Die Persönlichkeitsstile von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz unterscheiden sich von der Norm und die männlichen Psychotherapeuten unterscheiden sich von ihren weiblichen Kolleginnen

> Burkhard Peter Eva Böbel Maria Hagl Mario Richter Miguel Kazén

Einleitung

Forschung zur Therapeutenvariable

Die Therapeutenvariable ist Thema in der Psychotherapieforschung seit mehr als einem halben Jahrhundert. Rogers (1957) und Frank (1961) haben hierzu Pionierarbeit geleistet. Beide haben die Aufmerksamkeit auf die persönlichen Eigenschaften von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten¹⁾ und deren Einfluss auf die therapeutische Allianz gelenkt, welche seitdem als einer der stärksten und konsistentesten Prädiktoren für den Therapieerfolg bei ganz unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen gefunden wurde (Norcross & Wampold, 2011; Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004). In Reviews und Meta-Analysen wird berichtet, dass in kontrollierten Studien 5 bis 10% des Therapieerfolges auf die Therapeutenvariable zurückzuführen sind und in Versorgungsstudien sogar bis zu 17% (Firth, Barkham, Kellett, & Saxon, 2015; Green, Barkham, Kellett, & Saxon, 2014; Willutzki, Reinke-Kappenstein, & Hermer, 2013).

Die Persönlichkeit der psychotherapeutisch Tätigen stellt aber nur einen Teil des breiteren Spektrums der Therapeutenvariable dar, die Beutler, Machado und Neufeld (1994) in vier Quadranten eingeteilt haben: (1) Beobachtbare Eigenschaften (*traits*) wie Gender oder Alter, (2) erschlossene Eigenschaften wie Persönlichkeitsstile oder Werte, (3) beobachtbare Zustände (*states*) wie professioneller Hintergrund oder Interventionen und (4) erschlossene Zustände wie Beziehungen und Erwartungen. Dieser Artikel beschäftigt sich mit den ersten zwei Quadranten, d.h. der Persönlichkeit der psychotherapeutisch Tätigen und ob bzw. wie sie mit dem Gender zusammenhängt. Zunächst aber ein allgemeiner Überblick über die Forschung zu diesem Gebiet.

Hypnose-ZHH 2019, 14 (1+2), 93-130

Burkhard Peter¹⁾²⁾, Eva Böbel¹⁾, Maria Hagl³⁾, Mario Richter¹⁾ und Miguel Kazén⁴⁾

- 1) Department für Psychologie, Ludwig-Maximilians-Universität München
- 2) MEG-Stiftung, München
- 3) Department Psychologie, Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
- 4) Institut für Psychologie, Universität Osnabrück

Die Autorinnen und Autoren sind seit 2017 (MH), 2018 (MR und MK) und 2019 (BP und EB) nicht mehr an ihren Universitäten tätig.

Die Persönlichkeitsstile von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz unterscheiden sich von der Norm und die männlichen Psychotherapeuten unterscheiden sich von ihren weiblichen Kolleginnen

Die Therapeutenvariable ist noch weitgehend unerforscht. Hinsichtlich Persönlichkeit konzentrierte sich die Forschung weitgehend darauf, welche psychotherapeutischen Verfahren die psychotherapeutisch Tätigen bevorzugen sowie auf die sich hieraus ergebenden Unterschiede. Das heißt, die psychotherapeutisch Tätigen wurden jeweils mit ihrer eigenen Gruppe verglichen, nicht jedoch mit der "Normalbevölkerung". So wollten wir wissen: Gibt es spezifische Persönlichkeitsstile, welche psychotherapeutisch Tätige auszeichnen? 1027 psychotherapeutisch Tätige aus Deutschland, Österreich und der Schweiz wurden 2015 mit der Kurzform des Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventars (PSSI-K) online befragt und mit einer Normstichprobe von 3392 Personen aus unterschiedlichen Berufen verglichen. Die gefundenen Unterschiede können in drei Gruppen eingeteilt werden: (1) Große Unterschiede zur Norm zeigen sich in jenen Persönlichkeitsstilen, dank derer die psychotherapeutisch Tätigen fähig sind, die eigene Person zurückzustellen, Empathie und Wertschätzung zu zeigen, offen zu sein für das emotionale Erleben der Patienten und diesen eine verlässliche Beziehung zu bieten. (2) Sie sind aber nicht unterwürfig oder abhängig, nicht passiv, nicht übertrieben hilfsbereit oder selbstbehauptend, was sich in mittleren Unterschieden zur Norm zeigt. (3) Kaum bzw. keine Unterschiede zur Norm zeigen sich in Liebenswürdigkeit, Optimismus und Zwanghaftigkeit. Eine geschlechtsspezifische Auswertung zeigt, dass sich männliche Psychotherapeuten von ihren Kolleginnen unterscheiden, allerdings nicht in der gleichen Weise, wie sich Männer und Frauen in der Normstichprobe unterschieden. Die wesentlichen Limitationen bestehen darin, dass unsere Daten auf Selbstbeurteilung beruhen und dass wir in den Vergleichen zur Norm Geschlecht, Alter und Bildung statistisch nicht kontrolliert haben. Unser Fazit ist, dass die psychotherapeutisch Tätigen in den deutschsprachigen Ländern Persönlichkeitsstile zeigen, die wir als funktional für die psychotherapeutische Arbeit interpretieren. Dies sollte jedoch in weiteren Studien mit anderen Methoden und Messinstrumenten überprüft werden.

Schlüsselworte: Therapeutenvariable, Persönlichkeitsstil, PSSI, psychotherapeutisch Tätige, Beziehung, Geschlecht, Deutschland, Österreich, Schweiz

Personality styles of German-speaking psychotherapists differ from a norm, and male psychotherapists differ from their female colleagues

Variables pertaining to the person of the psychotherapist have been neglected in psychotherapy research for some time. Concerning personality in particular, however, research has mostly focused on its relation with the psychotherapist's choice of method, or differences bet-

ween the various major therapy approaches. That is, psychotherapists were compared to each other without specifying how exactly psychotherapists are in comparison to "ordinary peo-"We wanted to know: Are there specific personality styles that distinguish psychotherapists from the norm? A sample of 1,027 psychotherapists from Germany, Austria, and Switzerland filled out the short version of the Personality Style and Disorder Inventory (PSDI-S) via online survey. The PSDI-S is a self-report questionnaire that assesses 14 personality styles, partly related to the non-pathological equivalents of classifiable personality disorders. The psychotherapists were compared to a normative sample of 3,392 people of different professions. The results could be divided into three groups: (1) Large differences in four personality styles that might contribute to relationship skills and may enable psychotherapists to put their own personal opinion aside, show empathy and appreciation, open themselves to the emotional experience of the patient, and provide a trusting relationship. (2) Moderate differences in seven personality styles that are equally indicative of the professional social skills of the psychotherapists, i.e., they were neither submissive nor passive, not excessively helpful, but also not too self-assertive. (3) Hardly any or no differences regarding a charming (histrionic) style, optimism, and conscientiousness. Gender-specific results revealed that male psychotherapists differed from their female colleagues, but they did so differently than men and women in the normative sample do. The main limitations were that we relied on self-report and did not statistically control for gender, age, and education, when comparing to the norm. As a conclusion, German-speaking psychotherapists show personality styles that we interpret as functional for psychotherapeutic practice but this needs corroboration from studies that use different methods and measures.

Keywords: Therapist variables, personality styles, PSDI, German-speaking psychotherapists, working alliance, therapist gender

Dr. Burkhard Peter MEG-Stiftung Konradstr. 16 80801 München Burkhard-Peter@t-online.de

Das englische Original erschien in einer kürzeren Fassung in Frontiers in Psychology, 24 May 2017; https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00840

Schon Bergin (1997) und Garfield (1997) und dann nochmals Beutler et al. (2004) beklagten, dass die Therapeutenvariable in Effektivitäts- und Effizienzstudien keine adäquate Rolle spiele. Klug, Henrich, Kächele, Sandell und Huber (2008) stellten ganz offen die Frage: "Die Therapeutenvariable. Immer noch ein dunkler Kontinent?" Zwei Reviews von Beutler et al. (1994; 2004) hatten sich zwar ausführlich mit der Therapeutenvariable beschäftigt, berücksichtigten aber kaum die Persönlichkeit der psychotherapeutisch Tätigen. Orlinsky, Heinonen und Hartmann (2015) ließen die Persönlichkeitsstile völlig außer Acht. Bemerkenswert ist auch, dass Beutler, Someah, Kimpara und Miller (2016) in der jüngsten Beschreibung des STS-Ansatzes (Systematic Treatment Selection) die Therapeutenvariable ganz unerwähnt lassen. Wampold und Imel (2015) hingegen wiesen auf die hohe Bedeutung der Therapeutenvariable hin; für Wampold, Imel und Flückiger (2018) ist sie ein "entscheidender und vernachlässigter Faktor" (S. 207).

Die Komplexität des Forschungsgegenstandes dürfte ein Grund dafür sein, dass zur Therapeutenvariable bislang so wenig Ergebnisse vorliegen. Es ist in der Tat schwierig, die vielfachen Interaktionen zu beforschen, die sich aus der Kombination von Therapeuten- und Patientenvariablen bzw. deren Passung in Hinblick auf eine konkrete klinische Störung und das anzuwendende psychotherapeutische Verfahren ergeben. Auch die mögliche Funktion einer solchen Forschung zur Therapeutenvariable könnte problematisch sein: Soll einer bzw. einem Auszubildenden mit einem bestimmten Persönlichkeitsprofil empfohlen werden, statt des subjektiv präferierten ein anderes Therapieverfahren zu wählen oder im Extremfall auf die angestrebte psychotherapeutische Tätigkeit ganz zu verzichten? Eine der Funktionen von Manualisierung von Psychotherapien könnte darin gesehen werden, solche Fragen nicht beantworten – und damit auch nicht ernsthaft beforschen – zu müssen.

So untersuchte ein Teil der bisherigen Forschung zur Therapeutenvariable Themen, welche solche Fragestellungen nicht tangieren, beispielsweise Zusammenhänge zwischen persönlicher Orientierung, Therapiestil und Therapierichtung (Arthur, 2000, 2001; Castañeiras, García, Bianco, & Fernández-Alvarez, 2006; Heffler & Sandell, 2009; Klug et al., 2008; Poznanski & McLennan, 2003; Schacht & Black, 1985; Taubner, Kächele, Visbeck, Rapp, & Sandell, 2010). Die Ergebnisse hierzu sind nicht durchgehend einheitlich, u.a. auch deshalb, weil mit unterschiedlichen Instrumenten gemessen wurde. Zusammengefasst zeigen sich aber folgende Unterschiede: Der Therapiestil von psychodynamisch Tätigen sei eher intuitiv, symbolisch-metaphorisch und emotional im Vergleich zu verhaltenstherapeutisch Tätigen, die eher empirischplanend und kognitiv-rational ausgerichtet seien; die epistemologische Haltung von psychodynamisch Tätigen sei eher organismisch geprägt, die von verhaltenstherapeutisch Tätigen eher mechanistisch (Buckman & Barker, 2010; Lyddon & Bradford, 1995; Schacht & Black, 1985).

Es wurden auch Faktoren von Selbstselektionsprozessen bei der Wahl von therapeutischen Ausbildungsverfahren untersucht (Taubner, Munder, Möller, Hanke, & Klasen, 2014), und es gibt Hinweise, dass sich die Passung zwischen Persönlichkeit und angewandtem Therapieverfahren auf die Ausbildungs- und Arbeitszufriedenheit auswirkt (Taubner et al., 2014; Topolinski & Hertel, 2007b; Vangermain & Brauchle, 2013). Vor allem aber scheint es Korrelationen zu geben zwischen Therapeutenpersönlichkeit und Wahl des Therapieverfahrens (Arthur, 2001; Boswell, Castonguay, & Pincus, 2009; Buckman & Barker, 2010; Ogunfowora & Drapeau, 2008; Poznanski & McLennan, 2003; Tremblay, Herron, & Schultz, 1986), die sich nicht nur in der Selbst-, sondern auch in der Fremdeinschätzung widerspiegeln (Keinan, Almagor, & Ben-Porath, 1989); diese Werte können sich schon im Verlauf der Ausbildung, v.a. aber im Verlauf der Berufstätigkeit ändern (Chen et al., 2018; Grünberger & Laireiter, 2014; Ogunfowora & Drapeau, 2008). Die Passung zwischen Therapeuten- und Patientenpersönlichkeit (Taber, Leibert, & Agaskar, 2011) wurde untersucht, ebenso andere Faktoren wie die Schwere der Symptomatik in Bezug auf das Therapieergebnis

und die therapeutische Beziehung (Dinger, Zimmermann, Masuhr, & Spitzer, 2016). Eine jüngere Studie (Chen et al., 2018) zeigte, dass unterschieden werden muss zwischen dem Beziehungsaspekt und den Zielen bzw. Aufgaben in der Therapie; gerade letzteren sollte mehr Beachtung geschenkt werden.

Forschung zum Zusammenhang zwischen Bindungsstil, therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg

In den letzten Jahrzehnten wurde auch der Zusammenhang zwischen den Persönlichkeitsmerkmalen von Therapeutinnen und Therapeuten, der therapeutischen Beziehung und dem Ergebnis der Psychotherapie untersucht und überprüft (Ackerman & Hilsenroth, 2001, 2003; Norcross & Wampold, 2011; Orlinsky et al., 2004). In mehreren Studien wurden frühe elterliche Beziehungen und Bindungsstile von psychotherapeutisch Tätigen mit der therapeutischen Beziehung korreliert. So fanden Hilliard, Henry und Strupp (2000) heraus, dass negative Erfahrungen in frühen Elternbeziehungen (wie erwartet) mit schlechteren therapeutischen Beziehungen verbunden waren, aber (unerwartet) nur aus der Perspektive des Therapeuten, nicht aber aus der Perspektive des Patienten oder eines unabhängigen Beurteilers. Ein ähnliches Ergebnis, nämlich dass es keinen Einfluss der interpersonellen Probleme der therapeutisch Tätigen auf die Bewertung der therapeutischen Beziehung durch Patienten und auf das Therapieergebnisses gibt, wurde in einer ersten Studie von Dinger, Strack, Leichsenring und Schauenburg (2007) gefunden. In einer späteren Studie zum gleichen Thema zeigten Dinger, Strack, Sachsse und Schauenburg (2009) jedoch, dass die Bindungssicherheit der Therapeuten zwar nicht mit der Entwicklung der therapeutischen Beziehung im Allgemeinen zusammenhängt, aber dass eine stärkere Ausprägung eines anklammernden (preoccupied) Bindungsstils bei Therapeuten (d.h. Unsicherheit über die Gefühle wichtiger Bezugspersonen oder die Tendenz, sich an andere zu klammern und sie zu kontrollieren) ein Prädiktor für eine schlechtere Therapeut-Patienten-Beziehung ist. Auch Hersoug, Høglend, Havik, von der Lippe und Monsen (2009) fanden, dass Therapeuten, die in ihrem Privatleben "kalt" oder "distanziert" waren, auch schlechtere Bewertungen der therapeutischen Beziehung abgaben und ebensolche von ihren Patienten erhielten, während die Repräsentation einer fürsorglicheren Mutter durch die Therapeuten mit höheren Patientenbewertungen der therapeutischen Beziehung verbunden war. Im Gegensatz dazu, konnten Schauenburg et al. (2010) diesen Zusammenhang zwischen dem Bindungsstil der Therapeuten im Privatleben und den Patientenbewertungen der therapeutischen Beziehung nicht replizieren, stellten aber fest, dass eine höhere Bindungssicherheit des Therapeuten eine bessere Beziehung zu schwer beeinträchtigten Patienten ermöglichte. Heinonen und Orlinsky (2013) verglichen die Beziehungsstile der Therapeuten am Arbeitsplatz und zu Hause (d.h. gegenüber Patienten und in engen persönlichen Beziehungen) und fanden einen bemerkenswerten umgekehrten Zusammenhang: "Neutrale" Psychoanalytiker waren privat wärmer, freundlicher und fürsorglicher, während "kognitive" Verhaltenstherapeuten we-

niger direktiv, weniger herausfordernd und intuitiver in engen persönlichen Beziehungen waren als mit ihren Klienten. Nissen-Lie, Monsen und Rønnestad (2010) zeigten in einer groß angelegten Studie, dass eine negative persönliche Reaktion der Therapeuten auf Patienten (wie Feindseligkeit oder Frustration) – wie erwartet – schlechtere patientenbewertete therapeutische Beziehungen voraussagte. Im Gegensatz dazu prognostizierten Bescheidenheit und Sensibilität der Therapeuten in Bezug auf ihre sozialen Kompetenzen bessere patientenbewertete therapeutische Beziehungen – ganz im Gegenteil zu Therapeuten mit größeren selbstberichteten Beziehungsfähigkeiten, die schlechtere therapeutische Beziehungen voraussagten. Schließlich konnte gezeigt werden, dass sich die Therapeuten in ihrer Effektivität unterscheiden in Bezug auf die Schwere der Symptome des Patienten und in Bezug auf den Zusammenhang zwischen positiver therapeutischer Beziehung und therapeutischem Ergebnis (Dinger et al., 2007; Dinger, Strack, Leichsenring, Wilmers, & Schauenburg, 2008). Das heißt, dass die Variabilität des Therapeuten in der therapeutischen Beziehung im Allgemeinen viel prädiktiver für das Ergebnis erscheint als die Variabilität des Patienten: eine als sehr gut bewertete therapeutische Beziehung korrelierte mit einem besseren Ergebnis und vice versa (Baldwin, Wampold, & Imel, 2007; Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds, & Wampold, 2012).

Zusammengenommen haben aktuelle Forschungen ergeben, dass Therapeuten, die von ihren Patienten als (1) warm, akzeptierend, teilnahmsvoll, einfühlsam und responsiv sowie (2) offen, flexibel und respektvoll wahrgenommen werden, bessere therapeutische Arbeitsbeziehungen zu bilden scheinen (Del Re et al., 2012; Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011), was in der Folge zu bes-

Tab. 1: Die fünf Persönlichkeits-Faktoren des NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992)

Faktor	stark Eigenschaften schwach
Offenheit für Erfahrungen	erfinderisch, neugierig vs. konservativ, vorsichtig
Gewissenhaftigkeit	effektiv, organisiert vs. unbekümmert, nachlässig
Extraversion	gesellig, energetisch vs. zurückhaltend, reserviert
Verträglichkeit	freundlich, mitfühlend vs. analytisch, unbeteiligt
Neurotizismus	emotional, verletzlich vs. selbstsicher, zuversichtlich

seren Ergebnissen führt (Norcross & Wampold, 2011; Orlinsky et al., 2004). In Anbetracht der Tatsache, dass solche Persönlichkeitsaspekte von Psychotherapeuten für die Durchführung von Psychotherapie hilfreich sind, ist es überraschend, dass es nur wenige Studien gibt, die dieses Thema berücksichtigt haben und versucht haben, Persönlichkeitsaspekte von Psychotherapeuten zu messen. Für einige dieser Studien wurden spezielle Bewertungsskalen entwickelt (Keinan et al., 1989; Orlinsky & Rønnestad, 2005; Sandell et al., 2004). In einigen wenigen Studien wurden klassische Persönlichkeitsinventare wie das NEO-PI-R (alias NEO-FFI, die "Big Five"; siehe Tabelle 1) verwendet (Costa & McCrae, 1992). Einige haben gezeigt, dass Psychotherapeuten (Praktizierende oder Auszubildende) mit einer psychodynamischen Ausrichtung eine größere Offenheit für Erfahrungen aufweisen als solche mit einer kognitivbehavioralen Orientierung (Boswell et al., 2009; Buckman & Barker, 2010; Poznanski & McLennan, 2003; Taubner et al., 2014; Topolinski & Hertel, 2007a), aber die Ergebnisse für die anderen NEO-PI-R Dimensionen waren weniger eindeutig.

Persönlichkeitsprofile von psychotherapeutisch Tätigen im Vergleich zur Norm

In all diesen Studien wurden Psychotherapeuten miteinander verglichen, ohne zu spezifizieren, wie genau Psychotherapeuten zum Beispiel im Vergleich zu "normalen Menschen" sind. Nach unserem Kenntnisstand verglich nur eine dieser Studien die Persönlichkeitswerte von Psychotherapeuten mit einer normativen Stichprobe: Bei 46 US-amerikanischen Therapeuten in Ausbildung fanden Boswell et al. (2009) die Werte für Offenheit und Neurotizismus der Teilnehmer im hohen Bereich, während Extravertiertheit, Freundlichkeit und Gewissenhaftigkeit im Durchschnitt lagen. Nur wenige Studien haben Geschlechterunterschiede berücksichtigt (Ogunfowora & Drapeau, 2008) oder diese zumindest angegeben. Anhand des Millon Index of Personality Styles (MIPS) (Millon, Weiss, Millon, & Davis, 1994) fand Arthur (2000) in einer Stichprobe von 247 Psychotherapeuten aus Großbritannien 9 signifikante Geschlechtsunterschiede in 12 Skalen. Saarnio (2010) untersuchte die Big Five an 162 finnischen Therapeuten für Drogenmissbrauch und stellte fest, dass die 119 Frauen freundlicher und offener für Erfahrungen waren als ihre 43 männlichen Kollegen. Diese Stichprobe umfasste jedoch nur 7 Psychologen bzw. Ärzte, die anderen waren Krankenschwestern, Sozialarbeiter oder Berater.

Schließlich haben sich nur wenige deutsche Studien explizit mit der Frage der Persönlichkeitsfaktoren beschäftigt (Taubner et al., 2014; Topolinski & Hertel, 2007a). In unserer eigenen bisherigen Forschung (Peter, Bose, Piesbergen, Hagl, & Revenstorf, 2012) haben wir 203 deutschsprachige Praktiker für Hypnose oder Hypnotherapie (49% waren psychologische oder medizinische Psychotherapeuten) mit dem *Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar* (PSSI; s.u. unten bei Erhebungsinstrument) von Kuhl und Kazén (2009) befragt. Der PSSI misst Persönlichkeitsstile, die teilweise auf Persönlichkeitsstörungen hinweisen, sofern sie in extremer Weise ausgedrückt werden (Tabelle 2). Hypnosepraktiker unterschieden sich signifikant in

allen Skalen bis auf einer von einer normativen Stichprobe des PSSI: Sie lagen in 9 von 14 Persönlichkeitsstilen unter der Norm und in 4 Stilen über der Norm. Aufgrund des "Hypnose"-Kontextes konnten wir diese Unterschiede nicht auf alle Psychotherapeuten unabhängig von ihrem therapeutischen Ansatz generalisieren. So haben wir trotz der Studie von Boswell et al. (2009) und unserer eigenen (Peter et al., 2012) noch nicht genügend Daten darüber, ob bzw. wie sich Psychotherapeuten von der Norm unterscheiden. In unseren Augen scheint das – mit Blick auf die Bedeutung der Therapeutenvariablen für das therapeutische Ergebnis – eine Frage von allgemeinem Interesse zu sein.

Tab. 2: Die 14 Skalen des Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventars (PSSI; Kuhl & Kazén, 2009)

PSSI-Skala ^a	Beispiel-Item			
eigenwillig-paranoid (PN)	"Die meisten Menschen verfolgen gute Absichten" (umgepolt)			
spontan-borderline (BL)	"Meine Gefühle wechseln oft abrupt und impulsiv"			
zurückhaltend-schizoid (SZ)	"Ich wahre immer Distanz zu anderen Menschen"			
ehrgeizig-narzisstisch (NA)	"Der Gedanke, eine berühmte Persönlichkeit zu sein, reizt mich"			
loyal-abhängig (AB)	"Ich brauche sehr viel Liebe und Angenommensein"			
kritisch-negativistisch (NT)	"Ich bin in meinem Leben oft vom Pech verfolgt worden"			
ahnungsvoll-schizotypisch (ST)	"Es gibt übernatürliche Kräfte"			
hilfsbereit-selbstlos (SL)	"Die Sorgen anderer beschäftigen mich mehr als meine eigenen Bedürfnisse"			
selbstkritisch-selbstunsicher (SU)	"Kritik tut mir schneller weh als anderen"			
passiv/depressiv (DP)	"Ich fühle mich oft niedergeschlagen und kraftlos"			
selbstbehauptend-antisozial (AS)	"Wenn Leute sich gegen mich wenden, kann ich sie fertig machen"			
liebenswürdig-histrionisch (HI)	"Meine gute Laune überträgt sich oft auf andere "			
optimistisch-rhapsodisch (RH)	"Mein Optimismus ist unbesiegbar"			
sorgfältig-zwanghaft (ZW)	"Beständigkeit und feste Grundsätze bestimmen mein Leben"			

^a Entsprechende Persönlichkeitsstörungen gemäß DSM-IV oder ICD-10 sind fett gedruckt.

Fragestellungen

Die aktuelle Untersuchung, eine Online-Umfrage, ist nach unserem Wissen die erste, mit der praktizierende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Hilfe der PSSI nicht nur in Deutschland, sondern auch in den deutschsprachigen Nachbarländern Schweiz und Österreich untersucht wurden, unabhängig von ihrem primären Interventionsansatz.

Zunächst wurde geprüft, ob die drei länderspezifischen Stichproben als eine einzige behandelt werden können. Die zentralen Forschungsfragen dieser explorativen Studie waren: Unterscheiden sich Psychotherapeuten von einer normativen Stichprobe? Da Geschlechterunterschiede bei Psychotherapeuten bisher selten erforscht wurden, war die zweite Frage: Unterscheiden sich männliche Psychotherapeuten von ihren weiblichen Kolleginnen? Im Licht der bisherigen Ergebnisse haben wir erwartet, dass sich die Psychotherapeuten deutlich vom Mittelwert der Norm unterscheiden, der aus einer Normierungsstichprobe des PSSI abgeleitet wurde. Da sich unsere bisherigen Untersuchungen hauptsächlich auf Praktizierende von Hypnose oder Hypnotherapie konzentrierten, haben wir auf die Formulierung von spezifischen Hypothesen verzichtet, die sich auf das allgemeine Persönlichkeitsmuster von psychotherapeutisch Tätigen, auf Geschlechterunterschiede oder auf spezifische PSSI-Skalen beziehen würden. Weitere Ergebnisse hinsichtlich Dauer der beruflichen Praxis, der angewandten psychotherapeutischen Verfahren sowie der Anwendung von Hypnose wurden schon in einem letztjährigen Artikel in dieser Zeitschrift behandelt (Peter, Böbel, Hagl, Richter, & Kazén, 2018).

Methode

Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus 1027 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. In den drei Ländern wurden insgesamt 4600 psychotherapeutisch tätige Personen per E-Mail angeschrieben (davon 830 in der Schweiz, 610 in Österreich und 3160 in Deutschland). Die Rücklaufquote der verwertbaren Antworten betrug etwa 22 Prozent; davon aus Deutschland n=628 (61,1 %), aus der Schweiz n=285 (27,8 %) und aus Österreich n=114 (11,1 %). Mehr als zwei Drittel der Teilnehmer (71,4 Prozent) waren weiblich. Das entspricht in etwa dem Anteil der weiblichen Psychotherapeutinnen in Deutschland (Obermann, Müller, & Woerns, 2019).²⁾ Das Durchschnittsalter betrug bei einer Standardabweichung von 10,6 Jahren 53,5 Jahre. Die Dauer der Ausübung des Psychotherapie-Berufs betrug im Mittel 19,34 Jahre bei einer Standardabweichung von 10,75 Jahren. Etwas weniger als die Hälfte der Teilnehmer (42,2%) war dabei mehr als 20 Jahre beruflich tätig; 22 waren nicht mehr tätig. Bei dem Großteil der Befragten (79,9%) handelte es sich um studierte Psychologen. Der Anteil der Ärzte war gering und lag bei 4,7 Prozent. 158 (15,4%) der Befragten hatten einen Ausbildungshintergrund, der weder auf einem

Psychologie- noch auf einem Medizin-Studium beruht (für Deutschland sind das n=61, 9,7%; für die Schweiz n=33, 11,56% und für Österreich n=64, 56,14%)³).

Die meisten der Befragten gaben an, dass sie als psychotherapeutisches Verfahren die Verhaltenstherapie (38,4%) einsetzen, gefolgt von der Psychoanalyse (14,9%), anderen analytischen Verfahren (14,2%), der systemischen Therapie (8,7%) und der Gesprächspsychotherapie (6,5%). 17,3 Prozent der Befragten gaben an, dass sie "sonstige Verfahren" verwenden. Unter den sonstigen Verfahren wurden am meisten genannt "integrativ" (n=32), Tiefenpsychologie (n=28), Gestalttherapie (n=28) und Körperpsychotherapie (n=20). Von den 1027 Befragten bejahten 275 Personen (26,8%) die Frage, ob sie bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit zusätzlich auch Hypnose verwenden. Diese deskriptiven Statistiken hinsichtlich der angewandten Psychotherapieverfahren und der Verwendung von Hypnose wurden in Peter et al. (2018) schon ausführlich berichtet.

Erhebungsinstrument

Zur Erfassung der Persönlichkeitsstile wurde das Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI) von Kuhl und Kazén (2009) in seiner Kurzform (PSSI-K) verwendet, weil sich dieser Fragebogen in einer Reihe früherer Untersuchungen als ein sehr differenziertes und aussagekräftiges Instrument erwiesen hat (Bochter, Hagl, Piesbergen, & Peter, 2014; Hagl, Piesbergen, Bose, & Peter, 2013; Peter, 2015; Peter et al., 2012; Peter et al., 2014; Prade, Geiger, & Peter, 2014). Das PSSI ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das die relative Ausprägung von 14 Persönlichkeitsstilen erfasst. Diese gelten als nicht-pathologische Entsprechungen der in DSM-IV und ICD-10 beschriebenen Persönlichkeitsstörungen (siehe Tab. 2). Weil die Langform des PSSI mit 140 Items in früheren Untersuchungen eine zu hohe Abbrecherquote bedingte, haben wir die Kurzform PSSI-K gewählt, bestehend aus 56 Items. Jeweils vier Items erfassen einen der insgesamt 14 Persönlichkeitsstile. Die Antwort-Skalen sind vierstufig mit den Polen "trifft gar nicht zu" bis "trifft ausgesprochen zu". Es können pro Skala minimal null und maximal 12 Punkte erzielt werden. Diese Rohwerte werden in T-Werte umgerechnet mit 50 als Mittelwert. Kuhl und Kazén empfehlen, Werte ober- und unterhalb einer Standardabweichung (d.h. außerhalb von 40 – 60) als Hinweis auf eine mögliche Persönlichkeitsstörung anzusehen.

Aufgrund der standardisierten Vorgehensweise in der Durchführung von PSSI und PSSI-K kann davon ausgegangen werden, dass Durchführungsobjektivität gegeben ist. Cronbachs Alphas des PSSI-K liegen zwischen $\alpha=0,64$ und $\alpha=0,79$ und sind etwas niedriger als die der Langform des PSSI ($\alpha=0,75$ und $\alpha=0,86$).

Die Validität der Langform des PSSI wurde in verschiedenen Studien nachgewiesen, u.a. mit mittleren bis hohen Korrelationen zu anderen Inventaren wie dem NEO-FFI (Big Five) oder dem 16 PF-R (Sixteen Personality Factor Questionnair) (Kuhl & Kazén, 2009).

Die von Kazén 2017 zur Verfügung gestellte Normstichprobe für das PSSI-K

umfasst 3392 Personen im Alter zwischen 12 und 82 Jahren, 1763 Frauen und 1629 Männer, aus verschiedenen Berufen (Studenten, Manager, Angestellte, Hausfrauen). Die Normstichprobe ist daher repräsentativ und nach den in der Literatur angegebenen Richtlinien als ausreichend groß einzustufen (Bühner, 2007; Lienert & Raatz, 1998).

Datenerhebung

Die Erhebung fand zwischen dem 29.4. und 5.6.2015 online mit der Befragungssoftware *SoSciSurvey* statt. Die E-Mail-Adressen der individuell angeschriebenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurden aus drei Adressenlisten entnommen, und zwar von der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung⁴⁾, dem österreichischen Bundesministerium für Gesundheit⁵⁾ und der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen⁶⁾. Aufgrund dieser benutzten Listen handelt es sich in der überwiegenden Mehrzahl um Psychologinnen und Psychologen. Die Angeschriebenen wurden um Folgendes gebeten:

"Im Rahmen eines Projektes über Persönlichkeitsprofile von Personen aus helfenden Berufen (im Vergleich zu Personen mit anderen Berufen), in dem bislang hauptsächlich Studierende untersucht worden waren, benötigen wir nun dringend Daten von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die praktisch tätig sind (oder waren). Deshalb bitten wir Sie herzlich, auf dem Link https://www.soscisurvey.de/lmu2015/anonym die 56 Fragen des Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventars (PSSI-K von Kuhl & Kazen) auszufüllen. Gerade weil Sie sehr schnell und spontan antworten sollen, kostet Sie Ihre Antwort etwa 5 Minuten. Selbstverständlich sind Ihre Antworten völlig anonym."

Vor den 56 Items des PSSI-K wurden einige demographische und professionelle Daten abgefragt, die oben in der Beschreibung der Stichprobe schon erwähnt wurden: Geschlecht, Nationalität, Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit, Grundstudium und Art des angewandten Psychotherapieverfahrens. Als allerletzte Frage, nachdem alle vorherigen Antworten elektronisch auf dem Server abgespeichert waren, wurde gefragt: "Wie häufig verwenden Sie Hypnose/Hypnotherapie in Ihrer Arbeit?" Die Ergebnisse hierzu wurden in Peter et al. (2018) schon berichtet.

Auswertung

Die mit SoSciSurvey erhobenen Daten wurden direkt in SPSS (Version 23. 0) eingelesen und anschließend ausgewertet. Die Berechnung der Konfidenzintervalle für die Effektgröße erfolgte mit der statistischen Software R (Version 3.2.2). Zur Überprüfung der Fragestellungen wurden gemäß der Anzahl der untersuchten Populationen als statistische Verfahren t-Tests bzw. einfaktorielle Varianzanalysen verwendet. Da sowohl t-Tests als auch varianzanalytische Verfahren als robust gegenüber der Verletzung der Normalverteilungsannahme gelten, wurde auf die Verwendung von nonparametrischen Verfahren verzichtet, obwohl in keinem Fall Normalverteilung vorlag. Zur Überprüfung der Varianzhomogenität wurden Levene-Tests durchgeführt, deren Er-

gebnisse einzeln berichtet werden. Lag Varianzheterogenität vor, wurde der t-Test für unabhängige Stichproben bzw. die Varianzanalyse durch den Welch-Test ersetzt. Wegen multiplem Testen wurde nach Bonferroni korrigiert, d.h. als neues Signifikanzniveau wurde $p = 0.0018^{7}$) festgelegt. Die vorgenommene Adjustierung des Signifikanzniveaus bei den post hoc durchgeführten Analysen wird an gegebener Stelle berichtet.

Ergebnisse

1. Unterschiede hinsichtlich der Nationalitäten Deutschland, Österreich und Schweiz

Als erstes wurde die Frage untersucht, ob Unterschiede in den Persönlichkeitsstilen in Abhängigkeit von den drei deutschsprachigen Nationalitäten feststellbar sind. Damit sollte sichergestellt werden, dass sich die Befragten aus den drei Ländern nicht zu sehr unterscheiden, um als eine gemeinsame Stichprobe verwendet werden zu können. Diese Frage wurde jeweils mit einer einfaktoriellen ANOVA mit drei Stufen überprüft. Die varianzanalytischen Überprüfungen ergaben, dass sich mindestens eine der Länder-Gruppen von den beiden anderen Gruppen signifikant unterscheidet und zwar im ahnungsvollen ST-Stil F(2,279.39)=19.15, p<0.0001; bei ungleichen Varianzen). Der Post hoc-Test von Games-Howell zeigte, dass im Ländervergleich die deutschen Psychotherapeuten im Mittel weniger ahnungsvoll (ST) sind als ihre österreichischen bzw. ihre Schweizer Kollegen. Keine Unterschiede im ahnungsvollen ST-Persönlichkeitsstil zeigten sich hingegen zwischen österreichischen und Schweizer Psychotherapeuten. Im Vergleich zwischen deutschen und österreichischen Psychotherapeuten erstreckt sich das Intervall für die Effektstärke von -0.58 bis -0.18, und zwischen Deutschland und Schweiz zwischen -0.59 und -0.30. In beiden Fällen ist also von einem kleinen bis einem mittleren Effekt auszugehen (vgl. Tab. 3). Die p-Werte sind

Tab. 3: Vergleich im ahnungsvollen ST-Persönlichkeitsstil zwischen deutschen und österreichischen psychotherapeutisch Tätigen und solchen aus der Schweiz

Nationalität	\overline{x}	S	p	d	KI _{0.95}
Österreich	47.49	8.23			
Österreich vs. Deutschland			0.003	-0.38	[-0.58;-0.18]
Deutschland	44.79	7.28			
Schweiz vs. Deutschland			< 0.0001	-0.44	[-0.58;-0.30]
Schweiz	48.11	8.88			

Anmerkung. Für die post hoc Analyse wurde der Games-Howell Test benutzt, welcher für Typ-I-Fehler angepasst ist, sodass hier keine weitere Bonferroni-Korrektur vorgenommen wurde. Für den ahnungsvollen ST-Stil (F(2,1024)=9.32, p<0.05) ist von unterschiedlich großen Varianzen auszugehen.

Bonferroni-adjustiert. Der Varianzanteil beträgt für den ahnungsvollen ST-Stil, d.h. 3,9 Prozent der Varianz des ahnungsvollen Stils können durch die Nationalität (Deutschland, Österreich, Schweiz) erklärt werden. Es muss von einem kleinen Effekt ausgegangen werden.

Man kann also folgern, dass die in Deutschland psychotherapeutisch Tätigen etwas weniger ahnungsvoll (ST) sind als die in Österreich und der Schweiz Tätigen, aber dass sie sich ansonsten nicht nach Land unterscheiden.

2. Unterschiede zur Normstichprobe

Mithilfe von Einstichproben-t-Tests wurde überprüft, ob sich psychotherapeutisch Tätige in den erfassten Persönlichkeitsmerkmalen von der Norm unterscheiden. In 12 von 14 Persönlichkeitsstilen zeigen sich signifikante Ergebnisse. Die mittleren T-Normwerte und die Standardabweichungen der erfassten Persönlichkeitsstile, die Ergebnisse der Teststatistik T und deren entsprechende p-Werte, Cohens d und die konkreten Konfidenzintervalle für die Effektgrößen können Tabelle 4 entnommen werden.

Tab. 4: Vergleich in 14 Persönlichkeitsstilen von psychotherapeutisch Tätigen (N=1027) mit der Normstichprobe (N=3392)

Persönlichkeitsstil	\bar{T}	S	t(1026)	p	d	KI _{0.95}
eigenwillig (PN)	42.18	7.96	-31.48	<i>p</i> < 0.0001	-0.98	[-1.06;-0.91]
spontan (BL)	43.10	5.20	-42.56	<i>p</i> < 0.0001	-1.3	[-1.41;-1.24]
zurückhaltend (SZ)	43.13	9.00	-24.45	<i>p</i> < 0.0001	-0.76	[-0.83;-0.69]
ehrgeizig (NA)	43.21	7.20	-30.24	<i>p</i> < 0.0001	-0.94	[-1.02;-0.87]
loyal (AB)	44.77	8.01	-20.90	<i>p</i> < 0.0001	-0.65	[-0.72;-0.58]
kritisch (NG)	45.43	7.00	-20.92	<i>p</i> < 0.0001	-0.65	[-0.72;-0.59]
ahnungsvoll (ST)	45.95	8.00	-16.18	<i>p</i> < 0.0001	-0.5	[-0.57;-0.44]
hilfsbereit (SL)	46.01	8.42	-15.16	<i>p</i> < 0.0001	-0.47	[-0.54;-0.41]
selbstkritisch (SU)	46.73	7.59	-13.82	<i>p</i> < 0.0001	-0.43	[-0.49;-0.37]
passiv (DP)	47.08	6.85	-13.66	<i>p</i> < 0.0001	-0.43	[-0.49;-0.36]
selbstbehauptend (AS)	47.18	7.68	-11.75	<i>p</i> < 0.0001	-0.37	[-0.43;-0.30]
liebenswürdig (HI)	48.70	8.51	-4.91	<i>p</i> < 0.0001	-0.15	[-0.21;-0.09]
optimistisch (RH)	49.97	8.73	-0.82	n.s.	-0.03	[-0.09;-0.04]
sorgfältig (ZW)	49.85	8.33	-0.58	n.s.	-0.02	[-0.08;-0.04]

Hypnose-ZHH, 14 (1+2), Oktober 2019

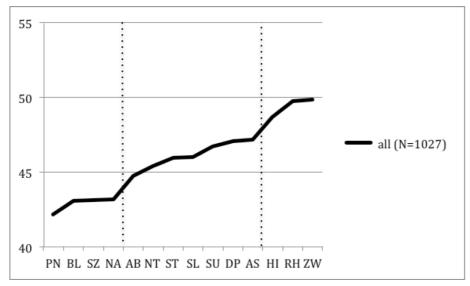


Abb. 1: Persönlichkeitsprofil aller befragten psychotherapeutisch Tätigen (N=1027) im Vergleich zur Normstichprobe (N=3386; die Werte der psychotherapeutisch Tätigen befinden sich unterhalb des Normmittelwertes von 50, aber innerhalb des Normbereiches zwischen 40 und 60). Zu den Bezeichnungen der einzelnen Skalen PN bis ZW siehe Tab. 2 S. 100.

Unterschiede mit großen Effektstärken in den Persönlichkeitsstilen der psychotherapeutisch Tätigen im Vergleich zur Norm können für den eigenwilligen PN-, spontanen BL-, zurückhaltenden SZ- und ehrgeizigen NA-Persönlichkeitsstil angenommen werden. Sehr kleine bis keine Unterschiede finden sich im liebenswürdigen HI-Stil und keine im optimistischen RH- und im sorgfältigen ZW-Stil. In allen anderen Fällen kann man von mittleren Effektstärken ausgehen. Für alle Effekte gilt, dass die Stichprobe der psychotherapeutisch Tätigen in jedem der 14 erfassten Persönlichkeitsstile im Mittel geringere Persönlichkeitswerte aufweist als die Normstichprobe, d.h. sie liegen alle unterhalb des Normmittelwertes von 50 (vgl. Abb. 1).

3. Unterschiede hinsichtlich Geschlecht

Zur Überprüfung der Frage, ob sich männliche Psychotherapeuten und weibliche Psychotherapeutinnen in den erfassten Persönlichkeitsstilen unterscheiden, wurden 14 t-Tests durchgeführt. Die berechneten p-Werte wurden mit dem Bonferroni-korrigierten Signifikanzniveau verglichen. Bei 8 von 14 Vergleichen zeigen sich signifikante Geschlechtsunterschiede: Zurückhaltender SZ-Stil (t= -4.98, df= 1025, p < 0,001), ehrgeiziger NA-Stil (t= -4.06, df= 1025, p < 0,001), ahnungsvoller ST-Stil (t= 3.56, df= 1025, p < 0,001), hilfsbereiter SL-Stil (t= 3.63, df= 1025, p < 0,001), selbstkritischer

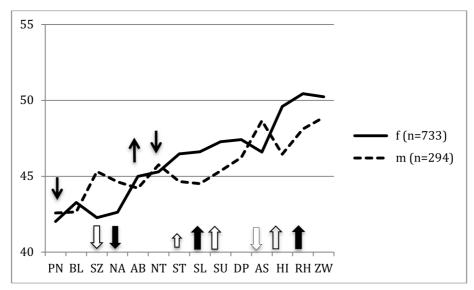


Abb. 2: Persönlichkeitsprofile der psychotherapeutisch Tätigen getrennt nach Geschlecht (f = weiblich n=733; m = männlich n=294) im Vergleich zur Normstichprobe (N=3392; Normmittelwert: 50; Normbereich: 40 bis 60). Skalenbezeichnungen PN bis ZW in Tab. 2, S. 100

Tabelle 5: Vergleich von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in acht Persönlichkeitsstilen.

Persönlichkeitsstil	$\overline{X}_w - \overline{X}_m$	t(1025)	d	$KI_{0.95}$	Interpretation
zurückhaltend (SZ)	-3.06	-4.98***	-0.34	[-0.48;-0.21]	kleiner bis mittlerer Effekt
ehrgeizig (NA)	-2.00	-4.06***	-0,28	[-0.42;-0.14]	kleiner bis mittlerer Effekt
ahnungsvoll (ST)	1.81	3.56***	0.22	[0.09;0.36]	kein bis kleiner Effekt
hilfsbereit (SL)	2.10	3.63***	0.25	[0.11;0.39]	kleiner bis mittlerer Effekt
selbstkritisch (SU)	1.92	3.81***	0.25	[0.12;0.39]	kleiner bis mittlerer Effekt
selbstbehauptend (AS)	-2.06	-3.91***	-0.26	[-0.41;-0.13]	kleiner bis mittlerer Effekt
liebenswürdig (HI)	3.15	5.44***	0.38	[0.23;0.51]	kleiner bis mittlerer Effekt
optimistisch (RH)	2.33	3.89***	0.27	[0.13;0.40]	kleiner bis mittlerer Effekt

Anmerkung. Für den selbstbehauptenden AS-Stil (F(1, 1,1025)=4.67, p < 0.05) und für den ahnungsvollen ST-Stil (F(1, 1,1025)=11.19, p < 0.05) kann nicht angenommen werden, dass die Annahme gleich großer Varianzen erfüllt ist; *** p < 0.001.

SU-Stil (t= -4.98, df= 1025, p < 0,001), selbstbehauptender AS-Stil (t= -3.91, df= 1025, p < 0,001), liebenswürdiger HI-Stil (t= 5.44, df= 1025, p < 0,001) und optimistischer RH-Stil (t= 3.89, df= 1025, p < 0,001). Das Vorzeichen der T-Normwerte muss in Abhängigkeit der Kodierung der Variable Geschlecht interpretiert werden: Positive bzw. negative T-Normwerte bedeuten, dass weibliche im Vergleich zu männlichen Personen größere bzw. geringere T-Normwerte aufweisen. Für jeden der acht Persönlichkeitsstile wurde anschließend Cohens d sowie das Konfidenzintervall für die Effektstärke berechnet. In der Tabelle 5 werden die Mittelwertsdifferenzen, Cohens d, die Konfidenzintervalle für die Effektstärke sowie deren Klassifizierung nach den Richtlinien von Cohen dargestellt.

Wie Tabelle 5 entnommen werden kann, liegen bei sieben Persönlichkeitsstilen Effektstärken zwischen einem kleinen bis mittelgroßen Effekt vor. Lediglich bei dem ahnungsvollen ST-Stil muss von Werten zwischen keinem und einem kleinen Effekt ausgegangen werden. Abbildung 2 zeigt die Geschlechter-Unterschiede in den Persönlichkeitsprofilen.

Die Daten zeigen, dass Frauen weniger zurückhaltend (SZ), weniger ehrgeizig (NA) und weniger selbstbehauptend (AS) als ihre männlichen Kollegen sind. Jedoch sind sie mehr ahnungsvoll (ST), mehr hilfsbereit (SL), mehr selbstkritisch (SU), mehr liebenswürdig (HI) und mehr optimistisch (RH).

Da sich geschlechtsspezifische Unterschiede auch schon in einer früheren Normierungsstichprobe mit der Langversion des PSSI von Kuhl und Kazén (2009) zeigten, wurden diese mit den geschlechtsspezifischen Unterschieden der vorliegenden Stichprobe der psychotherapeutisch Tätigen verglichen. Es wurde also untersucht, in welchen Persönlichkeitsstilen sich die Ergebnisse beider Stichproben unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten gleichen bzw. unterscheiden. Damit sollten diejenigen Persönlichkeitsstile herausgefiltert werden, die bei psychotherapeutisch Tätigen von besonderer Bedeutung sind. Hierzu wurden aus den Rohwerten sowohl der Normierungsstichprobe der Langversion des PSSI (N=1903) als auch denen der psychotherapeutisch Tätigen (N=1027) Effektgrößen und Konfidenzintervalle berechnet (s. Tab. 6). Bei einem Vergleich der Konfidenzintervalle beider Stichproben fällt auf, dass diese sich in fünf Persönlichkeitsstilen kaum unterscheiden, nämlich in SZ, ST, SU, AS und HI (s. leere Pfeile in Abb. 2). Weil die Konfidenzintervalle sich sehr stark überlappen, ist davon auszugehen, dass bezüglich dieser Stile keine signifikanten Unterschiede in den Mittelwertdifferenzen zwischen den beiden Stichproben vorliegen. (Die etwas schmäleren Konfidenzintervalle in der Normierungsstichprobe sind auf den fast doppelt so großen Stichprobenumfang zurückzuführen zurückzuführen.) Bedeutsame Unterschiede finden sich hingegen bei den Stilen NA, SL und RH der hier vorliegenden Stichprobe von psychotherapeutisch Tätigen. Von den eben genannten 8 Stilen, in denen sich die Psychotherapeutinnen von den Psychotherapeuten unterscheiden, sind also nur 3 für unsere Fragestellung aussagerelevant: NA, SL und RH. Das heißt: Im Vergleich zu den im PSSI in der Normstichprobe gefundenen Geschlechtsunterschieden, sind Psychotherapeutinnen auffallend weniger ehrgeizig (NA), jedoch mehr hilfsbereit (SL) und mehr optimistisch (RH) als ihre männlichen Kollegen (s. fette Pfeile in Abb. 2). Umgekehrt finden sich manche der in der Normstichprobe gefundenen Geschlechtsunterschiede nicht in unserer Stichprobe von psychotherapeutisch Tätigen, das gilt für den eigenwilligen Stil (PN) und den loyalen (AB) Stil, aber vor allem für den kritischen Stil (NT), bei dem sich die Konfidenzintervalle nicht überlappen (siehe einfache Pfeile oberhalb der Profillinien in Abb. 2)

Diskussion

Im Rahmen eines Projektes zur Untersuchung der Therapeutenvariablen nahmen 1027 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz Anfang 2015 an einer Untersuchung ihres Persönlichkeitsprofils mit Hilfe des Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventars (PSSI-K; Kuhl & Kazén, 2009) teil. Aufgrund der benutzten Portale wurden kaum Ärzte sondern hauptsächlich Psychologinnen und Psychologen angesprochen. Es interessierte, ob und wenn ja wie sie sich generell von der Normstichprobe von 3392 Personen unterscheiden; ferner interessierten Unterschiede hinsichtlich der Geschlechter.

Generell muss zunächst festgestellt werden, dass wir hinsichtlich ätiologischer Faktoren zur Bildung eines bestimmten Persönlichkeitsstils für unsere Stichprobe keine Aussagen machen können. Wir wissen nichts über die spezifische Rolle genetischer Prädispositionen, Prägungen in Kindheit und Jugend, ausbildungs- und berufsbedingter sekundärer Sozialisation sowie der Interaktionen zwischen diesen Einzelfaktoren (Asendorpf, 1992; Asendorpf & Neyer, 2012). In der aktuellen Persönlichkeitsforschung wird der soziogenetische Ansatz diskutiert, der im Gegensatz zur ontogenetischen Sicht die Möglichkeit der Entwicklung und Änderung von Persönlichkeitsstilen hervorhebt, was im Übrigen die Grundvoraussetzung psychotherapeutischer Interventionen ist (Roberts et al., 2017). Die genetischen Prädispositionen werden dabei nicht ignoriert sondern in Interaktion gesehen mit soziokulturellen Einflüssen und speziellen Interventionen wie z.B. durch berufliche Sozialisation in Jugend und frühem Erwachsenenalter (Bleidorn et al., 2019; Schwaba & Bleidorn, 2018). Hinzu kommt der Aspekt, dass die Teilnehmer in ihrer Rolle als psychotherapeutisch Tätige angefragt worden waren. So nehmen wir an, dass sie hauptsächlich als "Berufsperson" geantwortet haben, so dass in ihrem Persönlichkeitsprofil zu einem großen Teil gerade die Effekte ihrer psychotherapeutischen Sozialisation und Erfahrung zum Ausdruck kommen. Auf dieses Thema der Antworttendenzen werden wir im Abschnitt Limitationen noch eingehen.

Zur Verdeutlichung der einzelnen Persönlichkeitsstile fügen wir – falls möglich – in den folgenden Beschreibungen auch die Bezeichnungen für die jeweiligen Persönlichkeitsstörungen hinzu. Statt bloß "eigenwillig" sprechen wir dann z.B. von "eigenwillig/paranoid (PN)". Das hat aber nur illustrativen Charakter. Diese zusätzliche Nomenklatur, die den klinisch Tätigen vertrauter ist als die alltagssprachlichen Adjektive

Tab. 6: Vergleich der geschlechtsbedingten Unterschiede und Konfidenzintervalle aus den Rohdaten einer Normierungsstichprobe von Kuhl und Kazén (2009) mit den Rohdaten der vorliegenden Stichprobe von psychotherapeutisch Tätigen.

Stil	$\overline{X}_w - \overline{X}_m$	$\overline{x}_w - \overline{x}_m$		
	(Kazén)	(Peter et al.)	(Kazén)	(Peter et al.)
	0.91***	-0.12	[-0.29; -0.20]	[-0.21; 0.07]
(PN)			kleiner Effekt	kein bis kleiner Effekt
spontan -(0.02	0.18	[-0.09; 0.09]	[-0.01; 0.26]
(BL)			kein Effekt	kein bis kleiner Effekt
zurückhaltend -2	2.13***	-0.7***	[-0.53; -0.35]	[-0.48; -0.21]
(SZ)			mittlerer Effekt	kleiner bis mittlerer Effekt
ehrgeizig	0.23	-0.53***	[-0.05; 0.13]	[-0.42; -0.14]
(NA)			kein bis kleiner Effekt	kleiner bis mittlerer Effekt
loyal	0.92***	0,22	[0.08; 0.26]	[-0.04; 0.23]
(AB)			kein bis kleiner Effekt	kein bis kleiner Effekt
kritisch -2	2.27***	-0.11	[-0.58; -0.40]	[-0.20; 0.07]
(NT)			mittlerer Effekt	kein bis kleiner Effekt
ahnungsvoll I	1.50***	0.53***	[0.16; 0.35]	[0.09; 0.36]
(ST)			kleiner Effekt	kleiner Effekt
hilfsbereit -(0.08	0.51	[-0.10; 0.08]	[0.11; 0.39]
(SL)			kein bis kleiner Effekt	kleiner bis mittlerer Effekt
selbstkritisch l	1.08	0.50	[0.11; 0.30]	[0.12; 0.39]
(SU)			kleiner bis mittlerer Effekt	kleiner bis mittlerer Effekt
passiv -(0.64	0.31	[-0.22; -0.04]	[0.04; 0.31]
(DP)			kein bis kleiner Effekt	kein bis kleiner Effekt
selbstbehauptend -2	2.46***	-0.53***	[-0.55; -0.36]	[-0.41; -0.13]
(AS)			mittlerer Effekt	kleiner bis mittlerer Effekt
liebenswürdig l	1.89***	0.82***	[0.26; 0.44]	[0.23; 0.51]
(HI)			kleiner bis mittlerer Effekt	kleiner bis mittlerer Effekt
optimistisch (0.76	0.63***	[0.05; 0.23]	[0.13; 0.40]
(RH)			kein bis kleiner Effekt	kleiner bis mittlerer Effekt
sorgfältig -(0.52	0.36	[-0.18; 0.00]	[0.03; 0.30]
(ZW)			kein bis kleiner Effekt	kein bis kleiner Effekt

 zur Beschreibung der Stile, soll nur die Tendenz verdeutlichen, wenn der Stil die Grenze zum Pathologischen überschreiten würde. Der Durchschnitt der von uns befragten psychotherapeutisch Tätigen befindet sich noch gut innerhalb des Rahmens, der von Kuhl und Kazén (2009) als Normbereich definiert wird. Tatsächlich befanden sich die von uns untersuchten psychotherapeutisch Tätigen in 12 der 14 Stile unterhalb der Norm (von 50), vier sogar mit einem großen Effekt. Das heißt, sie sind von einer Persönlichkeitsstörung weit entfernt. Es ist uns wichtig, dies festzuhalten, denn die Meinung über den Charakter von psychotherapeutisch Tätigen ist immer noch ambivalent (Jaeggi, 2004; Schmidbauer, 1977; von Sydow, 2007, 2014).

Die erste Fragestellung betraf die *Nationalität*, weil die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung für Psychotherapie in den drei Ländern differieren. Unterschiede in den Persönlichkeitsstilen zeigen sich aber nur zwischen Deutschland und den anderen beiden Nationalitäten Österreich und Schweiz: Die deutschen psychotherapeutisch Tätigen sind signifikant weniger ahnungsvoll/schizotypisch (ST) als die in Österreich und der Schweiz.⁸⁾ Dieser Nationalitätenunterschied ist allerdings nur klein bis mittelgroß. Er bedürfte einer differenzierteren Untersuchung, welche den Rahmen dieses Artikels sprengen würde. Für den Zweck der vorliegenden Arbeit ist es uns nur wichtig festzustellen, dass wir unter Beachtung dieses Unterschiedes im ST-Persönlichkeitsstil die Stichprobe weiterhin als Ganzes betrachten können.

Als nächstes interessierte uns die Frage, ob sich die 1027 psychotherapeutisch Tätigen in ihren Persönlichkeitsstilen von den 3392 Personen der Normstichprobe unterscheiden. Hier zeigte sich, dass ihr Persönlichkeitsprofil zwar innerhalb des Normbereiches zwischen 40 und 60, generell aber unterhalb des Normmittelwertes von 50 liegt. Das hat zur Folge, dass die Charakterisierung unserer psychotherapeutisch Tätigen hauptsächlich durch Negationen bestimmt ist, dass wir also beschreiben, wie sie *nicht* sind. Für diese Charakterisierung benutzen wir die von Kuhl und Kazén (2009) vorgegebene Begrifflichkeit z.T. in wörtlicher Wiedergabe, ohne dies jedes Mal eigens kenntlich zu machen.

Insgesamt kann man die Unterschiede in den Persönlichkeitsstilen, mit denen sich unsere Stichprobe von der Norm unterscheidet, in drei Gruppen einteilen: solche mit großen, solche mit mittleren und solche mit kleinen bzw. keinen Effektgrößen.

Unterschiede mit großen Effekten

Zu den Unterschieden der *ersten Gruppe mit großen Effekten* zählen die PN-, BL-, SZ- und NA-Stile (s. Abb. 1): Unsere psychotherapeutisch Tätigen sind sehr wenig eigenwillig/paranoid (PN), sehr wenig spontan/borderline (BL), sehr wenig ehrgeizig/narzisstisch (NA) und sehr wenig zurückhaltend/schizoid (SZ).

Mit dem eigenwillig/paranoiden Stil (PN) sind Personen gemeint, die ihre eigenen Absichten sehr deutlich erleben, und bestrebt sind, diese und damit sich selbst gegen andere abzugrenzen, weil sie sich leicht von diesen ausgenutzt oder benachteiligt fühlen; im Extrem interpretieren sie die Handlungen der anderen als abwertend oder gar bedrohlich.

Das ist genau das Gegenteil dessen, wie unserer Meinung nach psychotherapeutisch Tätige sein bzw. sich verhalten sollten – und das nach unserer Erhebung tatsächlich auch tun: Sie stellen die eigene Person und ihre subjektiven Absichten in der Therapiesituation zurück, um offen zu sein für das Gegenüber, ohne sich ausgenutzt, benachteiligt oder gar bedroht zu fühlen. Damit zeigt sich eine therapeutische Grundhaltung, die in verschiedenen Begriffen zum Ausdruck gebracht wird wie z.B. "freischwebende Aufmerksamkeit", "Patientenzentriertheit", "Pacing" oder "in Beziehung gehen" bzw. "Rapport aufnehmen". Das Zurückstellen der eigenen Person kommt pointiert v.a. auch im Gegenteil des NA-Stiles zum Ausdruck:

 Der ehrgeizig/narzisstische Stil (NA) beschreibt Personen mit ausgeprägtem Sinn für das Besondere. Wegen des Erlebens der eigenen Großartigkeit zeigen sie einen Mangel an Einfühlungsvermögen.

Das trifft auf unsere therapeutisch Tätigen nicht zu. Sie stellen ihre Person unauffällig in den Hintergrund, weil diese in der therapeutischen Situation im Allgemeinen keine hervorstechende Rolle spielt. Hinzu kommen Empathie, Wertschätzung und Wärme für den Anderen (Rogers, 1957), also die Umkehrung des SZ-Stiles:

 Mit dem zurückhaltend/schizoiden Stil (SZ) werden Personen mit eingeschränkter emotionaler Erlebnis- und Ausdrucksintensität, mit nüchterner Sachlichkeit und Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Beziehungen bezeichnet.

Therapeutisch Tätige sollten in der therapeutischen Situation offen sein für das emotionale Erleben des Gegenübers, dieses nachempfinden und diese Empathie auch in passender Weise zum Ausdruck bringen können. Das trifft auf unsere psychotherapeutisch Tätigen ganz offensichtlich zu.

 Der spontan/borderline Stil (BL) ist durch intensive aber instabile Emotionalität gekennzeichnet. Diese Instabilität bezieht sich sowohl auf die eigene Identität wie auf zwischenmenschliche Beziehungen.

Genau das Gegenteil sollte in der Psychotherapie der Fall sein: Das emotionale Miterleben der Gefühle von Patientinnen und Patienten sollte moderat und stabil sein. Auch der personale Ausdruck, d.h. die Persönlichkeit der psychotherapeutisch Tätigen darf nicht in Extreme verfallen oder starken Schwankungen unterliegen, um dem Gegenüber eine sichere, warme und verlässliche Beziehung zu bieten. Auch diese Haltung verwirklichen unsere psychotherapeutisch Tätigen.

Da wir keine Daten über die Wirksamkeit unserer Psychotherapeuten haben, können wir nur dann Rückschlüsse auf die mögliche Bedeutung unserer Ergebnisse ziehen, wenn wir sie mit den Ergebnissen aus anderen Untersuchungen abgleichen. In diesem Sinne interpretieren wir die niedrigeren Werte in diesen vier Persönlichkeitsstilen als notwendig für die therapeutische Beziehung. Die Interaktion zwischen Therapeut und Patient, die therapeutische Beziehung, gilt als entscheidend für das Ergebnis der Psychotherapie. Baldwin et al. (2007) fanden, dass die Variabilität der Psychotherapeuten in Bezug auf die therapeutische Beziehung das Ergebnis einer Psychothe-

rapie vorhersagt; hieraus folgerten sie, dass Therapeuten geschult werden sollten, starke therapeutische Beziehungen zu entwickeln und aufrechtzuerhalten. Ebenso fanden Dinger et al. (2007) einen Einfluss der therapeutischen Beziehung auf den Behandlungsausgang und konnten dies 2008 erneut bestätigen (Dinger et al., 2008). Auch die negativen persönlichen Reaktionen der Psychotherapeuten auf Patienten wie geringes Einfühlungsvermögen, Feindseligkeit, Frustration oder mangelnde Toleranz – die als Manifestationen des eigenwillig/paranoiden (PN), des zurückhaltend/schizoiden (SZ), und des spontanen/borderline (BL) Stils verstanden werden konnten – prognostizierten schlechtere Patienten Bewertungen (Nissen-Lie et al., 2010), ein Ergebnis, das in sechs Messungen im Laufe der Psychotherapie ziemlich stabil war. Ein weiteres Ergebnis dieser Forscher kann sich auf unser Ergebnis bezüglich des sehr geringen Wertes im ehrgeizig/narzisstischen Stil (NA) beziehen: Eine Art "professionellen Selbstzweifels" (d.h. Demut, Vorsicht und Sensibilität gegenüber Patienten) prognostizierte in der Studie von Nissen-Lie et al. (2010) eine durch die Patienten besser bewertete therapeutische Beziehung, wohingegen "bessere Beziehungsfähigkeiten" im Selbstbericht der Therapeuten schlechtere therapeutische Beziehungen vorhersagten. Selbst eine durchschnittliche Menge Narzissmus könnte zu einer zu egozentrischen Haltung führen, die die ausschließliche Konzentration eines Psychotherapeuten auf den Patienten behindern würde, was wiederum negative Auswirkungen auf das Arbeitsverhältnis hätte.

Diese vier Persönlichkeitsstile in unserer psychotherapeutischen Stichprobe scheinen eine patientenzentrierte therapeutische Haltung gemäß zwei von Rogers (1957) Bedingungen darzustellen: Empathie und bedingungslose positive Wertschätzung. (Die dritte dieser so genannten Rogers Variablen, die Kongruenz, wird weiter unten erläutert.) Zuroff, Kelly, Leybman, Blatt und Wampold (2010) fanden, dass die zwischen-therapeutische Variabilität in der Wahrnehmung der Rogers-Variablen durch die Patienten mit dem klinischen Gesamtergebnis zusammenhängt, was zeigt wie wichtig es ist, diese Einstellungen zum Ausdruck zu bringen.

Man könnte diese grundlegenden Aspekte der Persönlichkeit der Psychotherapeuten auch im Kontext der NEO-FFI-Faktoren (Costa & McCrae, 1992) interpretieren, da drei dieser Stile, eigenwillig/paranoid (PN), zurückhaltend/schizoid (SZ) und spontan/borderline (BL) negativ mit "Extraversion" korrelieren, die beiden ersten auch negativ mit "Verträglichkeit" (Kuhl und Kazén, 2009). Extraversion und Verträglichkeit gehören sicherlich auch zu den Beziehungsfertigkeiten von psychotherapeutisch Tätigen. Unter Berücksichtigung jener Persönlichkeitsstile, die große Unterschiede zur Norm aufweisen, können wir feststellen, dass unsere Psychotherapeuten in hohem Maße in der Lage sind, eine solide therapeutische Beziehung aufzubauen und diese aufrechtzuerhalten.

Zusammengenommen interpretieren wir diese vier Persönlichkeitsstile als die *notwendigen* Essentials einer psychotherapeutischen Grundeinstellung, wie sie offenbar in den letzten Jahrzehnten in den deutschsprachigen Ländern schulübergreifend ver-

mittelt worden sind. Die therapeutische Grundhaltung, welche sich in den vier Persönlichkeitsstilen der *ersten Gruppe* zeigt, kann als *notwendige* Voraussetzung zur Aufnahme und Grundlage für die weitere Durchführung einer Psychotherapie angesehen werden. Sie allein kann aber nicht hinreichend sein für den Effekt einer professionellen therapeutischen Behandlung. Patientenzentriertheit, einfühlsam-aktives Zuhören, unbedingte Wertschätzung und emotionale Ausgeglichenheit sind zwar nötig, reichen in der Regel für eine effektive Behandlung von klinischen Störungen nach DSM bzw. ICD-10 aber nicht aus. Denn nach Herstellung einer tragfähigen Beziehung müssen in der psychoedukativen Phase der Behandlung zusammen mit den Hilfesuchenden passende Störungskonzepte vermittelt und in der Interventionsphase darauf aufbauend Techniken und Strategien angewandt werden, welche von den Patientinnen und Patienten dann z.T. auch selbständig umgesetzt werden sollen. Es ist nun zu prüfen, ob die anderen Persönlichkeitsstile ebenfalls eine Funktion in der Psychotherapie besitzen, und wenn ja, welche.

Unterschiede mit mittleren Effekten

Die zweite Gruppe der Persönlichkeitsstile, in denen sich die psychotherapeutisch Tätigen *mit mittleren Effekten* von der Normstichprobe unterscheiden, betrifft die Skalen AB, NT, SL, SU, DP, AS sowie ST und zu einem geringeren Grad auch HI, weshalb wir letzteres jedoch der dritten Gruppe zuordnen (vgl. Abb. 1): Die psychotherapeutisch Tätigen sind im Vergleich zur Normstichprobe wenig loyal/abhängig (AB), wenig kritisch/negativistisch (NT), wenig hilfsbereit/selbstlos (SL), wenig selbstkritisch/selbstunsicher (SU), wenig still/depressiv (DP) und wenig selbstbehauptend/antisozial (AS) sowie wenig ahnungsvoll/schizotypisch (ST).

Wir werden nun untersuchen, ob und wenn ja, diese Persönlichkeitsstile ebenfalls zu den Zielen und Prozessen der Psychotherapie beitragen. Auch hier ist unsere Argumentation spekulativ und wir interpretieren diese Ergebnisse im Lichte der Psychotherapieforschung und -theorie.

Das vorurteilsfreie Wahrnehmen der besonderen Weltsicht von Hilfesuchenden und das sich Öffnen für deren Erlebensqualitäten bedeutet kein abhängiges oder unterwürfiges Verhalten, wie es für den loyal/abhängigen Stil (AB) kennzeichnend ist, denn dies würde zur Unfähigkeit führen, die eigene therapeutische Expertise zielorientiert anwenden zu können, um passende Störungskonzepte zu vermitteln, Entscheidungen treffen und u.U. auch unangenehme Interventionen einsetzen zu können, aus Angst vor Kritik und Ablehnung. Das drückt sich in der geringen Ausprägung im AB-Stil aus. Unsere therapeutisch Tätigen sind nicht unterwürfig oder gar abhängig von ihren Patientinnen und Patienten. Dies würde perfekt zur dritten Rogers-Variable passen, der Kongruenz (Rogers, 1957).

Hierzu passt auch die geringe Ausprägung des kritisch/negativistischen Stils (NT), mit der ruhiges Temperament bis hin zu Passivität beschrieben wird. Im pathologischen Extrem führt das zu einer passiv-aggressiven Haltung. Psychotherapeutisch Tä-

tige sollen ihre erworbenen Kompetenzen in die therapeutische Situation aber aktiv einbringen und die Patientinnen und Patienten aktiv zur Kooperation ermutigen. Häufig müssen aber auch geringe Fortschritte oder gar Rückschläge ertragen werden. Das darf dann nicht kritisch-negativistisch kommentiert werden; Patientinnen und Patienten sollen gerade in solchen Situationen ermutigt und optimistisch begleitet werden. Ihnen soll die Durchführung therapeutischer Aufgaben aber auch nicht abgenommen werden. In diesem Sinne können die niedrigen Werte beim hilfsbereit/selbstlosen Stil (SL) interpretiert werden. Diese Skala beschreibt übertriebene Hilfsbereitschaft und übertriebenes soziales Engagement mit übermäßig aufopferndem Verhalten. Schmidbauer (1977) hatte diesen Persönlichkeitsstil wohl im Sinn, als er sein Buch über "Die hilflosen Helfer" schrieb. Unsere psychotherapeutisch Tätigen hingegen zeigen auf der SL-Skala unterdurchschnittliche Werte. Das haben wir in früheren Studien schon festgestellt – dort allerdings in Bezug auf deutschsprachige Anwender von Hypnose und Hypnotherapie (Peter et al., 2012). Wir hatten das damals als spezifisches Sozialisationsprodukt interpretiert: Psychotherapie ist in erster Linie Hilfe zur Selbsthilfe, wobei eine übertriebene Hilfsbereitschaft kontraindiziert wäre. Patientinnen und Patienten zu motivieren und zu aktivieren erfordert eine selbstsichere und aktive Haltung, was in den niedrigen Werten auf den Skalen SU und DP zum Ausdruck kommt: Der selbstkritische Stil bzw. die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (SU) beschreibt Personen, die sensibel für Kritik sind, ihre eigenen Einschätzungen in Frage stellen aus Angst vor negativer Beurteilung. Das trifft auf unsere psychotherapeutisch Tätigen nicht zu, ebenso wenig eine passive, kontemplative Grundhaltung, wie sie im passiv/depressiven Stil (DP) zum Ausdruck kommt, die zuweilen einhergeht mit Niedergeschlagenheit und Gefühlen der eigenen Wertlosigkeit und Unzulänglichkeit. Unsere psychotherapeutisch Tätigen sind weder passiv noch depressiv, sondern von ihrer Selbstwirksamkeit offensichtlich überzeugt. Diese selbstbewusste Haltung darf aber kein selbstbehauptendes Durchsetzen eigener Ziele sein mit rücksichtslosem, verletzendem und erniedrigendem Verhalten dem Hilfesuchenden gegenüber. In diesem Sinne könnten die niedrigen Werte unserer psychotherapeutisch Tätigen im selbstbehauptend/antisozialen Stil (AS) interpretiert werden.

Schließlich zeigen unsere psychotherapeutisch Tätigen allgemein, d.h. im Unterschied zur Normierungsstichprobe, auf der ST-Skala eine nur geringe Ausprägung. Der ahnungsvoll/schizotypische Stil (ST) ist gekennzeichnet durch eine besondere Sensibilität für das Erahnen von Ereignissen, denen eine emotionale Bedeutung beigemessen wird, welche über das rational Begründbare hinausgeht. Im Extrem führt diese esoterische Grundeinstellung zum Glauben an Hellseherei oder Telepathie. Die niedrigen Werte unserer psychotherapeutisch Tätigen auf dieser ST-Skala lassen auf eine rationale und aufgeklärte Grundhaltung schließen, was allerdings, wie oben schon erwähnt, verstärkt auf die deutschen Teilnehmer zutrifft, nicht auf die aus Österreich und der Schweiz.

Unserer Meinung nach ist die zweite Gruppe dieser Persönlichkeitsstile, die sich

immer noch signifikant von der Normstichprobe unterschied, ein weiteres Indiz für die hohe soziale Kompetenz unserer psychotherapeutisch Tätigen. In Anbetracht der Ergebnisse können wir diese Persönlichkeitsstile als hilfreich für den therapeutischen Prozess betrachten (z.B. selbstsicher aber nicht aggressiv, nicht zu abhängig oder übermäßig hilfsbereit). Darüber hinaus könnte man diese zweite Gruppe von Persönlichkeitsstilen aus der Perspektive des DSM-5 betrachten. Während die erste Gruppe, in der sich die Psychotherapeuten stark von der Norm unterschieden, aus vier Persönlichkeitsstilen bestand, die, übertrieben formuliert, den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung ernsthaft behindern würden (alle von ihnen entsprechen in ihrer extremen Form Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster A: "seltsam, exzentrisch" sowie dem Cluster B: "dramatisch, emotional"), wenn auch einige Stile aus der zweiten Gruppe durchaus hilfreich für die therapeutische Beziehung sein können. Zwei von diesen, loyal/abhängig (AB) und selbstkritisch/selbstunsicher (SU) weisen, wie oben erwähnt, in ihrer extremen Form auf die Cluster C-Persönlichkeitsstörungen "ängstlich-vermeidend" hin. Drei weitere Stile würden ebenfalls in diese Gruppe passen, nämlich still/depressiv (DP), kritisch/negativistisch (NT) sowie hilfsbereit/selbstlos (SL). Unsere Psychotherapeuten lagen nun aber deutlich unter dem Normmittelwert, d.h. sie sind in der Lage, sich angemessen zu verhalten (Hill, 2009), dies aber in mitfühlender und einfühlsamer Art und Weise. Zudem sind sie frei von jeglichem pathologischen Neurotizismus, da vier der gerade erwähnten Stile positiv mit der NEO-FFI Neurotizismus-Skala korrelieren (Kuhl & Kazén, 2009). Mit anderen Worten, unsere Psychotherapeuten waren nicht ängstlich, nicht vermeidend, nicht abhängig und nicht passiv-aggressiv.

Nur kleine bis mittlere Abweichungen von der Norm zeigten sie im liebenswürdig/histrionischen Stil (HI) und keine oder kleine Unterschiede im optimistisch/rhapsodischen Stil (RH). Das scheint uns insoweit erstaunlich, als wir in unserer Stichprobe ein gewisses Maß an Liebenswürdigkeit und Optimismus jenseits des normativen Mittelwertes erwartet hätten (Peter et al., 2012).

Die oben gestellte Frage nach der Funktion der Persönlichkeitsstile dieser zweiten Gruppe können wir nun dahingehend beantworten, dass diese Stile *hilfreich* in der Psychotherapie sind, speziell für jene Aufgaben, welche nach Aufbau und Aufrechterhalten einer tragfähigen Beziehung nötig sind, um in der psychoedukativen Phase passende Störungskonzepte zu vermitteln und in der Interventionsphase darauf aufbauende Techniken und Strategien anzuwenden.

Wir können also feststellen, dass sich die von uns befragten psychotherapeutisch Tätigen in ihrem Persönlichkeitsprofil von der Norm signifikant unterscheiden – mit Ausnahme der Gruppe der letztgenannten zwei Persönlichkeitsstile RH und ZW.

Hinsichtlich der ersten Gruppe von Persönlichkeitsstilen, welche als *notwendige* psychotherapeutische Basisvariablen angesehen werden können, zeigen die Unterschiede große Effekte. Mittlere Effekte können für jene Persönlichkeitsstile der zweiten Gruppe festgestellt werden, welche für die effektive Umsetzung von therapeutischen Interventionen *hilfreich* sind.

Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht

Um die Relevanz unserer Ergebnisse zu beurteilen, sollten wir diese auch in Bezug auf das Geschlecht diskutieren. Diese dritte Fragestellung wird möglicherweise bald redundant werden, wenn sich die Geschlechterverteilung für psychotherapeutische Berufe weiterhin so entwickelt wie in den letzten Jahrzehnten. Diese Tendenz zu Ungunsten der männlichen Psychotherapeuten spiegelt sich auch in unserer Befragung wieder: 71,7 Prozent der Antwortenden sind Frauen. Das könnte daran liegen, dass Frauen – dem allgemeinen Klischee folgend und auch aus unseren Daten ersichtlich – generell freundlicher und hilfsbereiter sind als Männer und auf unsere Bitte deshalb leichter, d.h. häufiger geantwortet haben als ihre männlichen Kollegen. Allerdings spiegelt sich in dieser Zahl ganz realistisch die Geschlechterverteilung in psychotherapeutischen – tendenziell in allen helfenden – Berufen wieder: sie werden hauptsächlich von Frauen ausgeübt; in der Psychotherapie sind es seit Jahren mehr als zwei Drittel. Das zeigten beispielsweise die in Fußnote 2 schon erwähnten Erhebungen. Auch Taubner et al. (2010) nennen einen Frauenanteil von 79% in ihrer Studie mit 158 Psychotherapie-Auszubildenden. Wir können also davon ausgehen, dass die in unseren Daten enthaltene Geschlechterverteilung repräsentativ ist.

In unserer Stichprobe unterscheiden sich die Psychotherapeutinnen von ihren männlichen Kollegen in sieben Stilen deutlich, d.h. mit kleinem bis mittleren Effekt (vgl. Abb. 2). (Weil sich im ST-Stil keine bis einer kleinen Effektgröße zeigte und wegen des schon angesprochenen Nationalitätenunterschiedes im ST-Stil wollen wir diesen Unterschied hier nicht weiter verfolgen). Bemerkenswert ist, dass die Frauen unter den psychotherapeutisch Tätigen in zwei der oben genannten vier notwendigen Basisvariablen noch deutlichere Ausprägungen zeigen als die Männer, also signifikant geringere Werte aufweisen im zurückhaltend/schizoiden (SZ) und im ehrgeizig/narzisstischen Stil (NA). Das heißt, sie sind noch ausgeprägter als die Männer offen für das emotionale Erleben ihres Gegenübers und stellen dabei noch mehr ihre eigene Person in den Hintergrund. Das korrespondiert mit ihren im Vergleich zu den Männern signifikant geringeren Werten im selbstbehauptenden/antisozialen Stil (AS); Psychotherapeutinnen achten offensichtlich noch mehr darauf, andere nicht zu verletzen. In dieses Bild passt auch, dass sie signifikant mehr hilfsbereit/selbstlos (SL) sowie mehr selbstkritisch/selbstunsicher (SU) sind; und sie sind mehr freundlich/histrionisch (HI) und mehr optimistisch/rhapsodisch (RH).

Wie eben schon kurz erwähnt, zeigten bei der Gesamtheit der psychotherapeutisch Tätigen, d.h. ohne Geschlechterdifferenzierung, ein Stil (HI) einen sehr kleinen und zwei Stile (RH und ZW) keinen Unterschied zur Norm. Mit Geschlechterdifferenzierung zeigen sich nun aber zwei Unterschiede: die Männer sind bedeutend weniger liebenswürdig/histrionisch (HI) sowie weniger optimistisch/rhapsodisch (RH) als ihre Kolleginnen.

- Der optimistisch/rhapsodische Stil (RH) ist dem HI-Stil verwandt und kennzeichnet eine durchweg positive Lebenseinstellung, die es ermöglicht, auch negativen

Erlebnissen positive Seiten abgewinnen zu können.

Die Eigenschaft Optimismus ist unserer Meinung nach durchaus wünschenswert, gerade in schwierigen psychotherapeutischen Situationen, wenn beispielsweise den psychotherapeutische Hilfe Suchenden in sog. Sackgassen positive Ziel- oder Lösungsoptionen verloren gegangen sind und diese dann stellvertretend von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einem gewissen Optimismus vertreten werden müssen. So waren wir überrascht, dass Optimismus nur von weiblichen Psychotherapeutinnen ausgedrückt wurde, und das auch nur in normalem Maße in Bezug auf die normative Stichprobe.

Einige dieser geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigten sich allerdings auch in der Normstichprobe von Kuhl und Kazén (2009), nämlich bei den Stilen SZ, ST, SU, AS und HI (vgl. die "leeren" Pfeile in Abb. 2). Diese offensichtlich allgemeinen geschlechtertypischen Persönlichkeitsstile fließen also in jedem Fall in die Eigenschaftspalette psychotherapeutisch Tätiger mit ein und determinieren die Therapeutenvariable – die somit von mindestens zwei Drittel weiblicher Psychotherapeutinnen geprägt ist. Jenseits dieser allgemeinen Geschlechterunterschiede unterscheiden sich die Psychotherapeutinnen unserer Stichprobe spezifisch nur noch in drei Persönlichkeitsstilen von ihren männlichen Kollegen: sie sind weniger ehrgeizig/narzisstisch (NA), aber mehr hilfsbereit/selbstlos (SL) und mehr optimistisch/rhapsodisch (RH) (vgl. die fetten Pfeile in Abb. 2). Gerade dieses letzte Ergebnis ist bemerkenswert: In der Normstichprobe von Kuhl und Kazén (2009) zeigen sich im Persönlichkeitsstil optimistisch/rhapsodisch (RH) keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Das steht im Gegensatz zu unserem geschlechtsspezifischen RH-Ergebnis und unterstreicht somit die besondere optimistische Haltung unserer Psychotherapeutinnen. Darüber hinaus ist es interessant festzustellen, dass sich in der Normstichprobe drei geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen, welche in unserer Stichprobe der psychotherapeutisch Tätigen nicht aufscheinen. Das heißt: Frauen sind im Allgemeinen weniger eigenwillig/paranoid (PN), mehr loyal/abhängig (AB) und vor allem weniger kritisch/negativistisch (NT), Letzteres mit mittlerem Effekt – nicht so in unserer Stichprobe der psychotherapeutisch Tätigen, in der sich die Frauen in diesen drei Stilen nicht von den Männern unterscheiden. Wir interpretieren das als echtes Produkt psychotherapeutischer Sozialisation: Weil beide Geschlechter im Vergleich zur Norm unterdurchschnittliche Werte aufweisen, muss man folgern, dass sich unsere männlichen Psychotherapeuten in den Stilen eigenwillig/paranoid (PN) und kritisch/negativistisch (NT) ihren Kolleginnen angeglichen haben und umgekehrt haben sich die weiblichen Psychotherapeutinnen in Bezug auf den Stil loyal/abhängig (AB) ihren männlichen Kollegen angeglichen (vgl. die einfachen Pfeile oberhalb der Profillinien in Abb. 2 sowie Tab. 6).

Kann man daraus nun qualitative Aussagen für die Therapeutenvariable ableiten? Heißt das etwa, dass Frauen die besseren Psychotherapeuten sind? Diese Frage müsste man dann mit Ja beantworten, wenn man davon überzeugt ist, dass die von uns gefun-

denen Persönlichkeitsstile tatsächlich für psychotherapeutisches Handeln *notwendig, hilfreich und wünschenswert* sind. Sie finden sich speziell bei den psychotherapeutisch tätigen Frauen. Sollten sie sich bei allen psychotherapeutisch Tätigen zeigen? Es ist eine tautologische Feststellung, dass bestimmte Persönlichkeitsstile, die speziell von Frauen gezeigt werden, für die psychotherapeutische Tätigkeit notwendig, hilfreich und wünschenswert seien, wenn mehr als zwei Drittel derjenigen, welche eben diese Persönlichkeitscharakteristika zeigen, Frauen sind. In einer Metaanalyse von 64 Studien aus den Jahren 1930 bis 2000 stellten Bowman et al. (2001) fest, dass das Geschlecht des Therapeuten insgesamt wenig Einfluss auf das Psychotherapieergebnis hat (siehe auch Lambert, 2016). So können wir nur feststellen: Frauen mit den von uns festgestellten Persönlichkeitsstilen *prägen* ganz offensichtlich das allgemeine Persönlichkeitsprofil der zur Zeit psychotherapeutisch Tätigen in den deutschsprachigen Ländern.

Haben wir es bei unseren Ergebnissen also mit einem gender- oder kulturspezifischen Phänomen zu tun? Die Basishaltungen, die wir oben als notwendig beschrieben haben – sehr wenig eigenwillig/paranoid (PN), sehr wenig spontan/borderline (BL), sehr wenig ehrgeizig/narzisstisch (NA) und sehr wenig zurückhaltend/schizoid (SZ) -, entsprechen zu einem großen Teil den beiden ersten jener drei Basisvariablen "Akzeptanz, Wärme und Kongruenz", die vor 50 Jahren von Carl Rogers (1957) als notwendig und hinreichend beschrieben wurden. Die Qualifizierung "hinreichend" würden wir heute zwar nicht mehr unterschreiben; ganz offensichtlich aber bestimmen diese Variablen, welche damals durch die klientenzentrierte Psychotherapie ganz explizit eingeführt wurden, heute schulübergreifend die Basishaltung der meisten psychotherapeutisch Tätigen – zumindest jener mit psychologischer Vorbildung (denn wir haben zu wenig Teilnehmer mit ärztlicher Vorbildung, um auch über diese Aussagen treffen zu können). Spätestens seit Ende der 1960er Jahre hat diese humanistische Haltung, welche die therapeutische Beziehung heute offenbar determiniert, mehr und mehr auch die damals etablierten analytischen und tiefenpsychologischen sowie andere Verfahren beeinflusst. Die Ericksonsche Hypnotherapie (Revenstorf & Peter, 2015) beispielsweise konnte nur deshalb so bekannt werden, weil sie sich mit ihrem patientenzentrierten Utilisationsansatz (Gerl & Peter, 1982; Trenkle, 2015) deutlich von der traditionell/autoritären Suggestivhypnose abhob. Die Verhaltenstherapie hatte lange Zeit die Therapeutenvariable vernachlässigt (Margraf, 1996) und die therapeutische Beziehung im Sinne einer quasi-pädagogischen Lehrer-Schüler- oder Arzt-Patient-Beziehung gesehen, in welcher eine einsichtsvolle Patientin den vernünftigen Erwägungen ihres Therapeuten zugänglich ist (Jaeggi, 1989) und in "freundlicher Submission" (DeVoge & Beck, 1978) bzw. hoher Compliance allen seinen Anweisungen folgt. Diese Haltung hat sich zumindest seit Beck, Rush, Shaw und Emery (1979) und anderen Entwicklungen in der kognitiven Verhaltenstherapie (Fiedler, 2018; Gilbert & Leahy, 2007) grundlegend geändert und auch unsere Daten scheinen das wiederzugeben.

Betrachtet man diese heute offensichtlich generell anerkannten Basishaltungen tatsächlich als notwendig, sowie weitere therapeutische Persönlichkeitsstile als hilfreich - wenn auch nicht hinreichend, denn eine spezifische Interventionskompetenz ist ebenfalls erforderlich -, so muss man fragen: Fand in den Jahrzehnten vor 1960 keine effektive Psychotherapie statt? Diese war damals durch Männer geprägt und der Diskurs um psychotherapeutische Basiskompetenzen – sieht man von dem psychoanalytischen Diskurs zu Fragen von Übertragung und Gegenübertragung ab - hatte noch nicht stattgefunden. Der historischen Literatur zufolge war die "seelische Krankenbehandlung" (Schultz, 1958) ursprünglich, d.h. Ende des 19. Jahrhunderts ausschließlich eine Männerdomäne. Erst im Verlauf der Psychoanalyse seit Anfang des 20. Jahrhunderts ergriffen kontinuierlich auch Frauen diesen Beruf, sodass 1940 unter den 204 Mitgliedern des Reichsinstituts für psychologische Forschung und Psychotherapie, dem sog. "Göring-Institut" in Berlin, schon 85 Frauen waren; das entspricht einem Frauenanteil von immerhin schon 42% (Lockot, 1985). Die Methoden aus den Anfangszeiten der Psychotherapie, speziell um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert, zeichneten sich anfangs zudem durch autoritäres und manipulatives Verhalten aus. Die Weir Mitchell'sche Mastkurtherapie (Mitchell, 1887), die persuasive Aufklärungs- und Überzeugungstherapie (Psychagogik) à la Dubois (1904) sowie die Willensgymnastik nach Loewenfeld (1897), die Schreckhypnose, wie sie noch in den Dienstagsvorlesungen von Charcot (1887) gezeigt worden war und Eingang in manche ärztlichen Konsultationsräume gefunden hatte, autoritäre Suggestivbehandlungen à la Bernheim (1892) oder Forel (1911), später teilweise verbunden mit Zwang und – v.a. während des ersten Weltkrieges – mit faradischen Elektrobehandlungen (Nonne, 1917), gehörten zum ganz "normalen" Repertoire vieler Ärzte, die sich als Neurologen oder Psychiater einer mechanistisch-naturwissenschaftlichen Epistemologie verpflichtet fühlten (Broussolle et al., 2014).

Aber schon mit Bernheim (1884), spätestens mit Freud (1905) hatten sich mehr und mehr Ärzte auch einer psychologischen Betrachtung ihrer Patientinnen und Patienten zugewandt, welche den Grundstein legte zu der psychotherapeutischen Grundhaltung, welche sich heute offensichtlich als Standard für Psychotherapie darstellt. Diese Entwicklung ging nicht ohne teilweise heftige Auseinandersetzungen sowohl innerhalb der Ärzteschaft wie auch zwischen Ärzten und Psychologen vor sich (Schröder, 1993). Seit Ende des vorletzten und v.a. im Verlauf des letzten Jahrhunderts hat sich in der Psychotherapie aber eine Entwicklung vollzogen, die zu der heutigen Ausprägung der Therapeutenvariable geführt hat, wie sie auch in unseren Daten zum Ausdruck kommt.

Limitation

Zum Schluss möchten wir hervorheben, dass wir selbst sehr überrascht waren, wie gut die von uns erhobenen Daten mit dem Bild übereinstimmen, welches wir ganz allgemein von den Persönlichkeitsstilen psychotherapeutisch Tätiger hatten, Stile, in denen

der Erstautor als Psychotherapeut sozialisiert worden ist und die er dann als Ausbilder für Psychotherapie an andere Kolleginnen und Kollegen weitergegeben hat. Das deutet natürlich stark auf einen Versuchsleitereffekt (Rosenthal, 1966) hin. Der mag durchaus gegeben sein in der Interpretation der Daten (siehe weiter unten). Für die Erhebung und Aufbereitung der Daten kann er jedoch ausgeschlossen werden, denn die Auswahl der drei Suchportale erfolgte nach dem pragmatischen Kriterium, ob sie für das jeweilige Land einen guten Zugriff auf E-Mail-Adressen von niedergelassenen Psychotherapeuten ermöglichten. Allerdings wurden dadurch kaum ärztliche Psychotherapeuten erreicht. Und es wurden nur Psychotherapeuten angeschrieben, die eine gültige E-Mail-Adresse angegeben hatten, das heißt, rein theoretisch könnte es dadurch zu einer systematischen Vorselektion gekommen sein, in dem Sinne, dass eher jüngere und damit internet-affine Psychotherapeuten erreicht wurden.

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer und ebenso der Frauenanteil stimmt jedoch einigermaßen gut mit Untersuchungen in Deutschland überein, bei denen die Psychotherapeuten per Post angeschrieben wurden, z. B. Hessel, Geyer, Weidner und Brähler (2006) mit einem Altersdurchschnitt von 47 Jahren und 66% Frauenanteil oder Vangermain und Brauchle (2013) mit einem Altersdurchschnitt von 51 Jahren und 68% Frauenanteil. Allenfalls haben in unserer Umfrage etwas ältere Personen geantwortet und der Frauenanteil ist etwas höher, was jedoch – wie schon erwähnt – ungefähr mit dem tatsächlichen Geschlechterverhältnis in diesem Beruf übereinstimmt. Die Rücklaufquote lag in unserer Studie mit 22% zwar deutlich unter den gerade genannten mit rund 35%, aber über der Quote von 9% bei Grünberger und Laireiter (2014), die ebenfalls per E-Mail rekrutiert hatten. Grundsätzlich erscheint unsere Stichprobe also hinsichtlich Alter und Geschlecht für psychotherapeutisch Tätige in den drei Ländern repräsentativ, und trotz der geringen Rücklaufquote ist die Stichprobe mit insgesamt 1027 Personen groß.

Unsere Stichprobe war für psychotherapeutisch Tätige also repräsentativ. Sie unterschied sich jedoch wesentlich von der Normstichprobe für den PSSI-K. Diese Normstichprobe war – aus offensichtlichen Gründen – hinsichtlich Geschlecht ausgeglichen, im Altersdurchschnitt jünger und umfasste alle Altersklassen zwischen 12 und 82 Jahren. Auch wenn wir keine diesbezüglichen Daten haben, nehmen wir an, dass der Ausbildungsgrad der Normstichprobe anders war als der "akademisch" ausgebildeten Teilnehmer unserer Stichprobe. Für die Berechnung der T-Werte hatten wir uns auch zu entscheiden, aus Gründen der Parallelisierung hinsichtlich Alter nur einen Teil der Normstichprobe zu benutzen (und dabei etwa 30% auszulassen) oder diese insgesamt mit unserer Stichprobe zu vergleichen, und haben uns für letzteres entschieden, weil wir eine möglichst breite Vergleichsbasis haben wollten. Das hat aber zur Folge, dass wir nicht sicher wissen, ob nicht doch einige der Unterschiede zwischen unserer und der Normstichprobe darauf zurückzuführen sind, dass unsere psychotherapeutisch Tätigen älter und besser ausgebildet sind und einen höheren Frauenanteil haben.

Wir wissen auch nicht, ob es beim Rücklauf zu einer Selbstselektion der Teilnehmer kam, die sich auf die Persönlichkeitsprofile auswirkte, z. B. in der Hinsicht, dass jene mit besonders funktionalen Persönlichkeitsstilen geantwortet haben, oder einfach die besonders Hilfreichen. Letzteres ist angesichts der durchschnittlichen (bei den Frauen), bzw. unterdurchschnittlichen (bei den Männern) Werte im hilfsbereiten Stil (SL) eher unwahrscheinlich, aber immer noch möglich. Hinzu kommt, dass wir nicht wissen, inwiefern soziale Erwünschtheit oder andere Antworttendenzen eine Rolle gespielt haben. Dass der Fragebogen anonym im Internet ausgefüllt wurde, ermöglichte wahrheitsgemäß zu antworten. Außerdem dürften vielen von ihnen solche Befragungen noch aus dem Studium bekannt sein und damit auch die Wichtigkeit, möglichst ehrlich zu antworten. Damit ist ein bewusstes Beschönigen der Antworten fast auszuschließen, nicht aber ein weniger bewusstes.

Anders gesagt: Wir können nur Aussagen darüber machen, wie sich die von uns untersuchten Personen sehen (wollten), nicht wie sie tatsächlich sind. Dieser Vorbehalt trifft natürlich auf alle Aussagen zu, welche mit Hilfe von Selbstbeurteilungsinstrumenten erhoben werden. Speziell in unserer Untersuchung kommt hinzu, dass die Befragten durch ihr klinisches Vorwissen die Items und deren Bedeutung konkreter einschätzen konnten als die meisten der Befragten aus der Normierungsstichprobe. Das heißt, die signifikant unterdurchschnittlichen Werte im Vergleich zur Norm sind möglicherweise durch den Wunsch entstanden, sich deutlich von möglichen Persönlichkeitsstörungen abzugrenzen. Damit ließe sich das Ergebnis, dass die psychotherapeutisch Tätigen sich besonders in jenen vier Skalen weit unter der Norm bewegten, die in ihrer pathologischen Ausprägung auf schwere Persönlichkeitsstörungen aus den Clustern A (sonderbar, exzentrisch) und B (dramatisch, emotional) hinweisen (d.h. paranoide und schizoide sowie narzisstische und Boderline-Persönlichkeitsstörungen), auch im Sinne sozialer Erwünschtheit verstehen: Die Befragten wollten sich auf keinen Fall mit solchen psychischen Störungen in Verbindung sehen, die mit schweren Störungen in der Beziehungsbildung einhergehen.

Aber selbst, wenn derartige Antworttendenzen mitgespielt haben sollten, glauben wir, dass psychotherapeutisch Tätige tatsächlich überdurchschnittlich funktional in zwischenmenschlichen Beziehungen agieren, denn das ist ihr Metier. Sie können offenbar gut zwischen der privaten und beruflichen Ebenen wechseln: Heinonen und Orlinsky (2013) zeigten, dass die Beziehungsstile von psychotherapeutisch Tätigen zu Hause, d.h. ihren Familien oder Partnern gegenüber, anders waren als in ihren Praxen, d.h. ihren Patientinnen und Patienten gegenüber; diese Flexibilität ist in unseren Augen aber ein Zeichen von Gesundheit. Genau dazu und zur psychischen Gesundheit von psychotherapeutisch Tätigen allgemein gibt es aber bisher kaum Befunde (vgl. von Sydow, 2014). Allerdings können wir rein aus den Daten nicht unterscheiden, ob es sich bei den Persönlichkeitsstilen um "genuine" bzw. primäre "Persönlichkeitseigenschaften" handelt oder um sekundär erworbene, berufsbezogene "Haltungen". Wir vermuten, dass das Letztere überwiegt. In einer Online-Untersuchung ließen Grünber-

ger und Laireiter (2014) 152 österreichische psychotherapeutisch Tätige unter anderem anhand Skalen des NEO-FFI einschätzen, inwiefern sich ihre therapeutische Tätigkeit auf die eigene Persönlichkeit im privaten Kontext ausgewirkt hat. Diese berichteten im Vergleich zum Beginn ihrer Berufslaufbahn eine signifikante Zunahme an Verträglichkeit und Offenheit und eine Abnahme im Bereich Neurotizismus. Sie erlebten sich außerdem als sensitiver und selbstbewusster. Ähnliches hatten auch Orlinsky und Rønnestad (2005) in ihrer umfassenden Untersuchung "How psychotherapists develop" schon festgestellt. In einer eigenen Untersuchung zu Persönlichkeitsstilen von Psychologiestudierenden im Vergleich zu Studierenden aus genuin naturwissenschaftlichen (MINT-)Fächern⁹⁾ fanden wir nur sehr wenig Unterschiede zwischen den Befragten der Fächer (Bochter et al., 2014). Bezeichnenderweise waren die Psychologiestudierenden etwas weniger zurückhaltend-schizoid (SZ) als Studierende aus Fächern wie Mathematik, Informatik, Biologie oder den Ingenieurswissenschaften, aber – und das ist erstaunlich – sie lagen in diesem Stil immer noch signifikant über der Norm, ganz anders als unsere Stichprobe von psychotherapeutisch Tätigen. Insgesamt unterschieden sich die Psychologiestudierenden kaum von der Norm, und noch weniger als ihre Studienkollegen aus den "harten" MINT-naturwissenschaftlichen Fächern. Wir glauben also, dass psychotherapeutisch Tätige im Rahmen ihrer beruflichen Sozialisierung lernen, ungünstige Persönlichkeits- und Beziehungsstile abzulegen und günstigere zu erwerben, was sich in den Ergebnissen unserer Untersuchung widerspiegelt und durch neuere Forschung bestätigt wird (Bleidorn et al., 2019; Roberts et al., 2017).

Allerdings können wir keine Aussagen über die tatsächliche Effektivität und Effizienz unserer psychotherapeutisch Tätigen machen. Wir nehmen jedoch an, dass die in großen Teilen unterdurchschnittlichen Werte in den von uns erhobenen Persönlichkeitsstilen für die therapeutische Beziehungsbildung notwendig sind und für effektive Interventionen hilfreich. In der Unterteilung dieser von uns postulierten Beziehungsund Interventionskompetenzen orientieren wir uns an den gefundenen Effektgrößen, also wie sehr die psychotherapeutisch Tätigen sich jeweils von der Norm unterschieden. Es ließe sich kritisieren, dass diese Einteilung post hoc erfolgte und so einem Zirkelschluss unterliege: Wir nehmen an, dass die von uns gefundenen Ausprägungen der Persönlichkeitsstile für Psychotherapie notwendig und hilfreich sind, weil wir sie bei den von uns befragten psychotherapeutisch Tätigen so gefunden haben. Wie schon erwähnt, stimmen die Ergebnisse aber überraschend gut mit unserem Bild vom "guten Psychotherapeuten bzw. der guten Psychotherapeutin" überein, so dass sich argwöhnen ließe, dass in unserer Diskussion der Ergebnisse ein Interpretationsfehler eine Rolle spielen könnte.

Zusammengefasst sind damit also die wichtigsten Limitationen dieser Arbeit, dass die Interpretation unserer Daten von unserer eigenen psychologischen und – im Falle des Erstautors – psychotherapeutischen Sozialisation geprägt sein mag und wir außerdem nicht wissen können, inwiefern (und ganz analog dazu) bei den von uns unter-

suchten psychotherapeutisch Tätigen Antworttendenzen im Sinne sozialer Erwünschtheit eine Rolle gespielt haben. Dies können nur zukünftige Untersuchungen zeigen, die die Persönlichkeit und interaktionellen Stile von psychotherapeutisch Tätigen genauer und möglicherweise auch im Fremdbericht oder durch Verhaltensbeobachtungen beleuchten. Hinsichtlich der Repräsentativität unserer Ergebnisse allgemein können wir nur zu den heute in den deutschsprachigen Ländern arbeitenden, nichtärztlichen psychotherapeutisch Tätigen Aussagen treffen. Wir betrachten unsere Arbeit damit vor allem als hypothesengenerierend und sind gespannt, ob sich unsere Ergebnisse in anderen Ländern und Kulturkreisen replizieren lassen, vor allem auch mit anderen Datenzugängen und Untersuchungsmethoden.

Schlussbemerkung

Unsere Untersuchung ist eine der wenigen zu Persönlichkeitsstilen von psychotherapeutisch Tätigen. Wir haben nachgewiesen, (1) dass die Persönlichkeitsstile von psychotherapeutisch Tätigen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz sehr ähnlich sind. (2) Sie unterscheiden sich jedoch signifikant von den Persönlichkeitsstilen in der Normalbevölkerung. (3) Diese Unterschiede sind insofern bedeutsam in Bezug auf die Berufsausübung, als sie nach unserer Interpretation zu den Beziehungsfähigkeiten der psychotherapeutisch Tätigen beitragen. (4) Weibliche Psychotherapeutinnen zeigen diese Persönlichkeitsstile in einem größeren Ausmaß als ihre männlichen Kollegen.

Ethikstatement

Entsprechend der Deklaration von Helsinki wurde aufgrund der besonderen Natur dieser Untersuchung (Online-Befragung von Erwachsenen unter Verwendung eines standardisierten Persönlichkeitsfragebogens) keine formale Zustimmung einer Ethikkommission eingeholt. Die psychotherapeutisch Tätigen wurden über ihre E-Mail-Adressen kontaktiert, die öffentlich zugänglichen Psychotherapie-Suchportalen entnommen wurden. Sie wurden über Ziel und Zweck der Untersuchung informiert, füllten den Fragebogen anonym aus und erhielten keine Entschädigung. Ihre Teilnahme war somit völlig freiwillig.

Beteiligung der Autoren

Diese Untersuchung wurde geplant und organisiert von BP, der auch den größten Teil des Manuskriptes verfasste. EB führte die statistischen Berechnungen durch und schrieb einen großen Teil des Methoden- und Ergebnisteils. MH beteiligte sich substanziell an der Analyse der Daten sowie am Schreiben und Editieren des Manuskripts. MR war hauptverantwortlich für Datenbeschaffung und -bereitstellung. MK stellte alles nötige Material für den PSSI inklusive Syntax und die Daten der Normstichproben zur Verfügung. Alle Autoren zeichnen für die Revisionen der englischen und deutschen Versionen des Manuskriptes verantwortlich.

Dank

Wir sind Anna-Katharina Köstler sehr dankbar für ihre Hilfe bei der Datensammlung sowie Peter Fiedler und Dirk Revenstorf, dass sie die allererste Fassung dieses Artikels gelesen und wertvolle Hinweise gegeben haben.

7)
$$p = 0.025/14 = 0.0018$$

8) Aus historischer Perspektive ist das durchaus bemerkenswert, denn in einem Brief vom 13.7.1918 an Fanny Moser (Tochter der Emmy v. N. aus den "Studien über Hysterie" und spätere Okkultismusforscherin) schreibt Sigmund Freud: "Eine Erklärung dafür, daß okkulte Erlebnisse sich gerade deutschen, österr. und schweizerischen Forschern so viel seltener ergeben haben als andersländischen, habe ich nicht vorzubringen" Vgl. (Bauer, 1986).

9) MINT = Mathematik, Informatik, Naturwissenschaft, Technik

Literatur

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. Psychotherapy, 38(2), 171-185.

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. Clinical Psychology Review, 23(2), 1-33.

Arthur, A. R. (2000). The personality and cognitive-epistemological traits of cognitive-behavioural and psychoanalytic psychotherapists. British Journal of Medical Psychology, 73(Pt2), 243-257. doi:10.1348/000711200160453

Arthur, A. R. (2001). Personality, epistemology and psychotherapists' choice of theoretical model: A review and analysis. European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health, 4(1), 45-64. doi:10.1080/13642530110040082

Asendorpf, J. (Ed.) (1992). Stability and change in development. A study of methodological reasoning. Newbury Park: Sage.

Asendorpf, J., & Neyer, F. (2012). Psychologie der Persönlichkeit (Vol. 5). Berlin: Springer.

¹⁾ Wir wechseln unsystematisch zwischen verschiedenen Gendertermini.

²⁾ Eine Erhebung der Bundesärztekammer von 2003 nennt für 12.249 Psychologische Psychotherapeut-Innen einen Frauenanteil von genau 66,6%, für 3.606 ärztliche PsychotherapeutInnen einen Frauenanteil von 63,5% (www.psychogen.de/data/pool/2052813798.pdf). Die Website des Österreichischen Gesundheitsministeriums nennt einen Anteil von 72% Frauen unter 8,541 psychotherapeutisch Tätigen. Die entsprechende Website der Föderation der Schweizer Psychologen zählt unter 2,423 psychotherapeutisch Tätigen einen Frauenanteil von 69%.

³⁾ Dass mehr als die Hälfte der in Österreich psychotherapeutisch Tätigen kein psychologisches oder medizinisches Studium haben, hat mit der speziellen Gesetzgebung in diesem Land zu tun, die es auch Nicht-Psychologen und Nicht-Ärzten erlaubt, eine professionelle Psychotherapieausbildung zu absolvieren.

⁴⁾ Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (hauptsächlich Psychologinnen und Psychologen): http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/nc/patienten/psychotherapeutensuche/

⁵⁾ Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, Liste der Klinischen Psychologinnen und Psychologen: http://psychotherapie.ehealth.gv.at

⁶⁾ Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen: http://www.psychologie.ch/de/psychologie/psychologinnen-verzeichnis/

- Baldwin, S., Wampold, B., & Imel, Z. (2007). Untangeling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75(6), 842-852. doi:10.1037/0022-006X.75.6.842
- Bauer, E. (1986). Ein noch nicht publizierter Brief Sigmund Freuds an Fanny Moser über Okkultismus und Mesmerismus. Freiburger Universitätsblätter (Mesmer: Wirkungen eines spekulierenden Arztes der Goethezeit), 25(93), 93-110.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford. Bergin, A. E. (1997). Neglect of the therapist and the human dimension of change: a commentary. Clinical Psychology: Science and Practice, 4, 83-89.
- Bernheim, H. (1884). De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille. Paris: Doin.
- Bernheim, H. (1892). Neue Studien ueber Hypnotismus, Suggestion und Psychotherapie (übers. von Sigmund Freud). Leipzig und Wien: Deuticke.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P., & Neufeld, S. (1994). Therapist variables. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (4 ed., S. 259-269). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Nobel, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5 ed., S. 227-306). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Someah, K., Kimpara, S., & Miller, K. (2016). Selecting the most appropriate treatment for each patient. International Journal of Clinical and Health Psychology, 16, 99-108.
- Bleidorn, W., Hill, P. L., Back, M. D., Denissen, J. J. A., Hennecke, M., Hopwood, C. J., . . . Roberts, B. (2019). The policy relevance of personality traits. American Psychologist; in Druck.
- Bochter, B., Hagl, M., Piesbergen, C., & Peter, B. (2014). Persönlichkeitsstile von Psychologiestudierenden im Vergleich zu Studierenden sogenannter MINT-Fächer. Report Psychologie, 39(4), 154-165.
- Boswell, J. F., Castonguay, L. G., & Pincus, A. L. (2009). Trainee theoretical orientation: Profiles and potential predictors. Journal of Psychotherapy Integration, 19(3), 291-312. doi:10.1037/a0017068
- Broussolle, E., Gobert, F., Danaila, T., Thobois, S., Walusinski, O., & Bogousslavsky, J. (2014). History of physical and 'moral' treatment of hysteria. Frontiers Of Neurology And Neuroscience, 35, 181-197.
- Buckman, J. R., & Barker, C. (2010). Therapeutic orientation preferences in trainee clinical psychologists: Personality or training? Psychotherapy Research, 20(3), 247-258. doi:10.1080/10503300903352693
- Bühner, N. (2007). Einführung in die Test und Fragebogenkonstruktion (2 ed.). München: Pearson Studium.
- Castañeiras, C., García, F., Bianco, J. L., & Fernández-Alvarez, H. (2006). Modulating effect of experience and theoretical-technical orientation on the personal style of the therapist. Psychotherapy Research, 16(5), 587-593. doi:10.1080/10503300600802867
- Charcot, J. M. (1887). Leçons sur les maladies du sytsème nerveux faites ... la Salpetrière. Paris: A. Delahaye & E. Lecrosnie.
- Chen, R., Rafaeli, E., Bar-Kalifa, E., Gilboa-Schechtman, E., Lutz, W., & Atzil-Slonim, D. (2018). Moderators of congruent alliance between therapists and clients: A realistic accuracy model. Journal Of Counseling Psychology, online: July 19, 2018. doi:10.1037/cou0000285
- Costa, P. T., & McCrae. (1992). NEO Personality Inventory-Revised (NEO-PI-R) and NEO Five-Factory Inventory (NEO-FFI) Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. Clinical Psychology Review, 32(7), 642-649. doi:10.1016/j.cpr.2012.07.002
- DeVoge, J. T., & Beck, S. (1978). The therapist-client-relationship in behavior therapy. Progress in Behavior Modification, 6, 203-248.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., & Schauenburg, H. (2007). Influences of patients' and therapists' interpersonal problems and therapeutic alliance on outcome in psychotherapy. Psychotherapy

- Research, 17, 148-159. doi: 10.1080/10503300600865393
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., Wilmers, F., & Schauenburg, H. (2008). Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. Journal Of Clinical Psychology, 64, 344-354. doi:10.1002/jclp.20443
- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T., & Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46, 277-290.
- Dinger, U., Zimmermann, J., Masuhr, O., & Spitzer, C. (2016). Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy: The contribution of patients' symptom severity. Psychotherapy. doi:10.1037/pst0000059
- Dubois, P. (1904). The psychic treatment of nervous disorders. New York: Funk and Wagnalls, 1908.
- Fiedler, P. (Ed.) (2018). Varianten psychotherapeutischer Beziehung. Transdiagnostische Befunde, Konzepte, Perspektiven. Lengerich: Pabst.
- Firth, N., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2015). Therapist effects and moderators of effectiveness and efficiency in psychological wellbeing practitioners: A multilevel modelling analysis. Behaviour Research and Therapy, 69, 54-62. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.001
- Forel, A. (1911). Der Hypnotismus oder die Suggestion und die Psychotherapie (6. umgearbeitete Aufl. ed.). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Frank, J. D. (1961). Persuasion and Healing. A Comparative Study of Psychotherapy. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Freud, S. (1905). Über Psychotherapie Gesammelte Schriften (Vol. VI, S. 11-24). Leipzig/Wien/Zürich: Intern. Psychoanal. Verlag.
- Garfield, S. L. (1997). The therapist as a neclected variable in psychotherapy research. Clinical Psychology: Science and Practice, 4, 40-43.
- Gerl, W., & Peter, B. (1982). Gesprächspsychotherapie und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson: Formen indirekter Suggestion in der Gesprächspsychotherapie. In J. Howe (Ed.), Integratives Handeln in der Gesprächstherapie. Weinheim: Beltz.
- Gilbert, P., & Leahy, R. (Eds.). (2007). The therapeutic relationship in the cognitive behavioural psychotherapies. London: Routledge.
- Green, H., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2014). Therapist effects and IAPT Psychological Wellbeing Practitioners (PWPs): A multilevel modelling and mixed methods analysis. Behaviour Research and Therapy, 63, 43-54.
- Grünberger, T., & Laireiter, A.-R. (2014). Zwischen Wachstum und Isolation—Der Einfluss von Therapie auf das Erleben und die Persönlichkeit von Therapeuten. (Between growth and isolation—The influence of therapy on the experience and the personality of therapists). PPmP: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 64(1), 28-34. doi:10.1055/s-0033-1343464
- Hagl, M., Piesbergen, C., Bose, C., & Peter, B. (2013). Persönlichkeitsstile von studentischen Teilnehmerinnen an Hypnoseexperimenten im Vergleich zu Hypnoseanwendern (Personality styles in female undergraduates who participate in hypnosis experiments vs. personality styles of practitioners of hypnosis or hypnotherapy). Hypnose-ZHH, 8(1-2), 87-101.
- Heffler, B., & Sandell, R. (2009). The role of learning style in choosing one's therapeutic orientation. Psychotherapy Research, 19(3), 283-292. doi:10.1080/10503300902806673
- Heinonen, E., & Orlinsky, D. E. (2013). Psychotherapists' personal identities, theoretical orientations, and professional relationships: Elective affinity and role adjustment as modes of congruence. Psychotherapy Research, 23(6), 718-731. doi:10.1080/10503307.2013.814926
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O., von der Lippe, A., & Monsen, J. (2009). Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy. Clinical Psychology & Psychotherapy, 16, 100-110.

- Hessel, A., Geyer, M., Weidner, K., & Brähler, E. (2006). Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und relevantes Verhalten bei niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten. [Subjective evaluation of their own health and health-related behavior among psychologist psychotherapists in private practices]. Psychotherapeut, 51(4), 290-299. doi:10.1007/s00278-006-0482-1
- Hilliard, R. B., Henry, W. P., & Strupp, H. H. (2000). An interpersonal model of psychotherapy: Linking patient and therapist developmental history, therapeutic process, and types of outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 125-133.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to clients (S. 37-70). New York: Oxford University Press
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy Psychotherapy, 48(1), 9-16.
- Jaeggi, E. (1989). Die Vorrangigkeit des Weges vor dem Ziel oder: Beziehung und Deutung im Vergleich von Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie. In T. Reinelt & W. Datler (Eds.), Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß. Aus der Sicht verschiedener psychotherapeutischer Schulen. Heidelberg: Springer.
- Jaeggi, E. (2004). Und wer therapiert die Therapeuten? München: dtv.
- Keinan, G., Almagor, M., & Ben-Porath, Y. S. (1989). A reevaluation of the relationship between psychotherapeutic orientation and perceived personality characteristics. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 26(2), 218-226. doi:10.1037/h0085422
- Klug, G., Henrich, G., Kächele, H., Sandell, R., & Huber, D. (2008). Die Therapeutenvariable. Immer noch ein dunkler Kontinent? [The therapist variable. Is it still an unknown factor?]. Psychotherapeut, 53(2), 83-91. doi:10.1007/s00278-008-0598-6
- Kuhl, J., & Kazén, M. (2009). Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI). Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Lienert, G. A., & Raatz, U. (1998). Testaufbau und Testanalyse (6 ed.). Weinheim: Psychologie Verlags
- Lockot, R. (1985). Erinnern und Durcharbeiten. Zur Geschichte der Psychoanalyse und Psychotherapie im Nationalsozialismus. Frankfurt/M: Fischer.
- Loewenfeld, L. (1897). Lehrbuch der gesammten Psychotherapie. Wiesbaden: J.F. Bergmann.
- Lyddon, W. J., & Bradford, E. (1995). Philosophical commitments and therapy approach preferences among psychotherapy trainees. Journal of Theoretical and Philosophical Psychology, 15, 1-15.
- Margraf, J. (1996). Beziehungsgestaltung und Umgang mit Widerstand. In J. Margraf (Ed.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1 (Vol. 2 Bände). Heidelberg: Springer.
- Millon, T., Weiss, L. G., Millon, C., & Davis, R. (1994). The Millon Index of Personality Styles manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Mitchell, W. S. (1887). Die Behandlung gewisser Formen von Neurasthenie und Hysterie. Berlin: August Hirschwald.
- Nissen-Lie, H., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. Psychotherapy Research, 20, 627-646.
- Nonne, M. (1917). Über erfolgreiche Suggestivbehandlung der hysteriformen Störungen bei Kriegsneurosen. Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 37, 191-218.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. Psychotherapy, 48(1), 98-102.
- Obermann, K., Müller, P., & Woerns, S. (2019). Arzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2018: Gender in der ambulanten Medizin: Die Wahrnehmung der Leistungen von Arztinnen und die demographische Entwicklung. Eine Analyse der Gesamtheit der Arztinnen und Arzte in der ambulanten Versorgung in

- Deutschland. Hamburg: Stiftung Gesundheit.
- Ogunfowora, B., & Drapeau, M. (2008). A study of the relationship between personality traits and theoretical orientation preferences. Counselling & Psychotherapy Research, 8(3), 151-159.
- Orlinsky, D., Heinonen, E., & Hartmann, A. (2015). Psychotherapy process research. In J. D. Wright (Ed.), International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition) (S. 515-520). Oxford: Elsevier.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (Eds.). (2005). How psychotherapists develop. A study of therapeutic work and professional growth. Washington: American Psychological Association.
- 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 handbook of psychotherapy and behavior change (5 ed., S. 307-393). New York: Wiley.
- Peter, B. (2015). The hypnosis-prone personality. Paper presented at the American Psychological Association 2015 Convention, Toronto, Canada, August 6.-9. 2015.
- Peter, B., Böbel, E., Hagl, M., Richter, M., & Kazén, M. (2018). Unterschiede in den Persönlichkeitsstilen von psychotherapeutisch Tätigen in Deutschland, Österreich und der Schweiz in Abhängigkeit vom psychotherapeutischen Verfahren und der Verwendung von Hypnose [Differences in personality styles of psychotherapists in Germany, Austria and Switzerland in relation to the applied psychotherapeutic techniques and the use of hypnosis]. Hypnose-ZHH, 13(2), 169-192.
- Peter, B., Bose, C., Piesbergen, C., Hagl, M., & Revenstorf, D. (2012). Persönlichkeitsprofile deutschsprachiger Anwender von Hypnose und Hypnotherapie (Personality styles of German-speaking practitioners of hypnosis and hypnotherapy). Hypnose-ZHH, 7(1+2), 31-59.
- Peter, B., Vogel, S., Prade, T., Geiger, E., Mohl, J., & Piesbergen, C. (2014). Hypnotizability, personality style and attachment. An exploratory study. Part 1: General results. American Jounal of Clinical Hypnosis, 57(1), 13-40. doi:10.1080/00029157.2014.906152
- Poznanski, J. J., & McLennan, J. (2003). Becoming a psychologist with a particular theoretical orientation to counseling practice. Australian Psychologist, 38(3), 223-226. doi:10.1080/00050060310001707247
- Prade, T., Geiger, E., & Peter, B. (2014). Persönlichkeitsstile und Studien- bzw. Berufswünsche jugendlicher Schüler und Schülerinnen, die sich für Hypnose interessieren. (Personality and career aspiration of adolescent students interested in hypnosis). Hypnose-ZHH, 9(1+2), 45-67.
- Revenstorf, D., & Peter, B. (Eds.). (2015). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis (3 ed.). Heidelberg: Springer.
- Roberts, B. W., Luo, J., Briley, D. A., Chow, P. I., Su, R., & Hill, P. L. (2017). A systematic review of personality trait change through intervention. Psychological Bulletin, 143(2), 117-141.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology, 22, 95-103.
- Rosenthal, R. (1966). Experimenter effects in behavioral research. New York: Appleton-Century Crofts.
- Saarnio, P. (2010). The big five personality traits and interpersonal functioning in female and male substance abuse therapists. Substance Use & Misuse, 45, 1463-1473.
- Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., & Grant, J. (2004). Therapist attitudes and patient outcomes: I. Development and validation of the Therapeutic Attitudes Scales (TASC-2). Psychotherapy Research, 14, 469-484.
- Schacht, T. E., & Black, D. A. (1985). Epistemological commitments of behavioral and psychoanalytic therapists. Professional Psychology Research and Practice, 16(2), 316-323.
- Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F., . . . Dinger, U. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. Psychotherapy Research, 20, 193-202.
- Schmidbauer, W. (1977). Die hilflosen Helfer. Reinbeck: Rowohlt.

- Schröder, C. (1993). Die berufspolitische Auseinandersetzung von Psychiatern, Psychotherapeuten und Psychologen in der Wehrmacht zwischen 1938 und 1945. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 2(3), 132-142.
- Schultz, J. H. (1958). Die seelische Krankenbehandlung (7 ed.). Stuttgart: Gustav Fischer.
- Schwaba, T., & Bleidorn, W. (2018). Individual differences in personality change across the adult life span. Journal of Personality, 86, 450-464.
- Taber, B. J., Leibert, T. W., & Agaskar, V. R. (2011). Relationships among client–therapist personality congruence, working alliance, and therapeutic outcome. Psychotherapy, 48(4), 376-380. doi:10.1037/a0022066
- Taubner, S., Kächele, H., Visbeck, A., Rapp, A., & Sandell, R. (2010). Therapeutic attitudes and practice patterns among psychotherapy trainees in Germany. European Journal of Psychotherapy & Counselling, 12(4), 361-381. doi:10.1080/13642537.2010.530085
- Taubner, S., Munder, T., Möller, H., Hanke, W., & Klasen, J. (2014). Selbstselektionsprozesse bei der Wahl des therapeutischen Ausbildungsverfahrens: Unterschiede in therapeutischen Haltungen, Persönlichkeitseigenschaften und dem Mentalisierungsinteresse. [Self-selection processes in the choice of the therapeutic training approach: Differences in therapeutic attitudes, personality traits, and attributional complexity]. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 64(6), 214-223.
- Topolinski, S., & Hertel, G. (2007a). The role of personality in psychotherapists' careers: Relationships between personality traits, therapeutic schools, and job satisfaction. Psychotherapy Research, 17(3), 378-390. doi:10.1080/10503300600830736
- Topolinski, S., & Hertel, G. (2007b). The role of personality in psychotherapists' careers: Relationships between personality traits, therapeutic schools, and job satisfaction. Psychotherapy Research, 17(3), 365-376.
- Tremblay, J. M., Herron, W. G., & Schultz, C. L. (1986). Relation between therapeutic orientation and personality in psychotherapists. Professional Psychology: Research and Practice, 17(2), 106-110. doi:10.1037/0735-7028.17.2.106
- Trenkle, B. (2015). Utilisation. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis (3 ed., S. 95-99). Heidelberg: Springer.
- Vangermain, D., & Brauchle, G. (2013). Arm, aber glücklich?: Einkommenssituation und Berufszufriedenheit freiberuflich t\u00e4tiger Psychotherapeuten in Deutschland. (Poor but happy? Income and job satisfaction of freelance psychotherapists in Germany). Psychotherapeut, 58(3), 276-284. doi:10.1007/s00278-012-0945-5
- von Sydow, K. (2007). Das Image von Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern in der Öffentlichkeit. Ein systematischer Forschungsüberblick. [The public image of psychologists, psychotherapists, and psychiatrists. A systematic review]. Psychotherapeut, 52(5), 322-333.
- von Sydow, K. (2014). Psychotherapeuten und ihre psychischen Probleme. Psychotherapeut, 59, 283-292.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work. New York: Routledge.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., & Flückiger, C. (2018). Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht. Bern: Hogrefe.
- Willutzki, U., Reinke-Kappenstein, B., & Hermer, M. (2013). Ohne Heiler geht es nicht. Bedeutung von Psychotherapeuten für Therapieprozess und -ergebnis. [Nothing works without the healer. Impact of psychotherapists on the process and outcome of psychotherapy]. Psychotherapeut, 58(5), 427-437. doi:10.1007/s00278-013-1003-7
- Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, M. J., Blatt, S. J., & Wampold, B. E. (2010). Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: Effects on maladjustment and self-critical perfectionism. Journal Of Clinical Psychology, 66(7), 681-697. doi:10.1002/jclp.20683