				0.136	2.328	13	0.020*
	Emotionale Entbehrung				-0.119	-2.264	398	0.024*
Rückzug/ Lähmung	Überhöhte Standards/ übertrieben kritische Haltung	0.123	12.3	mittel	0.161	2.656		0.008**
	Unzureichende Selbstkontrolle/ Selbstdisziplin				0.134	2.534	13	0.012*
	Selbstaufopferung				-0.132	-2.278	398	0.023*
	Emotionale Verlassenheit/ Instabilität				0.129	2.288		0.023*
Impulsivität/ Spontaneität	Überhöhte Standards/ übertrieben kritische Haltung	0.091	9.1	mittel	-0.144	-2.371		0.018*
	Emotionale Entbehrung				-0.128	-2.308		0.021*
	Verstrickung/ unentwickeltes Selbst				-0.113	-2.083	13	0.038*
	Anfälligkeit für Schädigung oder Krankheiten				0.121	2.010	398	0.045*
Sich Verlieren	Abhängigkeit/ Inkompetenz	0.128	12.8	mittel	0.115	1.995		0.047*
	Unterwerfung				0.138	2.335	13	0.020*
	Emotionale Verlassenheit/ Instabilität				0.119	2.144	398	0.033*
Dissoziation	Emotionale Verlassenheit/ Instabilität	0.092	9.2	mittel	0.223	3.860	13 398	0.000***
Blackout	Unzureichende Selbstkontrolle/ Selbstdisziplin	0.128	12.8	mittel	0.211	3.842	13	0.000***
	Misstrauen/ Missbrauch				0.278	4.799	398	0.000***

8. Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersucht persönliche emotionale Schemata von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten anhand des Konzepts der „Early Maladaptive Schemas“ (EMS) nach Young et al. (2008) im Hinblick auf deren Bedeutung im Umgang mit subjektiv als schwierig erlebten Emotionen in der psychotherapeutischen Praxis.

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden Daten von 412 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der deutschsprachigen Schweiz via Onlinebefragung erhoben und analysiert.

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Hypothesenüberprüfung (Kap. 7) vor dem Hintergrund der zusammengestellten Theorie interpretiert und die Fragestellung beantwortet. Es folgt eine kritische Auseinandersetzung mit der Methodik sowie ein Fazit mit weiterführenden Gedanken.

Emotionen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der psychotherapeutischen Praxis

Psychotherapeuten erleben die Gegenübertragungspänomene *Ohnmachtsgefühle*, *Hoffnungslosigkeit*, *Angst*, *Schuldgefühle*, *Ärger*, *Gekränkt Sein*, *Müdigkeit*, *Langeweile*, *Verwirrung* und *Belästigungsgefühle* als am schwierigsten (vgl. Kap 7.3). Diese Gefühle entsprechen gemäss Faller (1999) der negativen oder resignativen Gegenübertragung und sind nicht förderlich für die Qualität einer therapeutischen Beziehung (Kap. 2.2).

Speziell zu betrachten sind die Gegenübertragungsgefühle *Sadismus*, *Ekel*, *Bemächtigungstendenzen* und *Liebesgefühle*. Der grösste Teil der hier untersuchten Stichprobe hat solche Gefühle in der therapeutischen Praxis noch nie erlebt. Diejenigen Therapeuten, die solche Gegenübertragungspänomene kennen, bewerteten sie jedoch als sehr schwierig. Fraglich ist, ob diese Angaben in Verbindung mit der effektiven therapeutischen Erfahrung stehen. Möglicherweise könnten es aber auch Abwehrmechanismen gegenüber sehr bedrohlichen, nicht zum Kontext der Therapie passenden Emotionen sein, welche verdrängt werden müssen.

Die genannten Gegenübertragungspänomene sind vermutlich meist mit einer hohen Erregung verbunden (Russel, 2003) und werden deshalb als unangenehm und stressvoll erlebt (Znoj, Herperts & Mundt, 2008) (Kap. 3.1.5). Da der Kontext der Therapiesituation mitberücksichtigt werden muss (Gross, 1998; 1999), werden diese Emotionen als Gefahr für die therapeutische Beziehung bewertet und durch den hohen Anspruch an die eigene Professionalität als sehr herausfordernd erlebt (vgl. Kap. 1.1 und 1.2).

Es erstaunt kaum, dass Gegenübertragungspänomene, welche sich gemäss Faller (1999) günstig auf die Therapiebeziehung auswirken, als nicht schwierig erlebt werden.

Unterschiede im erlebten Schwierigkeitsgrad der Gegenübertragung zeigen sich zwischen den Geschlechtern, zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Therapeuten und je nachdem, ob die Psychotherapieausbildung schon abgeschlossen ist oder noch nicht.

Frauen erleben die Gegenübertragungsphänomene *Ohnmachtsgefühle* und *Hoffnungslosigkeit* als signifikant schwieriger als Männer. In Bezug auf *Anspannung* verhält es sich umgekehrt; Männer erleben dieses Gefühl als schwieriger (Kap. 7.3.1). *Ohnmachtsgefühle* und *Hoffnungslosigkeit* entsprechen gemäss Faller (1999) einer Haltung, die durch Resignation und Aufgeben gekennzeichnet ist, während *Anspannung* zur negativen Gegenübertragung gehört (vgl. Kap. 2.2). Es ist denkbar, dass diese Unterschiede in Verbindung mit der Übertragung durch die Patienten stehen. Möglicherweise dienen weibliche Psychotherapeuten eher als Projektionsfläche für frühe Bindungserfahrungen zur Primärbezugsperson und erfahren mehr unbewusste Hilfsappelle oder Übertragung von *Ohnmachtsgefühlen* oder *Hilflosigkeit* durch die Patienten.

Weshalb Männer *Anspannung* als schwieriger erleben, kann aufgrund von Alltagsbeobachtungen vermutet werden. Männer neigen tendenziell eher dazu, wahrgenommene Probleme als Appell aufzufassen, um rasch nach Lösungen zu suchen und zu handeln. Das Therapiesetting erfordert jedoch häufig eine vorsichtige Annäherung an ein Problem, bis Patienten in der Lage sind, das zentrale Thema zu erleben und dadurch im Sinne der Wirkfaktoren nach Grawe (1998) aktualisieren und bewältigen zu können. Dies erfordert Geduld, steigert die Anspannung und wird möglicherweise deshalb als sehr schwierig erlebt.

Angst wird von den ärztlichen Psychotherapeuten als signifikant schwieriger erlebt, als von ihren nicht-ärztlichen Berufskollegen (Kap. 7.3.2). Laut Stirn (2002) kann Angst als Gegenübertragung entstehen aufgrund von Widerständen der Patienten, welche die therapeutische Beziehung gefährden. Oder sie treten in einer depressiven Form im Sinne Rackers (1997) auf, die mit der Befürchtung verbunden ist, den Patienten geschadet zu haben (Kap. 2.3). Doch neben Patienten- oder Persönlichkeitsvariablen spielen vermutlich die berufliche Sozialisation und Entwicklung eine zusätzliche, bedeutende Rolle. In der medizinischen Ausbildung und Tätigkeit, steht die Möglichkeit eines „Worst Case“ und dessen Verhinderung im Zentrum. Es ist anzunehmen, dass Angst in diesem Sinne eine Signalfunktion hat und mit bedrohlichen Situationen assoziiert ist, wie sie im psychiatrischen Arbeitsumfeld eher vorkommen. Nicht zuletzt tragen Ärztinnen und Ärzte die Verantwortung, wenn die psychologische Betreuung nicht mehr ausreicht und eine ärztliche Intervention notwendig wird, z.B. bei Selbst- oder Fremdgefährdung durch Patienten. Dies könnte der Grund sein, weshalb Ärztinnen und Ärzte wie schon DeCoster und Egan (2001) feststellten, Angst stärker wahrnehmen und emotional darauf reagieren (Kap. 2.3).

Auch Therapeuten mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung erleben *Angst* im Vergleich zu den sich in Ausbildung befindenden Therapeuten als signifikant schwieriger (Kap. 7.3.3). Da Berufsanfänger meist in ein Team von Fachpersonen eingebunden sind und unter Supervision arbeiten, sind sie wahrscheinlich weniger bedrohlichen, Angst auslösenden Situationen ausgesetzt. In Anlehnung an die vorherigen Hypothesen in Bezug auf die Gruppe der ärztlichen Therapeuten scheint der Aspekt der Verantwortung wesentlich. Zudem kann das Erleben und das richtige Einschätzen der Gegenübertragung *Angst* als ein Zeichen der Professionalität und Kompetenz gewertet werden. Diese Auffassung wird gestützt durch Hayes et al. (2011), die den adäquaten Umgang mit Angst als einen Prädiktor für den erfolgreichen Umgang mit Gegenübertragung identifiziert haben (Kap. 2.4).

Psychotherapeuten in Therapieausbildung empfinden das Gefühl, sich abgrenzen zu müssen, als signifikant schwieriger als ihre Berufskollegen mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung (Kap. 7.3.3). Wie Sachse und Rudolf (2008) feststellten, bringen Berufsanfänger häufig überhöhte Ansprüche an die eigene Person mit (Kap. 1.2) und haben wahrscheinlich Mühe, sich *Abgrenzungsbedürfnisse* einzugestehen, da diese nicht mit ihren Idealen und Berufsvorstellungen vereinbar sind.

Aufgrund des *Alters* oder der *Dauer der Berufserfahrung* lässt sich der erlebte Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragung nicht voraussagen (Kap. 7.3.4). Das deutet darauf hin, dass das Emotionserleben stärker mit der Persönlichkeit und weniger mit der Lebens- oder Berufserfahrung zusammenhängt. Schon Lucas und Baird (2004) haben festgestellt, dass der Zusammenhang von Persönlichkeit und Emotionserleben über die Zeit sehr stabil ist (Kap. 3.2.5).

Emotionsregulationsstrategien von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Insgesamt kann bei Psychotherapeutinnen von einer gelungenen Emotionsregulation ausgegangen werden, wenn sie schwierige Emotionen in der Praxis erleben, denn sie weisen vorwiegend adaptive Emotionsregulationsstrategien auf (Kap. 7.4). Stark ausgeprägt sind *Reflexion*, *Soziale Unterstützung* und *Empathie/Perspektivenübernahme*, welche Kernkompetenzen für den psychotherapeutischen Beruf im Sinne von Holt und Luborsky (1958) widerspiegeln (Kap. 1.1). Dass Therapeuten sich *soziale Unterstützung* holen, wenn sie mit schwierigen Emotionen in der therapeutischen Praxis konfrontiert sind, lässt u.a. auf den hohen Wert der Supervision schliessen (Willutzki et al., 2005) (Kap. 1.3).

Die maladaptive Emotionsregulationsstrategie *Musterreflexion*, welche gemäss Benecke et al. (2008) in Verbindung mit dem Suchen nach Mustern in den eigenen Reaktionen bis hin zu Grübeln zu sehen ist, steht an vierter Stelle. Diese Ausprägung weist darauf hin, dass Psychotherapeuten sehr stark ihr eigenes Erleben und Verhalten reflektieren. Was zunächst als hilf-

reich für die psychotherapeutische Arbeit erscheint, könnte in sehr ausgeprägtem Mass dazu führen, dass das Grübeln und in der Folge Selbstzweifel sich verstärken. Damit steigt die Gefahr von emotionaler Erschöpfung oder ein „Burnout“ zu erleiden (Fengler, 2001) (Kap. 1.2). Auch die adaptive Emotionsregulation *Körperwahrnehmung (Nutzen)* ist stark ausgeprägt. Scheinbar können Psychotherapeuten die körperlichen Korrelate von Emotionen gut wahrnehmen und für die Emotionsregulation nutzen. Schwächer ausgeprägt ist bei ihnen der *Ausdruck* der *Körperwahrnehmung*. Diese umfasst körperliche Signale wie Tränen, Erröten, Zittern etc., die nicht verborgen werden können oder offen gezeigt und genutzt werden, um anderen das eigene Befinden zu zeigen. Im Kontext der Psychotherapie ist diese Emotionsregulationsstrategie nicht angepasst oder gar dysfunktional. Der tiefere Wert dieser Skala deutet jedoch darauf hin, dass Psychotherapeuten im Umgang mit Gegenübertragung diese Prozesse adäquat steuern können.

Die maladaptiven Skalen *Rückzug/Lähmung*, *sich Verlieren*, *Dissoziation* und *Blackout*, welche einem Scheitern der Emotionsregulation gleichkommen und längerfristig gravierende Auswirkungen auf die psychische und körperliche Leistungsfähigkeit haben könnten, sind bei Psychotherapeuten sehr schwach ausgeprägt. Dieses Ergebnis bestätigt die Aussage Jacobs (2011), dass Therapeuten in der Regel keine „schweren“ Störungen aufweisen.

Auch im Vergleich zu einer anderen nicht-klinischen Stichprobe zeigen Psychotherapeuten höhere Werte in der adaptiven Emotionsregulation und tiefere Werte in der maladaptiven Emotionsregulation (Kap. 7.4.1). Dies lässt auf ihre hohen Fähigkeiten in Bezug auf Wahrnehmung und Reflexion von emotionalen Prozessen schliessen.

Zwischen den Geschlechtern zeigt sich in Bezug auf die Skala *Soziale Unterstützung* ein signifikanter Unterschied (Kap. 7.4.2). Therapeutinnen holen sich beim Erleben von schwierigen Emotionen in der Praxis signifikant mehr soziale Unterstützung als ihre männlichen Kollegen. Dies könnte ein Phänomen widerspiegeln, das auch im Alltag zu beobachten ist. Tendenziell tun sich Männer schwerer, Hilfe oder Unterstützung zu beanspruchen. Die Frage stellt sich, ob dies ein geschlechtsspezifisches Schema darstellt, welches in der psychotherapeutischen Ausbildung thematisiert werden müsste. In der *sozialen Unterstützung* liegt ein grosses Potential für eine gelungene Emotionsregulation und es wäre auch für männliche Psychotherapeuten hilfreich, wenn sie diese Unterstützung vermehrt in Anspruch nehmen könnten, ohne allfällige Versagergefühle dabei zu haben.

Zwischen den Berufsgruppen zeigt sich ein Unterschied in zwei Skalen der Emotionsregulation (Kap. 7.4.3). Nicht-ärztliche Psychotherapeuten weisen im Vergleich zu ihren ärztlichen Kollegen signifikant höhere Werte in der adaptiven Emotionsregulation *Körperwahrnehmung (Nutzen)* auf. Eine Erklärung könnte in der beruflichen Sozialisation und im medizinischen Berufsalltag zu finden sein. Studierende der Medizin und Assistenzärzte werden oft bis zur körperlichen Leistungsgrenze gefordert, was sie dazu zwingt, ihr körperliches Befinden in den Hintergrund zu drängen. Möglicherweise sind diese Prozesse stark internalisiert. Körperbezogene Verfahren könnten wesentliche Impulse bringen, um sich diese Emotionsregulationsstrategie noch besser nutzbar zu machen.

In der maladaptiven Emotionsregulation *Spontaneität/Impulsivität* haben ärztliche Psychotherapeuten signifikant tiefere Werte als ihre nicht-ärztlichen Berufskollegen. Fraglich ist, ob Ärztinnen und Ärzte wiederum durch ihre berufliche Sozialisation lernen mussten, spontane Impulse stärker zurückzuhalten. Wäre diese Zurückhaltung zu extrem, wie es auch dem Schema *Emotionale Gebremtheit* zugeschrieben wird (Kap. 4.2.2), könnte dies negative Folgen für die Lebensqualität und den Therapieprozess haben (Kap. 4.3), wenn das Rationale zu stark betont ist. Grundsätzlich ist diese Emotionsregulation jedoch nicht stark ausgeprägt bei der untersuchten Stichprobe.

Ob die Psychotherapieausbildung beendet ist oder noch nicht, scheint sich in zwei Emotionsregulationsstrategien niederzuschlagen (Kap. 7.4.4). Psychotherapeuten mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung weisen signifikant höhere Werte in der adaptiven Emotionsregulation *Reflexion* auf. Dies lässt den Schluss zu, dass durch die ständige Auseinandersetzung mit eigenen und fremden emotionalen Prozessen in der psychotherapeutischen Tätigkeit und durch Praxiserfahrung und Weiterbildung, Reflexionsfähigkeiten erweitert werden können. Dieser Befund wird auch gestützt durch die Erkenntnisse von Butler et al. (2007) und Carstensen et al. (2003), welche soziale Lernerfahrungen und Übung als wesentlich für die Erweiterung von Emotionsregulationsfertigkeiten erachten (Kap. 3.2.2).

Es erstaunt jedoch, dass Therapeuten mit Therapieabschluss höhere Werte in der maladaptiven Emotionsregulation *Körperwahrnehmung (Ausdruck)* aufweisen als ihre Kollegen in Ausbildung. Fraglich ist, ob Berufsanfänger bei herausfordernden Emotionen eher zu zielorientierten Emotionsregulationsstrategien im Sinne von Koole (2009) neigen, welche auf Körperebene u.a. das Unterdrücken einer emotionalen Reaktion miteinschliesst. Gemäss Geraerts et al. (2006) würde sich diese Strategie jedoch als weniger effektiv erweisen im Vergleich zu kognitiven zielorientierten Strategien. Wenn jedoch der körperliche emotionale Ausdruck integriert werden kann und nicht als zusätzlicher Stressor erlebt wird, könnte dies auch eine gelungene

Emotionsregulation sein im Sinne von Gratz und Roemer (2004) oder von Horowitz et al. (1996), welche auch das Vertrauen in die eigenen Emotionen und eine Ausgewogenheit zwischen Rationalität und Emotionalität dazu zählen (Kap. 3.2.3).

Mit zunehmendem Alter kann von einer Zunahme der Fähigkeiten in der adaptiven Emotionsregulation und mit längerer Berufserfahrung von einer Abnahme der maladaptiven Emotionsregulation ausgegangen werden (Kap. 7.4.5). Die Fähigkeiten zur *Reflexion* sowie die eigene *Körperwahrnehmung* in Bezug auf Emotionen zu *nutzen* nimmt mit dem Alter zu. Je länger die Dauer der Berufserfahrung desto weniger ausgeprägt manifestieren sich die maladaptiven Emotionsregulationsstrategien *Rückzug/Lähmung*, *Ablenkung*, *Sich Verlieren* und *Blackout*.

Dieser Befund bestätigt die Annahmen von Carstensen et al. (2003) sowie Znoj (2008) (Kap. 3.2.2), dass bis ins hohe Alter Emotionsregulationsfertigkeiten verbessert werden können. Scheinbar stellt sich bei älteren oder sehr erfahrenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine gewisse Gelassenheit im Hinblick auf schwierige Emotionen ein.

Emotionale Schemata von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Bei Psychotherapeuten sind die Schemata *Überhöhte Standards/übertrieben kritische Haltung*, *Selbstaufopferung*, *Streben nach Zustimmung und Aufmerksamkeit*, *Strafneigung*, *Anspruchsbaltung/Grandiosität* und *Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin* am stärksten ausgeprägt (Kap. 7.5). Dieses Ergebnis bestätigt weitgehend die Annahmen von Leahy (2001) und Rafaeli et al. (2011), auch wenn die EMS *Soziale Isolierung/Entfremdung* und *Emotionale Entbehrung* sich bei der untersuchten Stichprobe nur in mittlerer Ausprägung manifestieren. Dagegen zeigt sich mit dem EMS *Strafneigung* zusätzliches, bisher in der Literatur zu EMS bei Therapeuten nicht erwähntes Schemata.

Gemäss Bamber und McMahon (2008) entsprechen die erhobenen EMS-Werte einer flexiblen und moderaten Form (Kap. 4.2.2). Dadurch wird die therapeutische Arbeit vermutlich kaum schwerwiegend beeinträchtigt. Da EMS kaum vollständig geheilt werden können, verbleibt wahrscheinlich eine gewisse Vulnerabilität und die Möglichkeit, dass bei grossem Stress in der Therapie diese Schemata reaktiviert werden (Rafaeli et al., 2011) (Kap. 4.3).

Die vier am stärksten ausgeprägten EMS *Überhöhte Standards/übertrieben kritische Haltung*, *Selbstaufopferung*, *Streben nach Zustimmung und Aufmerksamkeit* und *Strafneigung* entsprechen den sogenannten konditionalen Schemata (Young et al., 2008). Sie sind eher später in der Entwicklung aufgrund von Anpassungen oder Bewältigungsreaktionen auf Schemaebene entstanden (Kap. 4.2.2). Die Schemata *Strafneigung* und *Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin* werden zur Domäne III gezählt, welche Beeinträchtigungen im Umgang mit Begrenzungen umfasst. Sie gehören zu den un konditionalen, bedingungslos gültigen Schemata. Andere frühe Schemata der

Domänen I und II, welche mit negativem Emotionserleben verknüpft sind (Roediger, 2009), sind bei Psychotherapeuten weniger ausgeprägt.

Das am stärksten ausgeprägte Schema *Überhöhte Standards/übertrieben kritische Haltung* kommt gemäss Young et al. (2008) u.a. zum Ausdruck durch Perfektionismus und hohe Wertansprüche, währenddem die eigene Genussfähigkeit eingeschränkt sein kann (4.2.2). Dies widerspiegelt auch die hohe Leistungs- und Wertorientierung, welche Psychotherapeuten gemäss Rudolf (2005) mitbringen (Kap. 1.3). Dieses Schema birgt die Gefahr von Emotionaler Erschöpfung (Norcross & Guy, 2010) oder „Burnout“ (Fengler, 2001), wenn zu hohe Ansprüche oder Erwartungen an die Patienten, den Therapieerfolg oder sich selbst nicht erfüllt werden (Sachse & Rudolf, 2008) (Kap. 1.2).

Die an zweiter und dritter Stelle stehenden Schemata *Selbstaufopferung* und *Streben nach Zustimmung und Anerkennung* gehören zur Domäne IV *Fremdbezogenheit* (Kap. 4.2.2). Das Kernthema dieser Domäne ist das Bemühen, es anderen recht zu machen und sich auf Bedürfnisse, Gefühle und Verhaltensweisen anderer zu konzentrieren. Einerseits erfüllt dies gemäss Sachse (2006) wesentliche Voraussetzungen der psychotherapeutischen Arbeit (Kap. 1.1), indem dies auch die Fähigkeit beinhaltet, Aspekte der eigenen Person während des Therapieprozesses zugunsten des Gegenübers zurückzustellen und empathisch zu sein. Andererseits besteht nach Leahy (2001), die Gefahr, dass sich Psychotherapeuten zu wenig abgrenzen oder durchsetzen können bzw. Gefühle von Wut oder Enttäuschung beim Patienten umgehen (Kap. 4.3), was für den psychotherapeutischen Prozess nicht förderlich ist.

Strafneigung als weiteres ausgeprägtes Schema bei der untersuchten Stichprobe umschreibt die Haltung, dass Menschen die Konsequenzen für ihr Handeln tragen müssen und Fehler, Schwächen oder Ausnahmen nicht tolerierbar sind. Dies mag erstaunen, da man von Psychotherapeuten annehmen könnte, dass sie sehr grosses Verständnis für andere Menschen aufbringen, die nicht voll leistungsfähig und schwach sind und besonderer Aufmerksamkeit bedürfen. Eine Analyse der einzelnen Fragen des YSQ-S3 zum Schema *Strafneigung* (die letzten 5 Items in Anhang D) zeigt, dass die Frage „*Wenn ich meinen Job nicht richtig mache, muss ich auch die Konsequenzen tragen.*“ die grösste Zustimmung (Rang 1) aller Fragen überhaupt bekam. Dagegen wurde die Frage des Schemas *Strafneigung* „*Ich bin ein schlechter Mensch, der Strafe verdient hat.*“ insgesamt als am wenigsten zutreffend (Rang 90) eingeschätzt. Dies lässt den Schluss zu, dass das Schema *Strafneigung* eher eng verknüpft ist mit einem hohen Verantwortungsbewusstsein, welches die Psychotherapeuten mitbringen, und weniger in einer Selbstbestrafungsneigung zu begründen ist.

Das Schema *Anspruchshaltung/Grandiosität* umschreibt einerseits das Bestreben, Kontrolle und Macht über andere zu haben und andererseits die Überzeugung, besonders zu sein (Young et al., 2008) (Kap. 4.2.2). In Bezug auf die Psychotherapeuten bestätigt die Präsenz dieses Schemas einerseits die Auffassung Rudolfs (2005), dass häufig narzisstisch anspruchsvolle Persönlichkeitsaspekte bei dieser Berufsgruppe zu finden sind. Andererseits wie Reimer (2005) feststellte, fühlen sich u.a. Individualisten zum psychotherapeutischen Beruf hingezogen (Kap. 1.3). Der psychotherapeutische Beruf bietet tatsächlich Handlungsspielraum für eine individuelle Arbeitsweise. Zudem bedient die Rolle der Expertin oder des Experten mit umfassender Fachkompetenz (vgl. Caspar, 1997) (Kap. 1.1) den Wunsch, Einfluss auf andere zu ausüben und Ansehen bzw. einen gewissen Status zu erreichen. Wäre dieses Schema hingegen extrem ausgeprägt, bestünde die Gefahr, dass die therapeutische Beziehung durch den Anspruch an Macht und Kontrolle, idealisierenden Vorstellung mit darauf folgender Enttäuschung und Distanzierung durch die Therapeuten gefährdet wird (Norcross & Guy, 2010; Leahy, 2001) (Kap. 1.3 und 4.3).

Etwas schwächer ausgeprägt ist das Schema *Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin*, welches Young et al. (2008) als eine Tendenz zur Bequemlichkeit bzw. zu Vermeidungsverhalten umschreiben. Fraglich ist, ob betroffene Therapeuten in der Praxis im Sinne des dysfunktionalen Bewältigungsmodus des *distanzierten Beschützers* (Kap. 4.2.4) entweder durch Vermeidung von Konfrontation oder durch eine sehr gute Abgrenzungsfähigkeit bzw. Passivität, schwierige emotionale Zustände umgehen können. Mögliche Folgen wären, dass der Therapiefortschritt stagniert oder Patienten das Gefühl haben, ihre Therapeuten seien sehr distanziert oder zu wenig involviert. Da gemäss Horn-Georg & Anchor (1982) ein hohes Aktivitätsniveau sich positiv auf die Therapie auswirkt (Kap. 1.1), ist die mögliche negative Wirkung des Schemas *Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin* nicht therapiefördernd.

Im Vergleich zu einer anderen nicht-klinischen Stichprobe weisen Psychotherapeuten in fast allen Schemata signifikant tiefere Werte auf (Kap. 7.5.1).

Dieses Ergebnis lässt den Schluss zu, dass sich Psychotherapeuten durch die Auseinandersetzung mit eigenen Persönlichkeitsanteilen ihrer Schemata bewusst geworden sind und diese im Sinne von Young et al. (2008) auch teilweise heilen konnten (Kap. 4.2.2).

Bei männlichen Psychotherapeuten sind die Schemata *Misstrauen/Missbrauch*, *Unterwerfung*, *Emotionale Gebemtheit*, *Soziale Isolierung/Entfremdung* und *Anspruchshaltung/Grandiosität* stärker ausgeprägt als bei den Frauen (Kap. 7.5.2). In Bezug auf *Emotionale Gebemtheit* kann somit der Befund von Grutschpalk (2008) bestätigt werden (Kap. 4.2.2). Die höheren Werte im EMS *Anspruchshaltung/Grandiosität* könnte den Untersuchungen von Feingold (1994) entsprechen, der

bei Männern eine höheres Selbstwertgefühl feststellte. Im Hinblick auf die EMS *Misstrauen/Missbrauch*, *Unterwerfung* und *Soziale Isolierung/Entfremdung* könnte der Frage nachgegangen werden, ob es männlichen Psychotherapeuten schwerer fällt, Aspekte dieser Schemata zu bearbeiten, weil damit das Eingeständnis von Verletzbarkeit und Schwäche verbunden ist.

In den obengenannten Schemata sowie zusätzlich im Schema *Strafneigung* zeigen ärztliche Psychotherapeuten höhere Ausprägungen als ihre nicht-ärztlichen Berufskollegen. Die Hypothesen in Bezug auf die zuvor genannten geschlechtsspezifischen Unterschiede könnten auch hier zutreffen, da unter den nicht-ärztlichen Psychotherapeuten der Anteil der Frauen viel höher ist als bei den ärztlichen Psychotherapeuten. Der Unterschied im Schema *Strafneigung* ist möglicherweise zu erklären durch die Tatsache, dass in der medizinischen Berufstätigkeit ein Fehler lebensbedrohliche Folgen haben kann und deshalb dieses Schema ausgeprägter ist.

Zusammenhang zwischen Emotionalen Schemata und erlebten Emotionen

Die EMS *Überhöhte Standards/übertrieben kritische Haltung*, *Streben nach Zustimmung und Anerkennung* und *Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin* haben sich als Prädiktoren für den erlebten Schwierigkeitsgrad der Gegenübertragungsphänomene *Ohnmachtsgefühle*, *Hoffnungslosigkeit*, *Schuldgefühle*, *Gekränkt Sein*, *Müdigkeit* und *Verrückung* herausgestellt (Kap. 7.6). Es ist vorstellbar, dass diese Emotionen von ähnlicher Qualität sind wie diejenigen, die ein Kind empfindet, wenn es den hohen Ansprüchen seiner Eltern nicht genügen kann, und somit das Schema aktivieren. Andererseits könnte auch die emotionale Erregungsbereitschaft das Erleben und Bewerten dieser Gegenübertragungsphänomene beeinflussen. Im Sinne Roedigers (2011), der Gegenübertragung als Schemaaktivierung bezeichnet, ist eine Differenzierung dieser eng verknüpften emotionalen Prozesse wohl kaum möglich.

Zusätzlich prägt das Schema *Streben nach Zustimmung und Anerkennung* das Erleben von *Ärger*. Dem diesem EMS zugrundeliegenden Bedürfnis nach Zustimmung und Anerkennung steht *Ärger* diametral entgegen und wird vermutlich deshalb als sehr schwierig erlebt.

Anders verhält es sich beim Schema *Anspruchshaltung/Grandiosität*. Je stärker es ausgeprägt ist desto weniger schwierig werden *Ohnmachtsgefühle*, *Hoffnungslosigkeit*, *Schuldgefühle* und *Helferhaltung* erlebt. Möglicherweise steht dieser Zusammenhang in Verbindung mit dem Bewältigungsstil *Überkompensation* im Sinne von Jacob (2011a) (Kap. 4.2.3). Durch übertriebenes Selbstvertrauen oder dem Gefühl der Überlegenheit können diese Gegenübertragungsphänomene von sich ferngehalten werden und vermitteln dadurch den Eindruck von Macht und Kontrolle über die Situation (Young et al., 2008). Aus der Sicht der Patienten könnte diese Haltung als mangelndes Gespür für ihre Bedürfnisse und Gefühle empfunden werden.

Zusammenhang zwischen Emotionalen Schemata und Emotionsregulation

Es erstaunt wenig, dass zwischen den frühen maladaptiven Schemata EMS und der maladaptiven Emotionsregulation ein enger Zusammenhang besteht (Kap. 7.7). Dieses Ergebnis entspricht den Befunden von Ng und Diener (2009) und Wood et al. (2003), wonach Personen mit höheren *Neurotizismus*-Werten, d.h. der Tendenz zu emotionaler Labilität, Ängstlichkeit, Nervosität, Traurigkeit, Anspannung, was grundsätzlich im Zusammenhang mit EMS gesehen werden kann, zu eher maladaptiven Emotionsregulationsstrategien neigen (Kap. 3.2.5).

Psychotherapeuten mit höherer Ausprägung der Schemata *Emotionale Verlassenheit/Instabilität* und *Streben nach Zustimmung und Anerkennung* holen sich auch vermehrt *soziale Unterstützung*, während das Schema *Emotionale Gebemtheit* das Gegenteil bewirkt. Dieses Ergebnis deckt sich mit denjenigen von Kokkonen und Pulkkingen (2001), welche das Persönlichkeitsmerkmal *Extraversion* als Prädiktor für adaptive Emotionsregulation diagnostizierten (Kap. 3.2.5). Die Strategie, bei schwierigen emotionalen Zuständen *soziale Unterstützung* zu beanspruchen, könnte in Bezug zum EMS *Emotionale Verlassenheit/Instabilität* ein Merkmal von Schemaheilung darstellen, während beim EMS *Streben nach Zustimmung und Anerkennung* eher von Aufrechterhaltung bzw. beim EMS *Emotionale Verlassenheit/Instabilität* von Schemavermeidung ausgegangen werden kann (Kap. 4.2.2 und 4.2.3).

Aufgrund des Schemas *Überhöhte Standards/übertrieben kritische Haltung*, welches bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten am stärksten ausgeprägt ist, lassen sich höhere Werte in der maladaptiven Emotionsregulation *Belastung/Überforderung* und *Rückzug/Lähmung* feststellen, jedoch geringere in Bezug auf *Impulsivität/Spontaneität*. Offenbar können Psychotherapeuten mit hohen Ansprüchen an ihre Professionalität auch besser ihre Impulse oder spontane Reaktion zurückhalten. In diesem Sinne wirkt das Schema im Kontext der Therapie eher funktional. Doch die Gefahr in diesem Schema besteht, wie auch Leahy (2001) beschreibt, sich inkompetent und wertlos zu fühlen, wenn die eigenen Ansprüche nicht erfüllt werden. Wie schon Norcross und Guy (2010) feststellten (Kap. 1.2), drohen emotionale Erschöpfung, körperliche Isolation und psychischer Rückzug, was auch Merkmale der beiden Schemata *Belastung/Überforderung* und *Rückzug/Lähmung* umschreiben.

Andere EMS, welche bei Psychotherapeuten schwach ausgeprägt sind, wie z.B. *Emotionale Verlassenheit/Instabilität* ziehen maladaptive Emotionsregulationsstrategien wie *Dissoziation*, *Sich Verlieren*, *Rückzug/Lähmung*, *Ablenkung*, *Verwirrung*, *Belastung/Überforderung* nach sich; das Schema *Misstrauen/Missbrauch* zeigt sich in *Blackout*. Diese Zusammenhänge sind plausibel und lassen auf eine grosse Übereinstimmung der Konzepte der EMS mit denjenigen der Emotionsregulationsstrategien schliessen.

8.1 Methodenkritik

Die Stichprobengrösse (N=412) kann als repräsentativ für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der deutschsprachigen Schweiz erachtet werden und übertrifft den aufgrund der Poweranalyse gewünschten Umfang. Psychotherapeuten, die in stationären Einrichtungen arbeiten, machen einen eher kleinen Teil (17.9%) der Stichprobe aus. Möglicherweise ist der weniger grosse Rücklauf auf die höhere zeitliche Arbeitsbelastung in einer Klinik zurückzuführen oder mehr Vorgesetzte hätten für eine Verbreitung der Umfrage in der Klinik gewonnen werden müssen.

Die Konstruktion der Onlineumfrage hat sich bewährt, in dem bei den Fragebogen keine Antwort ausgelassen werden durfte. Deshalb konnte ein kompletter Datensatz ohne fehlende Werte gewonnen werden. Um Antworten mit Tendenz zur sozialen Erwünschtheit zu minimieren, wurde der Zusicherung der Anonymität grosses Gewicht beigemessen.

Der *Young Schema Questionnaire* YSQ-S3 hat sich als reliables, valides Instrument für die Diagnostik der EMS bewährt, auch wenn die Fragen von der Stichprobe der Psychotherapeuten teilweise als sehr schwierig eingeschätzt wurden.

In Bezug auf den *Fragebogen zur Emotionsregulation* (EER) konnte im Rahmen dieser Untersuchung nicht analysiert werden, inwiefern das spezifisch ausgewählte schwierige Gefühl die Emotionsregulation beeinflusst. Möglicherweise würden sich für den Kontext der Therapie und den Umgang mit Gegenübertragung aufschlussreiche Zusammenhänge finden lassen.

Grenzen zeigen sich in Bezug auf die Beurteilung des erlebten Schwierigkeitsgrades von Gegenübertragung. Da die Variablen der Qualität der therapeutischen Beziehung und die Rolle der Patienten nicht berücksichtigt werden konnten, fehlen wesentliche Aspekte, welche zusätzlich zur reflexiven Einschätzung des erlebten Schwierigkeitsgrades den Umgang mit Gegenübertragung beeinflussen. Mit einer qualitativen Untersuchung könnten weitere interessante Aspekte zum Erleben und Regulieren von Gegenübertragung exploriert werden.

8.2 Fazit und Ausblick

Emotionale Schemata, wie die von Young et al. (2008) beschriebenen „Early Maladaptive Schemas“ EMS sind stabile Persönlichkeitsmerkmale, die alle Bereiche des Lebens beeinflussen. Bei den meisten Psychotherapeuten sind gewisse emotionale Schemata in einer flexiblen, moderaten Ausprägung vorhanden. Es ist davon auszugehen, dass diese die psychotherapeutische Tätigkeit nicht gravierend stören. Trotzdem ist es von essenzieller Bedeutung, dass sich Therapeuten mit ihren persönlichen emotionalen Schemata auseinandersetzen, da es in der Therapie wiederholt zu emotional belastenden Situationen kommt.

Da Therapeuten im Vergleich zu einer anderen nicht-klinischen Gruppe in allen EMS tiefere Werte zeigen, ist davon auszugehen, dass sie durch die Selbsterfahrung schon wichtige Schritte in der Reflexion ihrer eigenen Muster gehen und teilweise ihre Schemata „heilen“ konnten. Es scheint, dass neben den sehr frühen emotionalen Erfahrungen in der Kindheit und Jugend auch die berufsbezogene Sozialisation oder Genderaspekte einen wichtigen Einfluss auf die Ausprägung von gewissen EMS zu haben.

Während eine Veränderung der EMS mit lebenslanger, intensiver Auseinandersetzung verbunden ist, scheint die Form der Emotionsregulation leichter durch Training von Fertigkeiten oder Lebenserfahrung beeinflusst werden zu können. In Bezug auf die psychotherapeutische Tätigkeit zeigt sich dies, indem sich die maladaptive Emotionsregulation mit der Dauer der Berufserfahrung verringert. Dagegen nimmt mit zunehmendem Alter die adaptive Emotionsregulation zu. Insgesamt verfügen Psychotherapeuten über mehr adaptive als maladaptive Emotionsregulationsstrategien, weshalb die ständige Auseinandersetzung, Wahrnehmung und Reflexion in der Ausbildung und der täglichen Praxis von Therapeuten als ein wichtiger Lerneffekt zu erachten ist.

Wie Psychotherapeuten Gegenübertragung erleben, kann mit ihren persönlichen Schemata zusammenhängen. Der erlebte Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragung ist jedoch wahrscheinlich genauso stark geprägt durch den Kontext, durch Patientenvariablen und durch die berufliche Lerngeschichte. So kann ein als schwierig erlebtes Gegenübertragungsgefühl wie es in Bezug auf *Angst* diskutiert wurde (Kap. 8), ein wichtiges Zeichen der Kompetenz darstellen, um eine Situation richtig einzuschätzen und notwendige Handlungen vorzunehmen.

Für die Diagnostik von eigenen EMS in der Ausbildung und Selbsterfahrung von Psychotherapeuten ist der *Young Schema Questionnaire* YSQ-S3 (Berbalk, Grutschpalk, Parfy & Zarbock, 2006) gut einsetzbar. Das Erkennen eigener EMS könnte vor allem Berufsanfängern helfen, indem sie sich der möglichen Auswirkungen der jeweiligen Schemas für die therapeutische Arbeit bewusst werden und im Sinne einer eigenen Fallkonzeption Strategien erarbeiten, ihre EMS zu heilen. Das in dieser Arbeit untersuchte Thema beschäftigt offenbar - wie die Resonanz zeigt - vor allem auch erfahrene Berufsleute. Diese könnten mit dem Konzept der EMS vertraut gemacht werden, um wiederholte Schwierigkeiten strukturiert anzugehen und neue Verhaltensweisen zu erproben. Weitere Untersuchungen zur Akzeptanz des EMS-Modells und den Transfer für die psychotherapeutische Praxis wären notwendig.

Interessant wären weitere empirische Erkenntnisse zur komplexen Interaktion von Patienten und Therapeuten unter Miteinbezug von Patienten- und Kontextvariablen. Insbesondere die Passung der EMS von Patienten und Therapeuten bietet ein Forschungsfeld, das der thera-

apeutischen Praxis und Wirksamkeitsforschung relevante Befunde liefern könnte. Für die daraus resultierende Übertragung und Gegenübertragung könnte eine qualitative Untersuchung bereichernde Informationen auch im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede ergeben.

Zu Beginn dieser Arbeit stand Freuds Zitat über Psychotherapie als einen „unmöglichen“ Beruf mit eingeschränkten Erfolgsaussichten. Eine Antwort darauf ist, dass ein Schlüssel zum „Erfolg“ als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut in der ständigen Auseinandersetzung mit dem Gegenüber und mit sich selbst liegt. Dann kann die therapeutische Tätigkeit wie schon Yalom (2002) meinte, als ein Geschenk bezeichnet werden, welches das Leben mit Sinn und Zweck erfüllt, in einem Dienst, der einem täglich über persönliche Wünsche hinauswachsen und den Blick auf die Bedürfnisse und das innere Wachstum des anderen richten lässt.

V LITERATURVERZEICHNIS

- Abler, B. & Kessler, H. (2009). Emotion Regulation Questionnaire - Eine deutschsprachige Fassung des ERQ von Gross & John. *Diagnostica*, 55, 144-152.
- Andrews, J. D. (1990). Interpersonal self-confirmation and challenge in psychotherapy. *Psychotherapy* (27), 485-504.
- Arntz, A. (2011). Schematherapie für Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59 (3), 195-204.
- BAG. (2011a). *Bundesgesetz über die universitären Medizinberufe*. [online] Bundesamt für Gesundheit: <http://www.admin.ch/ch/d/as/2007/4031.pdf>
- BAG. (2011b). *Psychologieberufegesetz*. [online] Bundesamt für Gesundheit: <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/00994/index.html?lang=de>
- Bamber, M. & McMahon, R. (2008). Danger-Early Maladaptive Schemas at Work! The Role of Early Maladaptive Schemas in Career Choice and the Development of Occupational Stress in Health Workers. *Clinical Psychology and Psychotherapy* (15), 96-112.
- Barber, J. S. & Muenz, L. R. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (5), 951-958.
- Barrett, L. F., Niedenthal, S. M. & Winkielman, S. (2005). *Emotion and Consciousness*. New York: Guilford Press.
- Benecke, C., Vogt, T., Bock, A., Koschier, A. & Peham, D. (2008). Emotionserleben und Emotionsregulation und ihr Zusammenhang mit psychischer Symptomatik. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58 (9/10), 366-370.
- Berbalk, H., Grutschpalk, J., Parfy, E. & Zarbock, G. (2006). *Young Schema Questionnaire Short Form (3rd Edition) - deutsche Fassung*. Hamburg/Eckernförde: Institut für Schematherapie.
- Berbalk, H., Grutschpalk, J., Zarbock, G. & Zaum, J. (2006a). *Young Compensation Inventory - deutsche Fassung*. Hamburg: Institut für Schematherapie.
- Berbalk, H., Grutschpalk, J., Zarbock, G. & Zaum, J. (2006b). *Young-Rygh Avoidance Inventory - deutsche Fassung*. Hamburg: Institut für Schematherapie.
- Berridge, K. C. (2003). Comparing the emotional brains of humans and other animals. In R. J. Davidson, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (S. 25-51). New York: Oxford University Press.
- Bettighofer, S. (2010). *Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., et al. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert, *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behaviour change* (S. 227-306). New York: Wiley.
- BIZ Berufsinfo. (2009). *Psychotherapeut/in*. [online] www.berufsberatung.ch.
- Borkenau, S., & Ostendorf, F. (1993). NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae. Göttingen: Hogrefe.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bühl, A. (2008). *SPSS 16*. München: Pearson.

- Butler, E. A., Lee, T. L. & Gross, J. J. (2007). Emotion regulation and culture: Are the social consequences of emotion suppression culture-specific? *Emotion* (7), 30-48.
- Carstensen, L. L., Fung, H. & Charles, S. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion* (27), 103-123.
- Caspar, F. (1997). What goes on in a psychotherapist's mind? *Psychotherapy Research* , 7 (2), 105-125.
- Catanzaro, S. J. & Mearns, J. (1990). Measuring generalized expectancies for negative mood regulation: initial scale development and implications. *Journal of Personality Assessment* (54), 546-563.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Erlbaum.
- Dael, N., Mortillaro, M. & Scherer, K. R. (2011). Emotion Expression in Body Action and Posture. *Emotion* , Advance online publication. doi: 10.1037/a0025737.
- DeCoster, V.A. & Egan, M. (2001). Physicians' perceptions and responses to patient emotion: implications for social work practice in health care. *Social Work Health Care*, 32 (3), 21-40.
- Derntl, B. & Habel, U. (2008). Neurobiologie der Emotionsregulation. *Psychiatrie up-2-date* , 261-272.
- Dick, Y. (2002). *Qualitative Inhaltsanalyse anhand von Zielen und Problemen von Psychotherapiepatienten*. Dissertation. Universität Würzburg.
- Dryden, W. & Spurling, L. (1989). *On becoming a psychotherapist*. London: Routledge.
- Duden. (2007). *Duden. Das Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache*. (Vol. 7). Mannheim: Dudenverlag.
- Ekman, S. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion* (6), 169-200.
- Epstein, S. (1993). Implications of cognitive-experiential self-theory for personality and developmental psychology. In D. C. Funder, R. D. Parke, C. Tomlinson-Keasey & K. Widaman (Eds.), *Studying lives through time: Personality and development* (S. 399-438). Washington: APA.
- Faller, H. (1999). Das emotionale Erleben des Therapeuten und die Indikationsstellung für Psychotherapie. *Psychotherapeut* (44), 25-35.
- Fan, J., McCandliss, B. D., Fossella, J., Flombaum, J. I. & Posner, M. I. (2005). The activation of attentional networks. *NeuroImage* (26), 471-479.
- Farrell, J., Shaw, I., & Webber, M. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry* (40), 317-328.
- Feingold, A. (1994). Gender Differences in Personality: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin* Vol. 116 (3), 429-456.
- Fengler, J. (2001). *Helfen macht müde. Zur Analyse von Burn Out und beruflicher Deformation*. München: Seiffert.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: SAGE.
- Freud, A. (1973). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. München: Kindler (Erstausgabe 1936).
- Freud, S. (1894). *Die Abwehr-Neuropsychose*. GWI.
- Freud, S. (1910). *Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie* (Vol. 8). GW VIII.

- Freud, S. (1964). *Die endliche und unendliche Analyse*. GW XVI. (Erstausgabe 1937).
- Geraerts, E., Merckelbach, H., Jelicic, M. & Smeets, E. (2006). Long term consequences of suppression of intrusive thought and repressive coping. *Behaviour Research and Therapy* (44), 1451-1460.
- Giesen-Bloo, J., van-Dyck, R., Spinhoven, S., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry* (63), 649-658.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam.
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26 (1), 41-54.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S. (2001). *Emotion Focused Therapy*. Washington: APA.
- Greenberg, L. S. & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *Am Psychologist* (44), 19-29.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Rev Gen Psychol* (2), 281-291.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13 (5), 551-573.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science* (10), 214-219.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology* (39), 281-291.
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford.
- Gross, J. J. (2008). Emotion Regulation. In M. Lewis, J. M. Haviland & L. Feldmann Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions*. (3rd Ed.). (S. 497-512). New York: Guilford.
- Gross, J. J. & John, O. S. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* (85), 348-362.
- Gross, J. J. & Levenson, R. B. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (1), 95-103.
- Gross, J. J. & Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice* (2), 151-164.
- Gruber, J., Harvey, A. G. & Gross, J. J. (2012). When Trying Is Not Enough: Emotion Regulation and the Effort-Success Gap in Bipolar Disorder. *APA* [online]: doi:10.1037/a0026822, 1-7.
- Grünwald, L. & Köhler, H. (2011). Selbsterfahrung in der Schematherapie. In E. Roediger & G. A. Jacob (Hrsg.), *Fortschritte der Schematherapie. Konzepte und Anwendungen* (S. 292-307). Göttingen: Hogrefe.
- Grutschpalk, J. (2008). Diagnostik im Rahmen der Schematherapie unter besonderer Berücksichtigung der Persönlichkeitsakzentuierungen. Dissertation. Universität Hamburg.

- Guggenbuhl-Craig, A. (1971). *Power in the helping relationship*. Dallas: Spring.
- Guy, J. D., Poelstra, S. L. & Stark, M. J. (1989). Personal distress and therapeutic effectiveness: National survey of psychologists practicing psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice* (20), 48-50.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J. & Hummel, A. M. (2011). Managing Countertransference. *Psychotherapy*, 48 (1), 88-97.
- Hayes, J. A., Mc Cracken, J. E., Mc Clanahan, M. K., Hill, C. E., Harp, J. S. & Carozzoni, S. (1998). Therapist perspectives on countertransference: Qualitative data in search of a theory. *Journal of Counseling Psychology* (45), 468-482.
- Heavey, C. L., Hurlburt, R. T. & Lefforge, N. L. (2012). Toward a Phenomenology of Feelings. *Emotion*. [online] doi: 10.1037/a0026905.
- Heimann, S. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis* (31), 81-84.
- Henry, W. E., Sims, J. H. & Spray, S. L. (1973). *Public and private lives of psychotherapists*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Henry, W. S., Schacht, T. E. & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (58), 768-774.
- Herwig, U., Kaffenberger, T., Jäncke, L. & Brühl, A. B. (2010). Self-related awareness and emotion regulation. *Neuroimage* (50), 734-741.
- Hofsess, C. D. & Tracey, T. J. (2010). Countertransference as a prototype: The development of a measure. *Journal of Counseling Psychology*, 57 (1), 52-67.
- Holt, R. & Luborsky, L. (1958). *Personality patterns of psychiatrists*. New York: Basic Books.
- Holzer, M., Pokorny, D., Kächele, H. & Luborsky, L. (1997). The verbalization of emotions in the therapeutic dialogue - A correlate of therapeutic outcome? *Psychotherapy Research*, 7 (3), 261-273.
- Horn-George, J. B. & Anchor, K. N. (1982). Perceptions of the psychotherapy relationship in long- versus short-term therapy. *Professional Psychology* (13), 483-491.
- Horowitz, M. J. & Znoj, H. J. (1999). Emotional control theory and the concept of defense: A teaching document. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8 (3), 213-224.
- Horowitz, M. J., Znoj, H. J. & Stinson, C. (1996). Defensive control processes for coping with excessively emotional states of mind. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (S. 532-553). New York: Wiley.
- Jacob, G. A. (2011a). Einführung in die Schematherapie. In E. Roediger & G. A. Jacob (Hrsg.), *Fortschritte der Schematherapie* (S. 18-29). Göttingen: Hogrefe.
- Jacob, G. A. (2011b). Schematherapie. *Psychotherapeut* (56), 247-258.
- Jacob, G. A. (2011c). Überlegungen zur Nutzung schematherapeutischer Konzepte in der Selbsterfahrung bei der Ausbildung von Verhaltenstherapeuten. *Verhaltenstherapie* (21), 188-192.
- Jacob, G. A. & Arntz, A. (2011). *Schematherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- John, O. S. & Gross, J. J. (2007). Individual Differences in Emotion Regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (S. 351-733). New York: Guilford.

- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie*. Heidelberg: Springer.
- Keltner, D. & Kring, A. (1998). Emotion, social function and psychopathology. *Review of General Psychology* (2), 320-342.
- Kernberg, O. F. (1983). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kernberg O. F., Dulz, B. & Eckert, J. (2005). *WTR: Psychotherapeuten über sich und ihren unmöglichen Beruf*. Stuttgart: Schattauer.
- Kleinginna, S. R. & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion* (5), 345-379.
- Kokkonen, M. & Pulkkinen, L. (2001). Extraversion and neuroticism as antecedents of emotion regulation and dysregulation in adulthood. *European Journal of Personality* (15), 407-424.
- König, K. (2010). *Gegenübertragung und die Persönlichkeit des Psychotherapeuten*. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23 (1), 4-41.
- Krause, R., Steimer-Krause, E. & Ullrich, B. (1992). Anwendung der Affektforschung auf die psychoanalytisch-psychotherapeutische Praxis. *Forum der Psychoanalyse* (8), 238-253.
- Kriston, L., Schäfer, J., Jacob, G. A., Härter, M. & Hölzel, L. P. (in press). Reliability and validity of the German version of the Young Schema Questionnaire - Short Form 3 (YSQ-S3). *European Journal of Psychological Assessment*.
- Kriston, L., Schäfer, J., von Wolff, A., Härter, M. & Hölzel, L. (in press). The Latent Factor Structure of Young's Early Maladaptive Schemas: Are Schemas Organized into Domains? *J Clinical Psychology*.
- LaBar, K. S. & Cabeza, R. (2006). Cognitive neuroscience of emotional memory. *Nature Reviews Neuroscience* (7), 54-64.
- Lairaiter, A. R. (1998). Funktion und Modelle von Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. In H. Lieb, *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten* (S. 21-44). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Lairaiter, A. R. (2009). Wenn wir über Selbsterfahrung reden, dann müssen wir über Ausbildung reden! *Verhaltenstherapie* (19), 191-193.
- Lambert, M. J. (2004). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed. ed.). New York: Wiley.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert, *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 139-193). New York: Wiley.
- Lammers, C. H. (2011). *Emotionsbezogene Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaption*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, future. *Psychosomatic Medicine* (55), 234-247.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. New York: Guilford.

- LeDoux, J. E. (2001). *Das Netz der Gefühle*. München: DTV.
- LeDoux, J. E. & Phelps, E. A. (2008). Emotional networks in the brain. In M. Lewis, J. M. Haviland & L. Feldman Barrett, *Handbook of Emotions*. (3rd Ed.). (S. 159-179). New York: Guilford.
- Lersch, S. (1964). *Aufbau der Person*. München: Barth.
- Levenson, H. (1995). *Time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Little, M. (1951). Countertransference and the patient's response to it. *International Journal of Psychoanalysis* (32), 32-40.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., & Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: a clarification of the mode concept and its current research status. *Netherlands Journal of Psychology* (63), 76-85.
- Lobbestael, J., Vreeswijk, M. F. & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behavior, Research and Therapy*, 46 (7), 854-860.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, S., et al. (2010). The reliability and validity of the short Schema Mode Inventory. *Behavioral Cognitive Psychotherapy* (38), 437-458.
- Lucas, R. E. & Baird, B. M. (2004). Extraversion and emotional reactivity. *Journal of Personality and Social Psychology* (86), 473-485.
- Mang, S. (1990). *Klinische Urteilsbildung im Rahmen stationärer Psychotherapie. Eine Feldstudie in einer psychosomatischen Klinik*. Dissertation. Universität Würzburg.
- Mauss, I. B. & Robinson, M. D. (2009). Measures of emotion: A review. *Cognition and Emotion*, 23 (2), 209-237.
- Mauss, I. B., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F. & Gross, J. J. (2005). The tie that binds? Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion* (5), 175-190.
- Mayer, J. D., Salovey, S. & Caruso, D. R. (2004). Emotional Intelligence: Theory, Findings and Implications. *Psychological Inquiry* (15), 197-215.
- Mertens, W. (1991). *Einführung in die psychoanalytische Therapie* (Vol. 3). Stuttgart: Kohlhammer.
- Mischel, W., Shoda, Y. & Rodriguez, M. I. (1989). Delay of gratification in children. *Science* (244), 933-938.
- Möller, H. J., Laux, G. & Deister, A. (2005). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Murray, S. L. (2005). Regulating the risks of closeness: A relationship-specific sense of felt security. *Current Directions in Psychological Science* (14), 74-78.
- Ng, W. & Diener, E. (2009). Personality Differences in Emotions. Does Emotion Regulation play a Role? *Journal of Individual Differences*, 30 (2), 100-106.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationship that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: University Press.
- Norcross, J. C. & Guy, J. D. (2010). *Lassen Sie es in Ihrer Praxis*. Bern: Huber.
- Ochsner, K. N. & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9 (5), 242-249.
- Oei, T. & Baranoff, J. (2006). Young schema questionnaire: Review of Psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 78-86.

- Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists Develop: A Study of therapeutic work and professional growth*. New York: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, R. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychiatry and behaviour change*. New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Book of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 307-389). New York: Wiley.
- Ortony, A. & Turner, T. J. (1990). What's basic about basic emotions? *Psychol Rev* (97), 315-331.
- Otto, J., Euler, H. A. & Mandl, H. (2000). Begriffsbestimmungen. In J. Otto, H. A. Euler & H. Mandl (Hrsg.), *Handbuch Emotionspsychologie* (S. 11-18). Weinheim: Beltz.
- Overholser, J. C. & Fine, M. A. (1990). Defining boundaries of professional competence. *Professional Psychology: Research and Practice* (21), 462-469.
- Papoušek, H. & Papoušek, M. (1999). Symbolbildung, Emotionsregulation und soziale Interaktion. In W. Friedlmeier & M. Holodyski (Hrsg.), *Emotionale Entwicklung* (S. 135-155). Heidelberg: Spektrum.
- Paternoster, R., Brame, R. Mazerolle, P. & Piquero, A. (1998). Using the Correct Statistical Test for the Equality of Regression Coefficients. *Criminology*, 36 (4), 859-866.
- Phelps, E. A. (2006). Emotion and cognition: Insights from studies of the human amygdala. *Annual Review of Psychology* (57), 27-53.
- Piaget, J. (1976). *Die Äquilibration der kognitiven Strukturen*. Stuttgart: Klett.
- Pope, K. S. & Tabachnick, B. G. (1993). Therapists' anger, hate, fear and sexual feelings: National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Professional Psychology: Research and Practice* (24), 142-152.
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly* (26), 303-357.
- Racker, H. (1997). *Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur Psychoanalytischen Technik*. München: Reinhardt.
- Radeke, J. T. & Mahoney, M. J. (2000). Comparing the personal lives of psychotherapists and research psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice* (31), 82-84.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. S. & Young, J. (2011). *Schema Therapy*. New York: Routledge.
- Raider, M. C. (1989). Burnout in children's agencies: A clinician's perspective. *Residential Treatment for Children and Youth* (6), 43-51.
- Reimer, C. (2005). Probleme der Lebensqualität von Psychotherapeuten. In O. T. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.), *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren "unmöglichen" Beruf*. (S. 92-101). Stuttgart: Schattauer.
- Rijkeboer, M. M., van den Bergh, H. & van den Bout, J. (2011). Item Bias Analysis of the Young Schema-Questionnaire for Psychopathology, Gender, and Educational Level. *European Journal of Psychological Assessment*, 27 (1), 65-70.
- Riso, L. S., Froman, S. E., Raouf, M., Gaable, S., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., et al. (2006). The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 515-529.

- Roediger, E. (2009). *Was ist Schematherapie?* Paderborn: Junfermann.
- Roediger, E. (2011). *Praxis der Schematherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Rottenberg, J. & Gross, J. J. (2003). When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology: Science and Practice* (10), 227-232.
- Rudolf, G. (2004). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Stuttgart: Thieme.
- Rudolf, G. (2005). Symptome und Einstellungen von Psychotherapeuten. In O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.), *WTR: Psychotherapeuten über sich und ihren "unmöglichen" Beruf* (S. 123-132). Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2009). *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Russell, J. A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review* (111), 145-172.
- Sachse, R. (2006). Psychotherapeuten-Ausbildung aus der Sicht der Expertise-Forschung. In R. Sachse & S. Schlebusch, *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Sachse, R. & Rudolf, G. (2008). Aufgabe und Person des Psychotherapeuten. In S. C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 91-101). München: Elsevier.
- Sapolsky, R. M. (2007). Stress, stress-related disease, and emotional regulation. In J. J. Gross, *Handbook of Emotion Regulation* (S. 606-615). New York: Guilford.
- Schäfer, J. (2009). Validitäts- und Reliabilitätsprüfung der deutschen Version des Young Schema Questionnaire - Short Form 3 (YSQ-S3). Diplomarbeit: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau.
- Scherer, K. (1994). Emotion as a process: Function, origin and regulation. *Social Science Information* (21), 555-570.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E. & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research* (19), 295-321.
- Smith, C. A. (1989). Dimensions of appraisal and physiological response in emotion. *Journal of Personality and Social Psychology* (56), 339-353.
- Southam-Gerow, M. A. & Kendall, S. C. (2002). Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review* (22), 189-222.
- Spinhoven, S., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K. & Arntz, A. (2005). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (75), 104-115.
- Stirn, A. (2002). Gegenübertragung. *Psychotherapeut* (47), 48-58.
- Stopa, L., Thorne, S., Waters, A. & Preston, J. (2001). Are the short and long forms of the Young Schema-Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores? *Journal of Cognitive Psychotherapy* (15), 253-272.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1985). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie* (Vol. 1). Berlin: Springer.

- Tice, D. M., Bratslavsky, E. & Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it! *Journal of Personality and Social Psychology* (80), 53-67.
- Tooby, J. & Cosmides, L. (2008). The Evolutionary Psychology of the Emotions and Their Relationship to Internal Regulatory Variables. In M. Lewis, J. M. Haviland & L. Feldman Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions* (p. 114-137). New York: Guilford.
- Ulich, D. & Mayring, S. (2003). *Psychologie der Emotionen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2006). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- von Sydow, K. (2005). Liebesbeziehungen von Psychotherapeuten. In O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.), *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren "unmöglichen" Beruf* (S. 133-144). Stuttgart: Schattauer.
- Waller, G., Meyer, C. & Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy and Research* (25), 137-147.
- Willutzki, U., Orlinsky, D., Cierpka, M., Ambühl, H., Laireiter, A. R., Meyerberg, J., et al. (2005). WIR - Daten über uns. Psychotherapeuten in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.), *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren "unmöglichen" Beruf* (S. 26-38). Stuttgart: Schattauer.
- Wood, J. V., Heimpel, S. A. & Michela, J. L. (2003). Savoring versus dampening: Self-esteem differences in regulating positive affect. *Journal of Personality and Social Psychology* (85), 566-580.
- Yalom, I. D. (2002). *The gift of therapy*. New York: Harper Collins.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused Approach*. Sarasota: Professional Resources Press.
- Young, J. E. (1995). *Young Compensation Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E. & Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E. & Brown, G. (1994). *Young Schema Questionnaire - Short Form*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E. & Brown, G. (2001). *Young Schema Questionnaire: Special Edition*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E. & Rygh, J. (1994). *Young-Rygh Avoidance Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., van Vreeswijk, M., et al. (2007). Schema Mode Inventory (SMI). [online] <http://www.schematherapy.com/id49.htm>
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. (2008). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.
- Young, J., Brown, G., Baumann-Frankenberger, S., Grutschpalk, J. & Berbalk, H. (2003/2010). *Young Schema Questionnaire, deutsche Fassung, YSQ-S3*.

- Zajonc, R. B. (2000). Feeling and thinking. Closing the debate over the independence of affect. In J. S. Forgas, *Feeling and Thinking. The role of affect in social cognition* (S. 31-58). Paris: Cambridge University Press.
- Zarbock, G. & Zens, C. (2011). Bedürfnis- und Emotionsdynamik - Handlungsleitende Konzepte für die Schematherapiepraxis. In E. Roediger & G. A. Jacob (Hrsg.), *Fortschritte in der Schematherapie* (S. 45-65). Göttingen: Hogrefe.
- Znoj, H. J. (2000). Entwicklung des Fragebogens zur Emotionsregulation in schwierigen Lebenssituationen. unpublished manuscript: Universität Bern.
- Znoj, H. J. (2008). Regulation emotionaler Prozesse in Psychotherapie und Verhaltensmedizin. Bern: Lang.
- Znoj, H. J., Herpertz, S. C. & Mundt, C. (2008). Affektregulation - Stressregulation. In S. C. Herpertz, R. F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 157-190). München: Urban & Fischer.
- Znoj, H. J., Nick, L. & Grawe, K. (2004). Intrapsychische und interpersonelle Regulation von Emotionen im Therapieprozess. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33 (4), 261-269.

VI ANHANG

- Anhang A Schemadomänen, Grundbedürfnisse und Emotionale Schemata
- Anhang B Fragen zum subjektiven Erleben von Gegenübertragungsphänomenen
- Anhang C Fragebogen zum Umgang mit einer schwierigen Emotion (EER)
- Anhang D Young Schema Questionnaire (YSQ-S3)
- Anhang E Schreiben an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Anhang F Erlebter Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragungsphänomenen
- Anhang G Auswahl eines besonders schwierigen Gegenübertragungsphänomens
- Anhang H EER-Mittelwertvergleich zwischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer anderen nicht-klinischen Stichprobe
- Anhang I YSQ-S3-Mittelwertvergleich zwischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer anderen nicht-klinischen Stichprobe

Schemadomänen, Grundbedürfnisse und Emotionale Schemata

Schemadomäne	Grundbedürfnisse nach Grawe (1998)	18 Early Maladaptive Schemas nach Young et al. (2008)
I Abgetrenntheit und Ablehnung (Disconnection and Rejection)	Bindung	1. Verlassenheit/Instabilität (Disconnection and Rejection/Abandonment) 2. Misstrauen/Missbrauch (Mistrust/Abuse) 3. Emotionale Entbehrung (Emotional Deprivation) 4. Unzulänglichkeit/Scham (Defectiveness/Shame) 5. Soziale Isolierung/Entfremdung (Social Isolation/Alienation)
II Beeinträchtigungen von Autonomie und Leistung (Impaired Autonomy and Performance)	Kontrolle nach aussen (ermöglicht Autonomie)	6. Abhängigkeit/Inkompetenz (Dependence/Incompetence) 7. Anfälligkeit für Schädigungen und Krankheiten (Vulnerability of Harm or Illness) 8. Verstrickung/unentwickeltes Selbst (Enmeshment/Undeveloped Self) 9. Unzulänglichkeit oder Erfolglosigkeit/Versagen (Failure)
III Beeinträchtigungen im Umgang mit Begrenzungen (Impaired Limits)	Kontrolle nach innen (Selbstkontrolle)	10. Anspruchshaltung /Grandiosität (Entitlement/Grandiosity) 11. Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin (Insufficient Self-Controll/Self-Discipline)
IV Fremdbezogenheit (Subjugation)	Selbstwerterhöhung (Selbstschutz)	12. Unterwerfung (Subjugation) 13. Selbstaufopferung (Self-Sacrifice) 14. Streben nach Zustimmung und Anerkennung (Approval-Seeking/Recognition-Seeking)
V Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit (Overvigilance and Inhibition)	Lust (Unlustvermeidung)	15. Negativität / Pessimismus (Negativity/Pessimism) 16. Emotionale Gehemmtheit (Emotional Inhibition) 17. Überhöhte Standards/übertrieben kritische Haltung (Unrelenting Standards/Hypercriticalness) 18. Strafneigung (Punitiveness)

Schreiben an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Betreff: Umfrage bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Sehr geehrte Psychotherapeutin, sehr geehrter Psychotherapeut

Im Rahmen meiner Masterarbeit in Klinischer Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW (ehem. HAP) untersuche ich persönliche

EMOTIONALE SCHEMATA VON PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN UND DEREN BEDEUTUNG IM UMGANG MIT "SCHWIERIGEN" EMOTIONEN IN DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN PRAXIS.

Um aussagekräftige Ergebnisse zu erlangen, benötige ich die Teilnahme von möglichst vielen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der deutschsprachigen Schweiz. Dabei hoffe ich auf Ihre Unterstützung und lade Sie ein, meinen Fragebogen auszufüllen.

Die Befragung erfolgt **ANONYM** durch einen Online-Fragebogen und nimmt ca. **20-25 Min.** in Anspruch. Auf Wunsch stelle ich Ihnen die Ergebnisse meiner Untersuchung gerne im pdf-Format zu.

Bitte klicken Sie auf diesen Link, um zur Umfrage zu kommen: <http://www.unipark.de/uc/zhaw-p/aec3/>

Ich danke Ihnen sehr für Ihre wertvolle Unterstützung, indem Sie diesen Fragebogen **BIS ENDE FEBRUAR 2012** ausfüllen und den Link auch an interessierte Kolleginnen und Kollegen weiterleiten

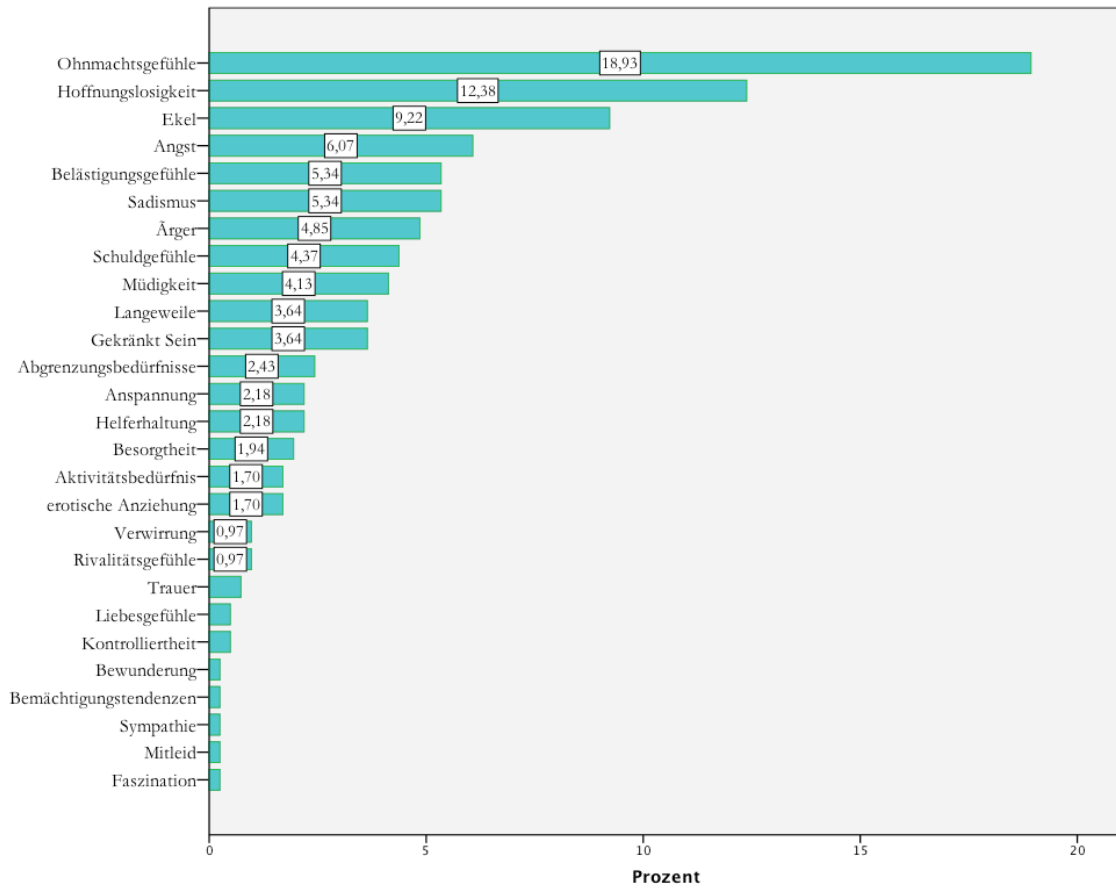
Mit freundlichen Grüßen

Claudia Gysling, BSc ZFH

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW
<http://www.psychologie.zhaw.ch/>

Erlebter Schwierigkeitsgrad von Gegenübertragungsphänomenen

	N	Mittelwert	Median	Modus	Standard- abweichung	Minimum	Maximum
<i>Ärger</i>	412	2.69	3.00	3	.949	0	5
<i>Belästigungsgefühle</i>	412	2.49	3.00	4	1.595	0	5
<i>Abgrenzungsbedürfnisse</i>	412	2.42	2.00	2	.957	0	5
<i>Anspannung</i>	412	2.44	2.00	2	.909	0	5
<i>Müdigkeit</i>	412	2.67	3.00	2	1.131	0	5
<i>Kontrolliertheit</i>	412	2.00	2.00	2	.983	0	5
<i>Sadismus</i>	412	1.46	0.00	0	1.818	0	5
<i>Langeweile</i>	412	2.62	3.00	2	1.211	0	5
<i>Verwirrung</i>	412	2.49	2.00	2	1.086	0	5
<i>Faszination</i>	412	1.66	1.00	1	.910	0	5
<i>Bewunderung</i>	412	1.78	2.00	1	.929	0	5
<i>erotische Anziehung</i>	412	2.02	2.00	2	1.437	0	5
<i>Neugier</i>	412	1.31	1.00	1	.612	0	5
<i>Liebesgefühle</i>	412	1.18	1.00	0	1.418	0	5
<i>Interesse</i>	412	1.17	1.00	1	.477	0	4
<i>Sympathie</i>	412	1.21	1.00	1	.487	0	4
<i>Optimismus</i>	412	1.33	1.00	1	.615	0	4
<i>Rivalitätsgefühle</i>	412	2.12	2.00	3	1.429	0	5
<i>Helferhaltung</i>	412	2.46	2.00	3	1.063	0	5
<i>Aktivitätsbedürfnis</i>	412	2.46	2.00	2	1.016	0	5
<i>Hilfsbereitschaft</i>	412	1.88	2.00	2	.865	0	5
<i>Besorgtheit</i>	412	2.34	2.00	2	1.075	0	5
<i>Mitleid</i>	412	2.07	2.00	2	.959	0	5
<i>Bemächtigungstendenzen</i>	412	1.65	1.00	0	1.621	0	5
<i>Hoffnungslosigkeit</i>	412	3.47	4.00	4	1.207	0	5
<i>Trauer</i>	412	2.07	2.00	2	.971	0	5
<i>Schuldgefühle</i>	412	2.80	3.00	3	1.259	0	5
<i>Ohnmachtsgefühle</i>	412	3.48	4.00	4	1.113	0	5
<i>Angst</i>	412	2.82	3.00	2	1.366	0	5
<i>Gekränkt Sein</i>	412	2.69	3.00	2	1.138	0	5
<i>Ekel</i>	412	2.35	3.00	0	1.811	0	5

Auswahl eines als besonders schwierig erlebten Gegenübertragungsphänomens zur Beantwortung der Fragen zur Emotionsregulation (EER)

EER-Mittelwertvergleich zwischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer anderen nicht-klinischen Stichprobe

Fragebogen zur Erfassung von Emotionsregulation EER (Benecke, Vogt, Bock, Koschier & Peham, 2008)	(Benecke, Vogt, Bock, Koschier, & Peham, 2008)		(Gysling, 2012)		z-Werte ^a
	Österreich		Schweiz, deutschsprachig		
	Nicht-klinische Stichprobe N = 281		Nicht-klinische Stichprobe N = 412 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten		
	M	SD	M	SD	
ADAPTIVE EMOTIONSREGULATION					
REFLEXION					
<i>Körperwahrnehmung (Nutzen)</i>	2.4867	1.36012	3.0396	1.59727	-5.947348334*
<i>Reflexion</i>	3.4034	1.47543	4.5364	1.17168	-14.37124916*
<i>Soziale Unterstützung</i>	3.556	1.58691	3.9312	1.63013	-3.79294011*
<i>Empathie, Perspektivenübernahme</i>	3.0193	1.42146	3.8204	1.30964	-9.686865523*
MALADAPTIVE EMOTIONSREGULATION					
<i>Körperwahrnehmung (Ausdruck)</i>	2.5132	1.43659	2.2629	1.18641	3.191728061
DISSOZIATION					
<i>Verwirrung</i>	2.7307	1.32617	2.0356	1.07634	9.694125379*
<i>Belastung/ Überforderung</i>	2.6894	1.49282	2.6076	1.33698	0.958033242
<i>Rückzug / Lähmung</i>	2.438	1.54243	1.9895	1.26044	5.357844495*
<i>Dissoziation</i>	1.9748	1.50909	1.2888	1.22178	8.418900658*
<i>Musterreflexion</i>	3.5882	1.44972	3.3625	1.48952	2.497192728*
<i>Black Out</i>	1.1384	1.01741	0.7265	0.82091	7.511863203*
<i>Sich Verlieren</i>	2.4934	1.35447	1.4458	1.12507	14.12300245*
EXTERNALISIERUNG					
<i>Externalisierung</i>	2.2395	1.67582	2.2031	1.47137	0.384236921
<i>Impulsivität / Spontaneität</i>	3.0205	1.8396	1.6699	1.0899	15.73713592*
ABLENKUNG					
<i>Ablenkung</i>	2.562	1.31932	2.0259	1.31594	6.645113643*

^a z-Werte des Standardfehlers der Mittelwertdifferenz

* Signifikanz: $z > 1.96$ oder $z < -1.96$

YSQ-S3-Mittelwertvergleich zwischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer anderen nicht-klinischen Stichprobe

Young Schema Questionnaire Short-Form YSQ-S3, Deutsch (Berbalk, Grutschpalk, Parfy & Zarbock, 2006)	(Schäfer, 2009)		(Gysling, 2012)		z-Werte ^a
	Deutschland		Schweiz, deutschsprachig		
	Nicht-klinische Stichprobe N = 755 Personen ohne Therapieerfahrung		Nicht-klinische Stichprobe N = 412 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten		
	M	SD	M	SD	
1. <i>Emotionale Verlassenheit/ Instabilität</i>	2.61	1.09	2.02	0.91	9.855816769*
2. <i>Misstrauen/ Missbrauch</i>	2.56	0.99	1.81	0.71	14.93535219*
3. <i>Emotionale Entbehrung</i>	1.93	1.11	1.69	0.98	3.812412072*
4. <i>Unzulänglichkeit/ Scham</i>	1.68	0.92	1.4	0.59	6.314957249*
5. <i>Soziale Isolierung/ Entfremdung</i>	2.44	1.17	1.82	0.89	10.14393697*
6. <i>Abhängigkeit/ Inkompetenz</i>	1.71	0.77	1.3	0.52	10.79841864*
7. <i>Anfälligkeit für Schädigungen oder Krankheiten</i>	1.95	0.9	1.44	0.6	11.55920627*
8. <i>Verstrickung/ unentwickeltes Selbst</i>	1.7	0.78	1.64	0.71	1.331896481
9. <i>Versagen</i>	1.98	0.93	1.53	0.73	9.111833312*
10. <i>Anspruchshaltung / Grandiosität</i>	2.68	0.81	2.21	0.88	8.964800786*
11. <i>Unzureichende Selbstkontrolle / Selbstdisziplin</i>	2.74	0.96	2.2	0.91	9.500604604*
12. <i>Unterverfung</i>	2.19	0.92	1.82	0.81	7.102871924*
13. <i>Selbstaufopferung</i>	3.11	0.95	2.89	0.95	3.780817646*
14. <i>Streben nach Zustimmung und Anerkennung</i>	3.24	0.98	2.6	0.94	10.94903169*
15. <i>Negativität/ Pessimismus</i>	2.3	1.08	1.81	0.78	8.914102349*
16. <i>Emotionale Gebemtheit</i>	2.51	1.12	1.57	0.75	17.08597262*
17. <i>Überhöhte Standards/ übertrieben kritische Haltung</i>	3.43	1	3.28	1.31	2.024478702*
18. <i>Strafneigung</i>	2.95	0.83	2.47	0.77	9.898426442*

^a z-Werte des Standardfehlers der Mittelwertdifferenz

* Signifikanz: $z > 1.96$ oder $z < -1.96$

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: