



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„SELF-DISCLOSURE“  
Selbstöffnung von Therapeut\*innen  
in der Psychotherapie

verfasst von / submitted by

Julia Fischer

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Magistra der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, 2020/ Vienna, 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

UA 190 445 299

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Lehramtstudium UF Biologie und Umweltkunde  
UF Psychologie und Philosophie

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter, Privatdoz.



## Danksagung

Ich möchte mich hiermit bei allen österreichischen Psychotherapeut\*innen bedanken, die sich bereit erklärt haben, an meiner Umfrage teilzunehmen und somit einen wertvollen Beitrag zur Erstellung dieser Diplomarbeit und zur Forschung im Bereich der Psychotherapie geleistet haben. Ich bedanke mich außerdem für die zahlreichen Mails mit unterstützenden Worten oder konstruktivem Feedback.

Ein besonders großer Dank gilt meinem Betreuer, Herrn Prof. Anton-Rupert Laireiter, der sich überaus „kurzfristig“ bereit erklärt hat, diesen letzten Studienabschnitt gemeinsam mit mir zu meistern. Ich bedanke mich für die aufopfernde Unterstützung, das professionelle Feedback, sowie die stets anhaltende Motivation. Vielen Dank!

Weiter möchte ich mich bei meinen Eltern, Elfriede und Herwig Fischer, bedanken, durch die mir dieses Studium erst ermöglicht wurde, die mich immer finanziell unterstützt und großgezogen haben. Auch meiner Großmutter Brigitta Fischer, die meinen Geist und Intellekt in besonderer Weise mitgeformt hat.

Mein herzlichster Dank gilt den folgenden Personen, jene die mich im Laufe meines Lebens und/oder meines Studiums begleitet haben und von denen jeder zur Erstellung dieser Arbeit auf die eine oder andere Weise beigetragen hat:

Silvia, Bernadette, Barbara, Tina, Jakob, Clemens, Alexandra, Angela

Vielen Dank für alles!



## Zusammenfassung

Die Selbstöffnung des/der Therapeut\*in ist ein kontrovers diskutiertes Thema. Obwohl es viele Befürworter gibt, hält sich das Modell der Psychoanalyse, welches die/den Therapeut\*in als „blank screen“ propagiert weiterhin. Nach Ansicht einiger Wissenschaftler, die sich mit dem Thema auseinandergesetzt haben (z.B. Hill & Knox, 2002) ist es jedoch für Therapeut\*innen wichtig, sich des potenziellen Einflusses von Selbstöffnung bewusst zu sein.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es die Selbstöffnung hinsichtlich Bereitschaft und Häufigkeit sowie wichtiger Korrelate genauer zu beforschen. Dabei war von den Annahmen ausgegangen worden, dass Selbstöffnung ein allgemeines Phänomen in der Psychotherapie darstellt, welches von unterschiedlichen Faktoren, wie z.B. Ähnlichkeit zwischen Therapeut\*in und Patient\*in, gegenseitiger Sympathie, Therapiedauer, therapeutischer Allianz, Berufserfahrung, positiver Rückmeldung, Aufforderung seitens des/der Patient\*in oder Stellenwert seitens des/der Therapeut\*in moderiert wird.

Die angeführten Fragestellungen wurden an 151 österreichischen Psychotherapeut\*innen, welche zum Zeitpunkt der Befragung in die Liste des Österreichischen Bundesverbands für Psychotherapie (ÖBVP) eingetragen waren, in einer Online-Befragung zu Auftreten, Häufigkeit, Inhalt und Bewertung untersucht. Die Studie war als retrospektive Einzelmessung designt.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Selbstöffnung in den untersuchten Therapien zwar im mittleren Häufigkeitsausmaß vorkommt, dass sie jedoch nicht signifikant mit Ähnlichkeit, Sympathie, Therapiedauer, therapeutischer Allianz oder Berufserfahrung korreliert. Eine schwache Korrelation zeigte sich bei positivem Feedback und bei Aufforderung zur Selbstöffnung. Die Angaben zum Stellenwert von Selbstöffnung hinsichtlich Effektivität und Wichtigkeit als Methode befanden sich ebenfalls im mittleren Bereich.

Die angenommenen Hypothesen konnten nur begrenzt bestätigt werden. In Bezug auf die Studie lässt sich sagen, dass Selbstöffnung ein dynamischer Prozess ist, bei dem eine Messung nicht ausreicht. Zukünftige Studien sollten auch Beobachtungsmethoden verwenden.

Schlüsselwörter:

Self-disclosure, Selbstöffnung, Psychotherapie, blank screen, immediacy

## English Abstract

The therapist's self-disclosure is a controversial topic. Although there are many supporters, the model of psychoanalysis, which propagates the therapist as a "blank screen", continues. According to some scientists who have dealt with the topic (e.g. Hill & Knox, 2002), it is important for therapists to be aware of the potential impact of self-opening in his/her therapies.

The aim of the present study was to analyze self-opening in terms of readiness and frequency as well as important correlates. The assumption was that self-opening is a common phenomenon in the therapies examined by Austrian psychotherapists, which is moderated by different therapy factors such as similarity, sympathy, duration of therapy, therapeutic alliance, professional experience, positive feedback, request or status.

151 Austrian psychotherapists who were registered in the list of the Austrian Federal Association for Psychotherapy (ÖBVP) at the time of the survey were asked in an online survey about the occurrence, frequency, content and evaluation of self-opening. The study was designed as a retrospective single-point measurement.

The results of the study showed that self-opening occurs in the examined therapies in a medium frequency range, but that it does not correlate significantly with similarity, sympathy, therapy duration, therapeutic alliance or professional experience. A weak correlation was found with positive feedback and when asked to open up. The importance of self-opening in terms of effectiveness and importance as a method was also in the middle range.

The hypotheses could only be confirmed to a limited extent. Regarding the study, it can be said that self-opening is a dynamic process in which one measurement is not enough. Future studies should also use observation methods.

Self-disclosure, Selbstöffnung, psychotherapy, blank screen, immediacy



# Inhaltsverzeichnis

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| 1. Einleitung.....                                       | 10 |
| 2. Theoretischer Hintergrund und Fragestellungen.....    | 13 |
| 2.1. Selbstöffnung / Self-Disclosure.....                | 13 |
| 2.2. Forschungsüberblick.....                            | 20 |
| 2.3. Zusammenfassung.....                                | 22 |
| 2.4. Zielsetzung der Arbeit.....                         | 23 |
| 2.5. Fragestellungen und Hypothesen.....                 | 25 |
| 3. Methode.....                                          | 29 |
| 3.1. Versuchsplan / Untersuchungsdesign.....             | 29 |
| 3.2. Stichprobenbeschreibung.....                        | 31 |
| 3.3. Gemessene Variablen.....                            | 34 |
| 3.3.1. Einzelne gemessene Variablen.....                 | 34 |
| 3.3.1.1. Selbstöffnung.....                              | 34 |
| 3.3.1.2. Stellenwert Selbstöffnung.....                  | 35 |
| 3.3.1.3. Ähnlichkeit zwischen Therapeut und Patient..... | 35 |
| 3.3.1.4. Therapeutische Allianz.....                     | 35 |
| 3.3.1.5. Offenheit Patient.....                          | 36 |
| 3.3.1.6. Sympathie.....                                  | 36 |
| 3.3.1.7. Aufforderung zur Selbstöffnung.....             | 36 |
| 3.3.1.8. Nachkommen der Bitte um Selbstöffnung.....      | 36 |
| 3.3.1.9. Bewusster Einsatz von Selbstöffnung.....        | 37 |
| 3.4. Geplante statistische Auswertung.....               | 38 |
| 3.4.1. Umgang mit fehlenden Werten.....                  | 38 |
| 3.4.2. Prüfung der Voraussetzungen.....                  | 38 |
| 3.4.3. Deskriptive Analysen.....                         | 38 |
| 3.4.4. Hypothesenprüfung.....                            | 38 |
| 4. Ergebnisse.....                                       | 40 |
| 4.1. Einzelne deskriptive Befunde.....                   | 40 |
| 4.2. Reliabilitätsanalysen (Cronbach's Alpha).....       | 47 |



|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| 4.3. Hypothesenüberprüfung.....                                   | 48 |
| 4.4. Weiterführende statistische Auswertung.....                  | 53 |
| 5. Diskussion.....                                                | 54 |
| 5.1. Diskussion Selbstöffnung.....                                | 54 |
| 5.2. Zusammenfassung Diskussion.....                              | 54 |
| 5.3. Limitationen.....                                            | 59 |
| 5.4. Implikationen für weitere Forschung und die Praxis.....      | 60 |
| Literaturverzeichnis.....                                         | 62 |
| Linkverzeichnis.....                                              | 66 |
| Abbildungsverzeichnis.....                                        | 67 |
| Tabellenverzeichnis.....                                          | 68 |
| Anhang.....                                                       | 69 |
| Anhang A: Einladungsschreiben Psychotherapeut*innen.....          | 69 |
| Anhang B: Fragebogen „Self-Disclosure“ in der Psychotherapie..... | 70 |

## 1. Einleitung

“To self-disclose or not to self-disclose? That is the controversial question.”

So leitet Alexis Conason, klinische Psychologin in New York, einen Artikel in *Psychology Today* vom 5. Mai 2017 ein, der sich mit dem Einfluss von Selbstöffnung des/r Therapeut\*in in Bezug auf die Behandlungsmethoden von Essstörungen beschäftigt. Sie beschreibt, dass viele klassisch ausgebildete Psychoanalytiker\*innen darauf „trainiert“ sind Selbstöffnung auf jeden Fall zu vermeiden um den „blank state“ zu wahren, während es im Umgang mit Substanzmissbrauch nicht gerade ungewöhnlich ist, wenn der/die Therapeut\*in seine/ihre eigenen Erfahrungen, vor allem seine Verbesserungen, mit den Klient\*innen teilt. Ob die therapeutische Selbstöffnung in der Therapie nun erwünscht oder unerwünscht sei, wurde in der Vergangenheit von den unterschiedlichen Schulen kontrovers diskutiert.

Während einige psychotherapeutische Schulen traditionsbedingt im Preisgeben von persönlichen Informationen seitens des\*r Therapeut\*in eine Störung des Therapieprozesses und ein Abrücken des Fokus‘ vom Patienten sahen, glaubten andere Schulen wiederum an die positiven Effekte dieses Phänomens.

Vor allem die psychoanalytische Schule sah Selbstöffnung als Hindernis für die Heilung der Patient\*innen. Diese Auffassung wurde von vielen nachkommenden Schulen mehr oder weniger stark übernommen und hält sich in vielen Köpfen bis heute. Auch wenn sich beispielsweise Sigmund Freud erwiesenermaßen selbst seinen Patient\*innen öffnete (Cornett 1991), warnte er als Begründer der Psychoanalyse andere Analytiker vor solchen Methoden, da ein Therapeut, der sich seinen Patient\*innen öffnete, seine Neutralität verlieren würde. Durch diese nicht gegebene „Abstinenz“ des Therapeuten, konnte die laut Freud so wichtige Übertragung, also die Projektion der Gefühle des\*r Patient\*in auf den Therapeuten, nicht stattfinden, da dieser dem/r Patient\*in keine unbeschriebene Projektionsfläche mehr sein konnte (Goldstein, 1997).

Mit fortschreitender Zeit entdeckten andere therapeutische Strömungen jedoch, dass die Selbstoffenbarung als Interventionsform zu einer Festigung des Arbeitsbündnisses zwischen Therapeut und Patient beitragen konnte. Die humanistischen Theorien etwa sahen in der Selbstöffnung eine wichtige Demonstration der Echtheit und der Beachtung des/r Patient\*in durch den Therapeuten. Die Transparenz sollte zur Authentizität und zur Intimität der Therapeuten-Klienten-Beziehung beitragen (Goldstein, 1997) und dem/r Patient\*in das Gefühl von Vertrauen und Wohlwollen des

Therapeuten vermitteln, weil dieser etwas über sich preis gab (Robitschek & McCarthy, 1991). Der Therapeut konnte aus Sicht der humanistischen Schule auf diese Weise ebenso ein Beispiel für persönliches Wachstum sein und dem Patienten als menschliches Vorbild dienen (Lane & Hull, 1990), während sie ihm gleichzeitig half sich weniger allein mit seinen Problemen und Ängsten zu fühlen (Cornett, 1991). Die Preisgabe persönlicher Informationen verteilte die Kontrolle über die Beziehung außerdem laut humanistischer Sicht ausgeglichener auf beide Seiten der psychotherapeutischen Zweierbeziehung, auch Dyade genannt (Jourard, 1971). Die humanistisch-existentielle und die psychoanalytische Schule stehen sich in Bezug auf das Mitteilen von Informationen über die Person und das Leben des/der Therapeutin demnach konträr gegenüber.

Das Konzept der Selbstöffnung wurde vor allem auch von feministischen Theorien befürwortet (Mahalik, VanOrmer & Simi, 2000) da es feministische Werte, wie etwa das Ausgleichen des Machtverhältnisses fördere und außerdem für eine Solidaritätsbasis zwischen Therapeut und Klient Sorge. Die Selbstbestimmung der oder des Patient\*in kann also als ein weiterer Faktor für den Einsatz der Selbstöffnung gesehen werden. Aufgrund von persönlichen Informationen über den bzw. die Therapeut\*in kann der Patient entscheiden, ob er mit diesem oder dieser Therapeut\*in arbeiten möchte oder eben nicht (Knox & Hill, 2002).

Die multikulturellen Theorien befürworten Selbstöffnung ebenso, nämlich in der Hinsicht, dass der/e Therapeut\*in Patienten\*innen mit einem anderen kulturellen Background durch die Öffnung helfe, Vertrauen aufzubauen, da die Hemmschwelle zur Zusammenarbeit aufgrund der kulturellen Unterschiede noch größer sein kann als bei Patienten mit einem ähnlicheren Background (Goldstein 1994, Sue & Sue, 1999).

Dazu, wie die verhaltenstherapeutische Schule und die systemische Schule Selbstöffnung gegenüber stehen, lassen sich in der Literatur keine eindeutigen Angaben finden. Allerdings kann vermutet werden (Knox & Hill, 2002), dass Selbstöffnung etwa in der Verhaltenstherapie als positiv angesehen wird, da sie als Modell oder Vorbild für die Selbstöffnung des Patienten gesehen werden kann und damit als hilfreich im therapeutischen Prozess.

Während das wissenschaftliche Interesse sich lange Zeit an den verschiedenen Therapieschulen orientierte um das Gelingen des psychotherapeutischen Prozesses zu erforschen, rückten mit der Zeit isolierte Einflussgrößen wie etwa einzelne

Therapeut\*innen- oder Patient\*innenmerkmale in den Fokus der Aufmerksamkeit (Willutzki, Reinke-Kappenstein & Hermer, 2013).

Laut dem *Generic Model of Psychotherapy* von Orlinsky & Howard (1986) ist das Verhalten und die Persönlichkeit des/r Psychotherapeut\*in, neben anderen Einflussfaktoren wie Leben und Verhalten des Patienten, sowie sozialen, ökonomischen und kulturellen Bedingungen und Werten, ein wichtiger Faktor der sich auf die Beziehung zwischen Therapeut und Patient und damit auf den Psychotherapeutischen Prozess auswirkt. Als Resultat des psychotherapeutischen Prozesses wird der Therapieerfolg gesehen, der damit sowohl von Prozessen abhängt, die innerhalb der Therapie, also innerhalb der Sitzungen (intrasession) als auch zwischen den Sitzungen (intersession) stattfinden (Orlinsky & Howard, 1986).

## 2. Theoretischer Hintergrund und Fragestellungen

In diesem Kapitel soll ein theoretischer Hintergrund zum Phänomen Selbstöffnung bzw. Self-Disclosure von Psychotherapeut\*innen im Therapiekontext gegeben werden. Es wird beschrieben wie Selbstöffnung in der Therapie von verschiedenen Quellen in der Literatur definiert wird, sowie welche Modelle und einschlägigen Befunde es hierzu gibt. Der aktuelle wissenschaftliche Stand soll als argumentative Basis für die nachfolgenden Fragestellungen und Zielsetzungen dieser Arbeit dienen.

### 2.1. Selbstöffnung / Self-Disclosure

In der Literatur findet sich keine einheitliche Definition zu Selbstöffnung. Im Folgenden sollen deshalb unterschiedliche Klassifikationen und Typen beschrieben werden, die in der Literatur zu finden sind um dieses psychologische Phänomen genauer kategorisieren zu können.

Allgemein meint man mit Selbstöffnung auch außerhalb des Therapiekontextes ein Offenbaren oder Mitteilen von persönlichen Informationen eines Individuums vor einem anderen Individuum oder einer Gruppe. Meist in der Erwartung eine positive Rückmeldung zu bekommen oder dadurch ebenfalls eine Öffnung beim Gegenüber zu erreichen, was wechselseitig zu emotionaler Nähe und Vertrauen und somit einer Vertiefung der Beziehung führen kann (Derlega, u.a. 1993)

Im Therapiekontext kann eine Selbstöffnung seitens des/der Therapeut\*in wie folgt definiert werden:

„We define therapist self-disclosure as therapist statements that reveal something personal about the therapist. Note that this definition excludes disclosures that are nonverbal (that is, based on observations of dress, office decor, and surroundings) because these nonverbal disclosures are not voiced or offered discretely at one point in time and hence are qualitatively different from verbal self-disclosures.”

(Knox & Hill, 2002, S. 255)

Während andere Wissenschaftler\*innen, die sich mit diesem Thema im Therapiekontext beschäftigten, die Definition von Selbstöffnung im Verhältnis eher breit lassen, ist für Knox und Hill der Faktor der Eigenständigkeit und der Qualität der Information ein

wichtiger. Während bei dieser Definition ausschließlich verbale Informationen zur Selbstöffnung des Therapeuten zählen, finden sich andernorts in der Literatur auch Definitionen, die Körpersprache und Auftreten des/r Therapeut\*in mit in die Beschreibung des Phänomens hineinnehmen.

Natürlich gibt es auch andere Modelle um Selbstöffnung zu kategorisieren. Ein solches wäre beispielsweise die Unterscheidung von McCarthy und Betz (1978), die bei Selbstöffnung zwischen self-disclosing disclosures und self-involving disclosures, in der Literatur auch als immediacy bezeichnet, differenzieren. Self-involving, also die Selbstinvolviertheit, wie man sie ins Deutsche übersetzen könnte, „requires the counselor to express his or her immediate feelings about or reactions to the client“ (McCarthy & Betz, 1978, S. 255). Dies wäre zum Beispiel der Fall, wenn der/die Therapeut\*in dem/r Patient\*in während der Therapie mitteilt, dass er/sie sich gerade über ein Erfolgserlebnis des/r Patient\*in freut oder wenn er oder sie ganz im Gegenteil zum Beispiel gerade Angst vor dem oder der Patient\*in hat und ihm dies auch erkennen lässt.

Im Gegensatz zu diesem direkten Mitteilen von Gedanken oder Zeigen von Gefühlsreaktionen meint self-disclosing disclosure das direkte verbale Mitteilen von persönlichen Informationen oder Erfahrungen seitens des Therapeuten, die nicht in erster Linie etwas mit dem oder der Patient\*in und der unmittelbaren Situation zu tun haben (Hill & O'Brien 1999). Ein Beispiel wäre: „Am Wochenende fahre ich gerne mit meinem Mann zum Angeln“.

Eine andere Möglichkeit Selbstöffnung einzuteilen, wäre in negative und positive Äußerungen, also in positive oder negative Informationen über den/die Therapeut\*in oder über seine/ihre positiven oder negativen unmittelbaren Gefühle (Hoffman-Graf, 1977; Andersen & Anderson, 1985). Hill, Mahalik und Thompson (1989) schlugen vor, anstatt in positiv und negativ einzuteilen, die Selbstöffnung entweder als reassuring oder als challenging einzuteilen.

Eine bekannte Einteilung stammt von Hill und O'Brien, die 1999 vorschlugen Selbstöffnung in vier Kategorien einzuteilen:

- Disclosure of facts
- Disclosure of feelings

- Disclosure of personal insights
- Disclosure of personal strategies

2003 erweiterte Hill gemeinsam mit Knox diese Kategorien um drei weitere:

- Disclosure of reassurance/support
- Disclosure of challenge
- Disclosures of immediacy

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die sieben Typen nach Hill und Knox (2002, S. 530) inklusive Beispielen für die einzelnen Kategorien:

Tabelle 1: Typen von Therapeutischer Selbstöffnung

Table 1  
*Types of Therapist Self-Disclosures*

| Type                                      | Example                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Disclosure of facts</i>                | "I have a Ph.D. in counseling psychology and work primarily with college students."                                                                                                           |
| <i>Disclosures of feeling</i>             | "When I have been in situations similar to yours, I felt scared because I didn't know how things would turn out for me."                                                                      |
| <i>Disclosures of insight</i>             | "When I was having a similar conflict with my male colleague, I realized that I shut down because I was afraid that he would reject me like my father did."                                   |
| <i>Disclosures of strategy</i>            | "When I faced circumstances like yours, it helped me to gather as much information as I could so that I would be prepared for what might happen."                                             |
| <i>Disclosures of reassurance/support</i> | "I understand your anxiety because I also have a difficult time when I have to give a talk."                                                                                                  |
| <i>Disclosures of challenge</i>           | "I don't know if you are aware that I, too, am divorced, and have had to think hard about my contributions to the failure of the marriage."                                                   |
| <i>Disclosures of immediacy</i>           | "As you describe the cold relationships in your family now, I am aware that I am feeling very distant and closed off from you. I wonder if that is similar to how you felt with your family?" |

Während die erste Kategorie klar als das Mitteilen von Fakten oder Informationen über den oder die Therapeut\*in gesehen werden kann, also als self-disclose, können die anderen Kategorien als Subtypen von self-involving oder „gegenübertragender“ Selbstöffnung gesehen werden. Eine weitere Unterscheidung findet sich zwischen „Disclosures of reassurance“ und den „Disclosures of challenge“. Für Hill und Kollegen soll erstere dem oder der Patient\*in als Support dienen und seine bzw. ihre Perspektive legitimieren. Der Charakter der Öffnung ist also hier ein unterschützender, während bei den Disclosures of challenge, die Perspektive des/der Patient\*in herausgefordert wird und er oder sie eventuell zu einem Nach- bzw. Umdenken bewegt wird.

Studien (z.B. Cherbosque 1987, Hill et al 1989, McCarthy 1979,) konnten feststellen, dass self-involving statements bei den Patient\*innen noch positiver wahrgenommen wurden, als self-disclosing statements. Generell kann aber durch viele Studien von einer mehrheitlich positiven Wahrnehmung von Selbstöffnung bei den Patient\*innen ausgegangen werden (Henretty & Levitt, 2010). Interessanterweise gaben aber gleichzeitig viele der Therapeut\*innen in bisherigen Studien an, Selbstöffnung eher zu vermeiden, da sie viele der möglicherweise negativen Konsequenzen im Kopf hatten, wie zum Beispiel das Wegbewegen des Fokus‘ vom Patienten, das Stören oder Belasten des (Erzähl-)flusses des Patienten, das Überschreiten der Grenzen zwischen Therapeut und Patient, sowie die Störung der Übertragung der Gefühle des Patienten auf den Therapeuten. (Edwards & Murdock, 1994; Geller & Farber, 1997; Simon, 1990). Therapeut\*innen, die sich nur manchmal öffneten, wurden positiver wahrgenommen als Therapeut\*innen, die sich oft oder jede Sitzung öffneten. (Hill & Knox, 2002) Therapeut\*innen mit humanistisch-existenzieller Orientierung öffneten sich im Vergleich öfter als Therapeut\*innen mit psychoanalytischer Orientierung (Edwards & Murdock, 1994; Simon 1990). Dies kann wahrscheinlich mit der Tradition der eingangs erwähnten Übertragungstheorie der Psychoanalyse erklärt werden, die eine sogenannte „Abstinenz“ des Therapeuten voraussetzt um so einen „Projektionsschirm“ für die emotionale Struktur des/der Patient\*in zu schaffen.

Eine weitere interessante Erkenntnis ist, dass Selbstöffnung eine von Therapeut\*innen sehr selten eingesetzte Methode ist, nämlich nach eigenen Angaben nur bei 3,5% aller Therapieinterventionen (Knox & Hill, 2003). Gleichzeitig geben aber über 90% aller Therapeuten und Therapeutinnen an, sich in der Therapie selbst zu öffnen (Knox & Hill, 2003). Dass Therapeuten sich selbst öffnen, ist also längs hin bekannt und wird



unbewusst oder bewusst von einem überwiegenden Großteil der Therapeut\*innen auch praktiziert. Man könnte jedoch annehmen, dass viele Selbstöffnung nicht direkt als Methode sehen oder als solche in ihrer Therapie einsetzen. Hierfür würde die geringe Zahl der Selbstöffnungs-Interventionen sprechen. Ältere Studien belegen, dass es so gut wie kein Training oder eine Vorbereitung über den Umgang mit Selbstöffnung gibt (Beutler, Crago, Arizmendi, 1986).

2005 erschien ein interessanter Artikel zur Selbstöffnung bzw. die Gegenübertragung der Gefühle des Therapeuten auf den Patienten im Psychotherapy Bulletin (Manning, 2005). In dem Artikel wurden die Ängste junger noch in Ausbildung befindlicher Psychoanalytiker beschrieben. Aufgrund der Angst die Neutralitätsgrenze zwischen sich und dem/der Patient\*in zu überschreiten, sowie auf Anraten vieler Supervisoren versuchten die Novizen selbstöffnende Reaktionen eher zu vermeiden, als sie als Herausforderung zu sehen. Der Artikel erwähnt, ein weiterer Grund dafür, warum Therapeut\*innen Selbstöffnung vermeiden, könnte sein, dass sie sich vor dem/r Patient\*in nicht als verletzlich zeigen möchten.

Nach Knox und Hill (2002,2003) ist es, trotz den Gründen für oder gegen Selbstöffnung gibt, wichtig, dass der bzw. die Therapeut\*in sich über den potenziellen Einfluss der eigenen Selbstöffnung auf den Patienten bewusst ist. Weshalb es ihr Bestreben war aufgrund der bisherigen empirischen Literatur anderen Therapeut\*innen ein Handwerkszeug an die Seite zu stellen um Selbstöffnung als Intervention angemessen handzuhaben. Sie nannten folgende Richtlinien im Umgang mit Selbstöffnung:

1. *Therapeut\*innen sollten sich generell unregelmäßig öffnen*

Studien konnten zeigen, dass unregelmäßige Selbstöffnung besser von den Patient\*innen aufgenommen wurde als regelmäßige. Es könnte sein, dass gerade die Unregelmäßigkeit hier ein Wirkfaktor ist.

2. *Therapeut\*innen sollten angemessenen Inhalt einsetzen*

Das am meisten angemessene Thema für Selbstöffnung in der Therapie stellt der berufliche Hintergrund des/r Therapeut\*in dar. Am anderen Ende des Spektrums stehen Informationen zu sexuellen Praktiken oder Vorstellungen, die als für die Therapie als sehr unangemessen empfunden werden, weil sie viel zu intim sind und in der Therapie nicht notwendige Inhalte darstellen. Generell

konnten Studien zeigen, dass zu intime Informationen von den Patient\*innen nicht gutgeheißen wurden. Der/die Therapeut\*in sollten den Inhalt immer an das vorherrschende Intimitätslevel anpassen.

3. *Therapeut\*innen sollten sich öffnen um auf die Bedürfnisse des/r Patientin in der Therapie einzugehen und die therapeutische Allianz zu stärken*

Die Realität des/r Patient\*in zu validieren und zu normalisieren ist ein guter Grund um therapeutisch intendierte Selbstöffnung einzusetzen, da der/die Patient\*in so versichert wird und ein Nähe- bzw. Vertrauensverhältnis zwischen beiden aufgebaut werden kann.

4. *Therapeut\*innen sollten ihre eigenen Gründe für Selbstöffnung reflektieren*

Es sollte von dem/r Therapeut\*in vermieden werden, sich selbst zu öffnen um die eigenen Bedürfnisse zu erfüllen, den Fokus vom Patienten wegzulenken, den Erzählfluss oder die Übertragung des/r Patientin zu stören, den/die Patient\*in zu verwirren, zu überfordern, sowie die Grenzen zwischen sich und dem/r Patient\*in aufzulösen.

5. *Therapeut\*innen sollten Selbstöffnung als Antwort auf ähnliche Patientenöffnung anwenden*

Die Anwendung einer ähnlichen Selbstöffnung bei der Öffnung des Patienten, kann dem/r Patient\*in helfen sich normal und versichert zu fühlen.

6. *Therapeut\*innen sollten beobachten wie Patient\*innen auf Selbstöffnung reagieren*

Die Reaktion auf die therapeutische Selbstöffnung zu beobachten oder gegebenenfalls auch vom/von der Patient\*in zu erfragen, kann für die individuelle Gestaltung der psychotherapeutischen Intervention sehr hilfreich sein. Da Selbstöffnung potentiell machtvoll sein kann, ist es nötig herauszufinden ob und wie sie den/die Patient\*in und die Beziehung zwischen Therapeut und Patient beeinflusst.

7. *Therapeut\*innen sollten sich bei manchen Patienten mehr öffnen als bei anderen*

Bei Patient\*innen, die Schwierigkeiten haben, sich zu öffnen und mit denen die therapeutische Allianz noch nicht gefestigt ist, kann es sinnvoll sein, sich öfter

selbst zu öffnen als bei anderen Patient\*innen um so Vertrauen und Nähe aufzubauen.

8. *Therapeut\*innen sollten Selbstöffnung in Form von immediacy erwägen*

Indem der/die Therapeut\*in seine Gefühle oder Beobachtungen in Bezug auf die Erzählungen des Patienten direkt mitteilt, kann eine Möglichkeit entstehen um über die Gefühle und Reaktionen des/der Patient\*in sofort einzugehen und diese gemeinsam zu analysieren.

9. *Therapeut\*innen sollten sich mehr über persönliche Probleme öffnen, die sie lösen konnten, als über die, mit denen sie selbst noch immer Schwierigkeiten haben*

Neben der Konzentration auf das Lösbare, stellt dieser Vorschlag sicher, dass der/die Therapeut\*in genug Distanz zu den eigenen Problemen hat und die Selbstöffnung nicht zur Befriedigung der eigenen Bedürfnisse, also zur Besprechung der eigenen Konflikte, stattfindet.

Abschließend lässt sich also sagen, dass obwohl Selbstöffnung vielleicht eher selten bewusst von dem oder der Therapeut\*in eingesetzt wird, sie einen potenziell großen, wenn vielleicht auch indirekten, Einfluss auf den psychotherapeutischen Prozess und somit auf den Therapie-Outcome hat und deshalb ein wichtiges Thema für angehende und bereits praktizierende Therapeut\*innen ist (Hill & Knox, 2003).

## 2.2. Forschungsüberblick

Die bestehende Forschung zu Selbstöffnung hat meist ein analoges Design. Dies bedeutet, dass die Daten nicht anhand von echten Therapien gesammelt werden, sondern durch Simulationen. Die Partizipierenden, meist Psychologiestudenten, werden durch Bild oder Ton mit Selbstöffnung eines/r Therapeut\*in konfrontiert und bewerten diese dann (Hill & Knox, 2002). 14 von 18 Studien bestätigten eine positive Auffassung von Selbstöffnung. (Bundza & Simonson, 1973; Doster & Brooks, 1974; Dowd & Boroto, 1982; Feigenbaum, 1977; Fox, Strum, & Walters, 1984; Hoffman-Graff, 1977; Myrick, 1969; Nilsson, Strassberg, & Bannon, 1979; Peca-Baker & Friedlander, 1987; Simonson, 1976; Simonson & Bahr, 1974; Vande Creek & Angstadt, 1985; Watkins & Schneider, 1989; Wetzel & Wright-Buckley, 1988).

Watkins' (1990) Studie, die ebenfalls analog war, besagt, dass Patient\*innen moderate und nicht zu intime Selbstöffnung bevorzugen. Eine wichtige Frage in der Forschung zur Selbstöffnung ist, ob diese Ergebnisse auch auf „echte“ Therapie umgelegt werden können (Hill & Knox, 2002).

Studien, in denen das Verhalten von Therapeut\*innen während der Therapie beurteilt wurde, kamen zu dem Ergebnis, dass 1-13% (im Durchschnitt 3,5%) aller Therapieinterventionen in Einzeltherapien als Selbstöffnung angesehen werden können (Barkham & Shapiro, 1986; Elliott et al., 1987; Hill, 1978; Hill, Thames, & Rardin, 1979; Hill et al., 1988; Stiles, Shapiro, & Firth-Cozens, 1988).

Therapeuten mit einer weiten Spanne an Therapieschulen, gaben in einer Studie von Edwards und Murdock (1994) an, sich in einem moderaten Maß selbst zu öffnen (3 auf einer Skala von 1-5) und dabei vor allem über ihren beruflichen Hintergrund. Es wurden keine Unterschiede in der Häufigkeit der Selbstöffnung in Bezug auf Geschlecht oder ethnischen Hintergrund festgestellt (Edwards & Murdock 1994, Robitschek & McCarthy, 1991.)

Als Grund für Selbstöffnung gaben Therapeut\*innen an, dass sie bestrebt waren mehr Ähnlichkeit zwischen sich und dem/der Patient\*in zu erzeugen, um als geeignetes Vorbild für den Patienten zu dienen, den Patienten zu versichern oder alternative Denkweisen anzubieten, die therapeutische Allianz zu stärken oder einfach weil sie vom Patienten um Selbstöffnung gebeten wurden (Edwards & Murdock, 1994; Geller & Farber, 1997; Simon, 1990). Aus Sicht der Patient\*innen öffneten sich Therapeut\*innen ihnen gegenüber, weil sie die Erlebnisse des/der Patient\*in normalisieren wollten,

diesen/diese versichern wollten oder bei einem konstruktiven Wandel helfen wollten (Knox et al. 1997).

Zu dem Effekt der Selbstöffnung während einer spezifischen Therapie gibt es folgende Studien in der Literatur: Hill et al. (1988) fanden in einer Studie heraus, dass Klient\*innen Therapeut\*innen, die sich am meisten öffneten, als besonders hilfreich einstufen, während sich die Therapeut\*innen selbst als am wenigsten hilfreich einstufen. In einer weiteren Studie gaben Patient\*innen an „reassuring statements“ als hilfreicher wahrzunehmen als „challenging statements“ (Hill, Mahalik & Thompson, 1989).

Die Ergebnisse bezüglich des generellen Outcomes von Selbstöffnung sind widersprüchlich: Studien, die eine Korrelationsmethode verwendeten, fanden keine Korrelation zwischen der Häufigkeit von Selbstöffnung und dem Outcome der Therapie (Beutler & Mitchell, 1981; Braswell, Kendall, Braith, Carey, & Vye, 1985; Coady, 1991; Hill et al., 1988; Kushner, Bordin, & Ryan, 1979; Williams & Chambless, 1990). Die Definition von Selbstöffnung in diesen Studien waren laut Hill und Knox (2002) aber eher vage und inkonsistent.

### 2.3. Zusammenfassung

Als Selbstöffnung seitens des/r Therapeut\*in werden verbale Aussagen gesehen, die etwas Persönliches über den/die Therapeut\*in preisgeben. Sie ist eine der am wenigsten eingesetzten Methoden im Therapiekontext, hat aber einen potenziell großen Einfluss auf den/die Patient\*in und die therapeutische Allianz.

Viele Therapeut\*innen sind kämpfen mit Unsicherheit, ob und wie sie sich selbst öffnen sollten, was oft daraus resultiert, dass in der psychotherapeutischen Tradition lange die Ansichten Freuds und der von ihm konzipierten Behandlungsmethode der Psychoanalyse vorherrschend war. Selbstöffnung galt als unerwünscht, da sie der Übertragung der Gefühle und Gedanken des Patienten auf den vermeintlich neutralen Therapeuten im Weg stand.

Mit der Zeit erkannten andere Schulen jedoch das Potenzial der Selbstöffnung, da gerade dieses Aufbrechen des Bildes von Therapeuten als sogenannter black screen die Möglichkeit bot den Therapeuten als realen Menschen mit eigenen Gefühlen und Erlebnissen zu sehen. Wodurch der Patient wiederum in seinen eigenen Ansichten oder Gefühlen bestärkt werden konnte und sich mit den eigenen Problemen weniger allein sah.

Authentizität, Aufbauen von Intimität und Vertrauen, Stärkung der therapeutischen Allianz, Versichern des Patienten, positive Vorbildwirkung, mehr Ausgeglichenheit im Machtverhältnis sowie Solidaritätsbekundung sind nur einige der Beispiele auf die Selbstöffnung positiven Einfluss nehmen kann.

Durch wissenschaftliche Erkenntnisse, dass Selbstöffnung seitens der Therapeuten in fast allen Therapien vorkommt, ist es von Bedeutung, dass angehende und praktizierende Therapeut\*innen einen verantwortungsvollen Umgang damit finden.

Knox und Hill legten 2002 & 2003 einen Katalog mit Richtlinien vor, der Therapeut\*innen beim Umgang und Einsatz von Selbstöffnung helfen sollte.

Unregelmäßiger Einsatz, der Beziehung angemessener Inhalt, Eingehen auf die Bedürfnisse des/r Patient\*in anstatt auf die eigenen, sowie ein Nichtüberfordern des Patienten, Beobachten der Reaktion des/r Patient\*in auf die Selbstöffnung sowie die Konzentration auf immediacy, sowie versichernde und positive Öffnungen werden darin als empfehlenswert erwähnt.

## 2.4. Zielsetzung der Arbeit

Ziel der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit ist das sehr differenzierte Phänomen der Selbstöffnung im psychotherapeutischen Kontext genauer zu beleuchten. Generell wurden in der Literatur verschiedene Parameter wie Inhalte und Themen, Häufigkeiten, Ausmaß und Intensität, die Wahrnehmung und Bewertung desselben durch Therapeut\*innen oder Patient\*innen erhoben. In der Forschung beschäftigen sich die meisten der bisher durchgeführten Studien mit der Beschreibung und Erfassung des Phänomens sowie mit dessen Determinanten (z.B. Therapeut\*innenvariablen, Patient\*innenvariablen), Korrelationen (z.B. Zusammenhang mit der Qualität der Therapeut-Klient-Beziehung, dem Therapieprozess etc.) und dem Therapie Outcome.

Die vorliegende Studie kann selbstverständlich nur einen Teil möglicher Fragestellungen behandeln. Die zentrale Forschungsfrage soll lauten, wann und in welchem Ausmaß öffnen sich österreichische Psychotherapeut\*innen im Therapieprozess und welchen Einfluss haben unterschiedliche Faktoren auf die Beschaffenheit von Self-Disclosure bei österreichischen praktizierenden Therapeut\*innen sowie deren Einstellung dazu. Weiters ist es von Interesse zu erfahren, ob österreichische Therapeut\*innen Self-Disclosure auch therapeutisch intendiert als Teil ihrer Therapiemethoden einsetzen und wie Sie selbst dieses Konzept bewerten und welche Faktoren dies alles begünstigen.

Ausschlaggebend war für die Beschäftigung mit diesem Thema war ebenfalls ein Mangel an österreichischer Literatur in Bezug auf Self-Disclosure bzw. Selbstöffnung. Auch die bisherigen Studien zu diesem Thema lassen erkennen, dass in diesem Bereich der Psychotherapieforschung längst noch nicht alles gesagt ist und man sich bisher auch noch wenig mit der Einstellung von Psychotherapeut\*innen zu diesem Thema auseinandergesetzt hat. Für zukünftige Psychotherapeut\*innen ist es ein großes Anliegen sowie eine große Verantwortung, zu diesem Thema einen guten Zugang zu finden, da es in der täglichen Therapiearbeit als ein wichtiger Faktor ist, mit dem man sich zwangsläufig – egal, ob nun bewusst oder unbewusst – sehr oft konfrontiert fühlt. Diese Arbeit soll aber auch bereits praktizierenden Therapeut\*innen als Reflexion über ihre eigene Selbstöffnung dienen und vielleicht zu einem bewussteren Umgang mit dem Thema beitragen. Sei es um sich selbst im Therapiekontext wohl zu fühlen oder noch

besser auf den Patienten und seine Bedürfnisse eingehen zu können und die therapeutische Allianz so situationsgerecht zu formen.

Um passende Antworten auf die genannten Forschungsfragen zu generieren, wurde eine Querschnittsstudie in Form einer Online-Befragung mit ca. 70 Einzelfragen durchgeführt. Durch die explizite Einstellungserhebung soll der Umgang mit und die Bewertung von diesem Thema aus Sicht der Psychotherapeut\*innen erforscht werden. Es werden dabei unterschiedliche Rahmenbedingungen und Effekte dieses Phänomens, wie Ähnlichkeit zwischen Therapeut\*in und Patient\*in, Therapiefortschritt/-dauer, Allianz, Sympathie, Berufserfahrung und persönliche Erfahrung, sowie Verständnis und persönliche Einstellung untersucht und anschließend in Verbindung mit der Therapiebeziehung und dem Therapiefortschritt gesetzt (Mittelwertsbildung, Korrelationen, Regressionsanalyse). Zielgruppe sind die in die Liste eingetragenen praktizierenden österreichischen Psychotherapeut\*innen, von denen ca. 200 befragt werden sollen um zu einer repräsentativen Stichprobe zu gelangen. Den Abschluss der Forschungsarbeit bilden eine Diskussion in Verbindung mit der zur Verfügung stehenden Literatur sowie ein Ausblick und Implikationen für weitere Forschungen.



## 2.5. Fragestellungen und Hypothesen

In diesem Kapitel werden die konkreten wissenschaftlichen Fragestellungen und die damit verbundenen Hypothesen dargestellt, die sich aus der Literaturanalyse oder aus den Lücken und Grenzen der bisherigen Forschung ableiten.

Es handelt sich hierbei um allgemeine Fragestellungen zum Phänomen Selbstöffnung zu welchem Informationen auf österreichischer Ebene generiert werden sollen, als auch um Fragestellungen die begünstigende Faktoren für Selbstöffnung untersuchen, sowie die Erhebung der Einstellung österreichischer Psychotherapeut\*innen zu diesem Thema, welche in der Literatur bisher wenig bis kaum untersucht wurde.

Im folgenden wird Selbstöffnung als das verbale Mitteilen von persönlichen Informationen definiert.

### Fragestellung 1

Ist Selbstöffnung ein von Psychotherapeut\*innen in der Psychotherapie allgemeines wahrgenommenes Phänomen?

### Hypothese 1

Die Selbstöffnung von Psychotherapeut\*innen wird von fast allen Befragten als allgemeines Phänomen durch unterschiedliche Aspekte in der Therapie wahrgenommen und von fast allen Befragten in ihrer Arbeit als realisiert angegeben.

### Fragestellung 2

Öffnen sich Psychotherapeut\*innen mehr und persönlicher, je mehr Ähnlichkeit sie zwischen sich und den Patient\*innen wahrnehmen?

### Hypothese 2

Psychotherapeut\*innen öffnen sich mehr gegenüber Patient\*innen, die sie ihnen selbst als ähnlich wahrnehmen.

### Fragestellung 3

Öffnen sich Psychotherapeut\*innen mehr und persönlicher, je fortgeschrittener die Therapie ist bzw. je länger sie dauert?

### Hypothese 3

Psychotherapeut\*innen öffnen sich mehr und persönlicher, je fortgeschrittener die Therapie ist, sprich je öfter sie sich mit dem/der Patient\*in getroffen haben.

### Fragestellung 4

Öffnen sich Psychotherapeut\*innen mehr und persönlicher, je gefestigter die therapeutische Allianz ist?

### Hypothese 4

Psychotherapeut\*innen öffnen sich mehr und persönlicher je gefestigter sie die psychotherapeutische Allianz und die Beziehung zwischen sich und dem/der Patient\*in einschätzen.

### Fragestellung 5

Öffnen sich Psychotherapeut\*innen bei noch nicht gefestigter Allianz mehr und persönlicher um diese zu intensivieren bzw. zu verbessern?

### Hypothese 5

Psychotherapeut\*innen öffnen sich bei noch nicht gefestigter Allianz zum/r Patient\*in mehr um die Therapeut-Klient-Beziehung zu intensivieren bzw. zu verbessern.

### Fragestellung 6

Öffnen sich Psychotherapeut\*innen mehr und persönlicher je sympathischer ihnen ein/e Patient\*in erscheint?

### Hypothese 6

Psychotherapeut\*innen öffnen sich ihnen sympathischen Patient\*innen gegenüber mehr und persönlicher als Patient\*innen, die sie persönlich als weniger unsympathisch wahrnehmen.

### Fragestellung 7

Öffnen sich Psychotherapeut\*innen mehr und bewusster, je erfahrener sie sind, sprich je mehr Jahre Berufserfahrung sie bereits haben?

Hypothese 7.1.

Psychotherapeut\*innen öffnen sich mehr, je mehr Berufserfahrung sie haben.

Hypothese 7.2.

Psychotherapeut\*innen, die mehr Berufserfahrung haben, geben häufiger an Selbstöffnung als bewusst intendierte Methode einzusetzen, als solche mit weniger Berufserfahrung.

Fragestellung 8

Öffnen sich Psychotherapeut\*innen mehr, wenn sie in der Vergangenheit von Patient\*innen positive Rückmeldung dafür erhalten haben?

Hypothese 8

Psychotherapeut\*innen öffnen sich häufiger, wenn sie positive Rückmeldung dafür von ihren Patient\*innen (in der Vergangenheit) bekommen haben.

Fragestellung 9

Öffnen sich Psychotherapeut\*innen mehr und persönlicher, wenn sie von ihren Patient\*innen darum gebeten werden?

Hypothese 9

Psychotherapeut\*innen öffnen sich mehr und persönlicher, wenn sie von ihren Patient\*innen danach gefragt bzw. gebeten werden.

Fragestellung 10

Schätzen die Patient\*innen der Psychotherapeut\*innen die Selbstöffnung oder lehnen sie sie eher ab?

Hypothese 10

Patient\*innen schätzen die Selbstöffnung ihrer Psychotherapeut\*innen mehr als sie sie ablehnen.

Fragestellung 11

Halten Psychotherapeut\*innen Selbstöffnung für einen wichtigen Faktor im Therapieprozess?

Hypothese 11

Psychotherapeut\*innen halten Selbstöffnung für einen nicht sehr wichtigen Faktor im Therapieprozess

Fragestellung 12

Ist der Umgang mit Selbstöffnung während der Psychotherapieausbildung ein Thema?

Hypothese 12

Der Umgang mit Selbstöffnung ist während der Psychotherapieausbildung ein Thema, dass nicht häufig vorkommt.

### 3. Methode

Im Folgenden soll die wissenschaftliche Methodik der vorliegenden Arbeit genauer dargelegt werden, indem der Versuchsplan, die Durchführung, der Ablauf und die Ein- und Ausschlusskriterien der Untersuchung, sowie die statistische Auswertung der gewonnenen Daten nachvollziehbar beschrieben werden.

#### 3.1. Versuchsplan/Untersuchungsdesign

Zur Beantwortung der angeführten Fragestellungen wurde eine Befragungsstudie im Querschnittformat designt, die im Zeitraum von 13. bis 20. Jänner 2020 durchgeführt wurde. Die betreffende Studie wurde in Kooperation mit dem Institut für Angewandte Psychologie, Gesundheit, Entwicklung und Förderung, der Universität Wien im Rahmen einer Diplomarbeit unter der Supervision von Univ.-Prof. Dr. Laireiter durchgeführt.

In der vorliegenden Studie war es von Interesse neue Erkenntnisse zum Thema „Self-Disclosure“, also zur Selbstöffnung österreichischer Psychotherapeut\*innen, in der Therapie zu bekommen. Es sollten Häufigkeit, Ausmaß/Breite, Wahrnehmung und Bewertung durch den/die Psychotherapeut\*in gemessen werden. Um diesbezüglich aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, wurden alle Studienteilnehmer\*innen gebeten, sich auf ihre/n letzte abgeschlossene oder eine bereits weit fortgeschrittene aktuelle Therapie zu beziehen und die gestellten Fragen so genau und korrekt wie möglich zu beantworten. Für die Aussagekraft der Studie war es wichtig sich noch gut an den/die Patient\*in und die Sitzungen mit ihm/ihr erinnern zu können. Keinesfalls sollte es sich um eine anfängliche Therapie handeln.

Es wurde ein passender Fragebogen mittels einer Software für Onlinebefragungen, in diesem Fall mit dem deutschen Onlinetool „SoSci Survey“

(<https://www.soscisurvey.de/>), erstellt und an eingetragene und sich unter Supervision befindliche Psychotherapeut\*innen in Österreich verschickt. Die Emailadressen der Studienteilnehmer\*innen wurden alphabetisch dem Online-Verzeichnis für eingetragene Therapeut\*innen dem österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) entnommen (<https://www.psychotherapie.at/>).

Die Bearbeitungsdauer des Fragebogens betrug ca. 10 Minuten. Um die Gruppe der Studienteilnehmer\*Innen möglichst genau beschreiben zu können und mögliche Zusammenhänge mit Merkmalen der Selbstöffnung berechnen zu können, wurden in anonymisierter Form auch Angaben zur Person (z.B. Alter, Geschlecht, Ausbildung, usw.) erhoben. Eine vollständige Bearbeitung des Fragebogens war wichtig um Rückschlüsse auf die therapeutische Realität ziehen zu können.

Im sozialen Online-Netzwerk „Facebook“ wurde der Link zum erstellten Fragebogen ebenfalls in verschiedenen Gruppen veröffentlicht, um weitere Psychotherapeut\*innen oder Menschen mit Psychotherapeut\*innen im Bekanntenkreis zu erreichen und die Therapeut\*innen so zur Befragung zu motivieren und darauf aufmerksam zu machen.

Der Online-Link war im oben genannten Zeitraum über verschiedene Quellen zugänglich und erlaubte so eine relativ große Stichprobenmenge in kurzer Zeit für die Analyse zu generieren. Der Link wurde ebenfalls an bekannte Therapeut\*innen der Verfasserin verschickt, die sie durch diverse Fortbildungen kennengelernt hatte. Der Link wurde entweder direkt an eingetragene Psychotherapeut\*innen verschickt oder in Foren mit Psychologie- oder Psychotherapiebezug gepostet. Zusätzlich wurde so die Reichweite und Heterogenität der Stichprobe erhöht.

Die Teilnehmer\*innen konnten jederzeit vor oder während der Studie weitere Informationen über Zweck und Ablauf der Studie von der Studienleiterin erfragen. Die Teilnahme an dieser Studie war vollkommen freiwillig und die Teilnehmer konnten jederzeit auch ohne Angabe von Gründen und ohne negative Konsequenzen fürchten zu müssen von sich aus die Studienteilnahme abbrechen. Die Befragung erfolgte vollständig anonym und es wurden keine Daten der Person der Versuchsteilnehmer betreffend (Name, E-Mail-Adresse) erhoben. Sämtliche Daten wurden ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken analysiert. Bei Rückfragen konnten sich die Teilnehmer\*innen gerne an per Mail bei der Versuchsleiterin melden.

### 3.2. Stichprobenbeschreibung

Zusammengesetzt war die Stichprobe aus deutschsprachigen weiblichen, männlichen und inter-Personen, die per Mail rekrutiert wurden. Teilnehmen konnte, wer zum Zeitpunkt der Befragung als Psychotherapeut\*in in die Psychotherapeut\*innenliste eingetragen war oder sich im Status eines/r Psychotherapeut\*in in Ausbildung unter Supervision befand. Ein weiteres Kriterium war mindestens eine Therapie abgeschlossen zu haben oder sich mit einem/r Patient\*in in bereits weiter fortgeschrittener Therapie zu befinden, um sich in den Angaben darauf beziehen zu können. Eine Psychotherapieausbildung in einem früherem Stadium, etwa im Propädeutikum, keine bisherige Erfahrung in der Patientenbehandlung oder ein Patientenbehandlung im Anfangsstadium führten zu einem Ausschluss aus der Online-Befragung.

Die Befragung erfolgte vollständig anonym und es wurden keine Daten der Person der Versuchsteilnehmer betreffend (Name, E-Mail-Adresse) erhoben, wodurch keine individuellen persönlichen Rückschlüsse gezogen werden können.

Der Fragebogen wurde 337 Mal aufgerufen. Davon wurde er von 155 Personen vollständig bearbeitet, sprich sie haben die letzte Seite des Fragebogens erreicht.

Ungültig waren somit jene Fälle, die den Fragebogen nicht abgeschlossen hatten. In SPSS wurden zusätzlich noch jene Datensätze entfernt die über 10 fehlende Antworten hatten.

Die finale Stichprobe ergab somit einen Wert von  $N=151$ .

#### 3.2.1. Alter

Die Studienteilnehmer waren zwischen 29 und 71 Jahre alt. Die überwiegende Mehrheit lag beim Alter im mittleren Bereich, die führenden Altersgruppen waren 40-49 und 50-59 (vgl. Tabelle 2); Der Median lag bei Mitte 50 (55.6).

Tabelle 2:

*Alter der Studienteilnehmer in Altersgruppen*

| ALTERSGRUPPE | N   | %    |
|--------------|-----|------|
| ≤29          | 2   | 1,3  |
| 30-39        | 15  | 9,9  |
| 40-49        | 42  | 27,8 |
| 50-59        | 56  | 37,1 |
| 60-69        | 26  | 17,2 |
| ≥70          | 7   | 4,6  |
| FEHLEND      | 3   | 2,0  |
| GESAMT       | 151 | 100  |

### 3.2.2. Geschlecht

Der überwiegende Teil der Studienteilnehmer, nämlich 76,2% ( $n = 115$ ) identifizierten sich als weiblich. Wohingegen sich 23,8% ( $n = 36$ ) der Stichprobe als männlich bezeichneten. Es gab keine Inter-Personen oder das Ergebnis „keine Angabe“.

### 3.2.3. Berufserfahrung (Jahre)

Die untersuchten Personen wiesen eine durchschnittliche berufliche Tätigkeitsdauer von im Median 15 Jahren (10 bis 19 Jahre; min = 1, max = über 40 Jahre) auf. Eine detaillierte Aufstellung der Verteilung der Berufsdauer zeigt Tabelle 3.

Tabelle 3:

*Berufserfahrung in Jahren (Jahresgruppen)*

| BERUFSERFAHRUNG | N  | %    |
|-----------------|----|------|
| 1 JAHR          | 3  | 2,0  |
| 2-3 JAHRE       | 11 | 7,3  |
| 4-5 JAHRE       | 14 | 9,3  |
| 6-9 JAHRE       | 17 | 11,3 |
| 10-19 JAHRE     | 43 | 28,5 |
| 20-29 JAHRE     | 35 | 23,2 |



Fortsetzung Tabelle 3

| BERUFSERFAHRUNG | N   | %    |
|-----------------|-----|------|
| 30-39 JAHRE     | 18  | 11,9 |
| ≥40 JAHRE       | 5   | 3,3  |
| FEHLEND         | 5   | 3,3  |
| GESAMT          | 151 | 100  |

### 3.2.4. Psychotherapeutische Methode

Mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer\*innen (53.6%;  $n = 81$ ) fühlte sich einer humanistisch-existenzialistischen Orientierung verbunden, gefolgt von Vertreter\*innen der tiefenpsychologisch-psychodynamischen Orientierung ( $n = 32$ ; 21.2%). 23 Personen bekannten sich als der systemischen Orientierung zugehörig und 15 (=9.9%) der kognitiv-behavioralen (vgl. Abbildung 1).

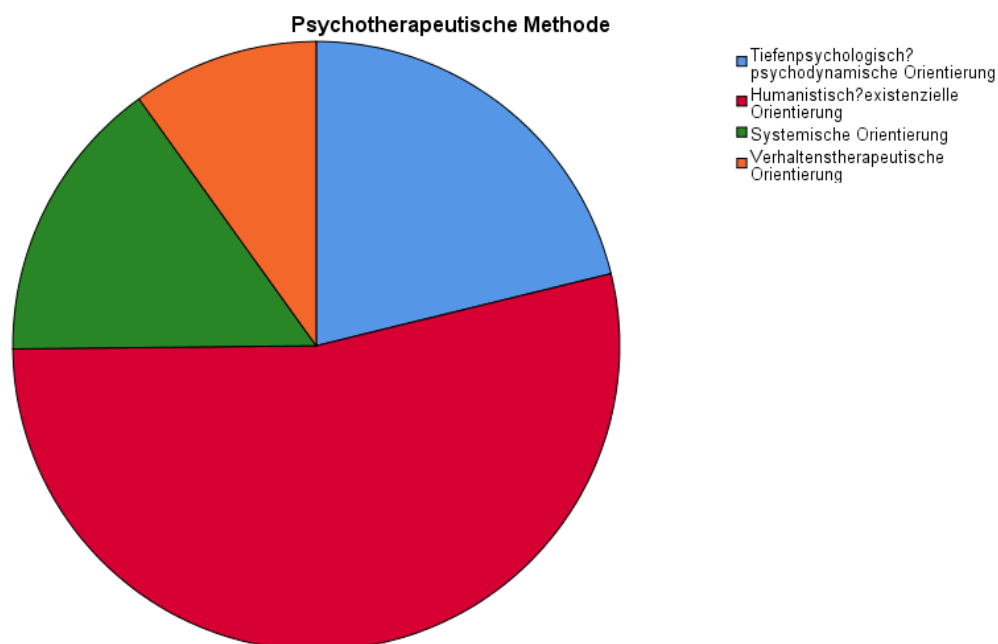


Abbildung 1: Therapeutische Orientierungen der untersuchten Stichprobe

### 3.2.5. Abgeschlossene Ausbildung oder unter Supervision

Von den 151 Personen der Stichprobe hatten 124 (=82.1%) ihre Ausbildung bereits abgeschlossen und waren in die Psychotherapeutenliste eingetragen; entsprechend waren 27 noch in Ausbildung (=17.9%).

### 3.2.6. Eigene Therapie- oder Behandlungserfahrung außerhalb der Ausbildung

101 der 151 (=66.9%) Proband\*innen gaben an eigene Therapieerfahrung außerhalb der Ausbildung gemacht zu haben. 49 (=32.5%) besaßen solche nur im Rahmen der Ausbildung (missing = 1).

## 3.3. Gemessene Variablen

Die Variablen wurden anhand von selbstkonstruierten Skalen erhoben.

### 3.3.1. Einzelne gemessene Variablen

#### 3.3.1.1. Selbstöffnung

Die Variable Selbstöffnung wird hier definiert als das Auftreten von verbalen Mitteilungen, die etwas Persönliches über den/die Therapeut\*in preisgeben. Diese Definition schließt Gestik, Mimik und Auftreten des/r Therapeut\*in aus.

Selbstöffnung wurde als Variable zweimal gemessen, einmal um Rückschlüsse auf die konkrete, von den Befragten ausgewählte Therapie ziehen zu können und einmal in Bezug auf den/die Therapeut\*in und seine/ihre Gesamtheit der Therapien.

##### 3.3.1.1.1. Selbstöffnung in spezifischer Therapie (Ausgewählter Patient)

Diese Skala bezieht sich auf die Annahme, dass die abhängige Variable Häufigkeit von Selbstöffnung von verschiedenen unabhängigen Variablen wie z.B. Ähnlichkeit, Therapiedauer, Allianz, Offenheit Patient, Sympathie gefördert wird. 4 Items erfragen die Häufigkeit der Selbstöffnung in einer

aktuellen oder speziell von dem/r befragten Psychotherapeut\*in  
ausgewählten Therapie.

(Beispielitem: „Bezogen auf den/die vorher beschriebene/n Patient\*in , wie  
häufig haben Sie sich in der Therapie über den Folgenden genannten  
Sachverhalt geäußert: Berufliche Informationen / Persönliche  
Informationen / Weltanschauliche Informationen?“)

#### 3.3.1.1.2. Selbstöffnung allgemein

Diese Skala bezieht sich auf die Annahme, dass die abhängige Variable  
Häufigkeit von Selbstöffnung allgemein von verschiedenen unabhängigen  
Variablen, wie z.B. Nachfrage und positives Feedback gefördert wird. Hier  
wurde eine Skala mit Hilfe von 4 Items erstellt.

(Beispiel: Welche Inhalte von Selbstöffnung kommen in Ihren Therapien in  
welchem Ausmaß vor? Verbaler Bericht über etwas Persönliches /  
Mitteilung von sachlichen Informationen aus Ihrem Leben / Persönliche  
Einsichten und Selbsterkenntnisse)

#### 3.3.1.2. Stellenwert Selbstöffnung

Unter der aus der Literaturrecherche hervorgehenden Annahme, dass  
Therapeut\*innen Selbstöffnung nicht als wichtige Methode im  
Therapieprozess sehen, wurde für die Variable eine Skala mit Hilfe von 4  
Items gemessen.

(Beispiel: „Für wie effektiv halten sie Selbstöffnung in Therapien im  
Allgemeinen?“)

#### 3.3.1.3. Ähnlichkeit zwischen Therapeut und Patient

Unter der Annahme, dass sich Psychotherapeut\*innen mehr gegenüber  
Patient\*innen öffnen, die sie ihnen selbst ähnlich sind, wird hier eine Skala  
der Variable Ähnlichkeit ermittelt. Die wahrgenommene Ähnlichkeit durch  
den/die Therapeut\*in wurde mit einer Skala Eine durch 8 Items erstellt.

(Beispiel: „In welcher Hinsicht sehen Sie Ähnlichkeiten zwischen sich und  
diesem/r Patient\*in? Bildungsstatus / Soziale Herkunft / Einstellung /

Biografie / Psychische Probleme / Persönlichkeit“, „Inwieweit können Sie sich mit ihrem/r Patient\*in identifizieren?“)

#### 3.3.1.4. Therapeutische Allianz

Unter der Annahme, dass sich Therapeut\*innen mehr gegenüber Patient\*innen öffnen, je gefestigter die therapeutische Allianz bereits ist wurde eine Skala mit Hilfe von 5 Items erstellt.

(Beispiel: „Beurteilen Sie bitte, inwieweit folgende Aussagen auf ihre Therapie mit dem/der Patient\*in zutreffen: Unserer therapeutische Arbeit ist/war von guter Zusammenarbeit geprägt“)

#### 3.3.1.5. Offenheit Patient

Unter der Annahme, dass sich Therapeut\*innen mehr gegenüber Patient\*innen öffnen, wenn diese eher verschlossen sind um die therapeutische Allianz zu intensivieren, wurde eine Skala mit 2 Items erstellt.

(Beispiel: „Wie offen war ihr/e Patient\*in Ihnen gegenüber über die Therapie hin?“)

#### 3.3.1.6. Sympathie

Unter der Annahme, dass sich Therapeut\*innen mehr gegenüber Patient\*innen öffnen die ihnen sympathisch sind, wurde hier eine Skala mit Hilfe von 4 Items konstruiert.

(Beispiel: „Wie sympathisch fanden Sie ihre/n Patient\*in?“)

#### 3.3.1.7. Aufforderung zu Selbstöffnung

Unter der Annahme, dass sich Therapeut\*innen mehr gegenüber Patient\*innen öffnen, wenn diese danach fragten, wurde eine Skala mit 1 Item erstellt.

(Beispiel: „In welchem Ausmaß hat ihr/e Patient\*in Sie um Selbstöffnung gebeten bzw. ihnen Fragen zu folgenden Themen gestellt?“)

Beruf/Ausbildung / Privatleben / Persönliche Meinung / Persönliche Erfahrungen / Intime Informationen)

#### 3.3.1.8. Nachkommen der Bitte auf Selbstöffnung

Um die Häufigkeit von Selbstöffnung in Bezug auf die Aufforderung (siehe Variable 3.3.1.9.) zu untersuchen, wurde eine Skala mit 1 Item erstellt.  
(Beispiel: „Sind Sie dieser Bitte nachgekommen?“)

#### 3.3.1.9. Bewusster Einsatz von Selbstöffnung

Unter der Annahme, dass sich Therapeut\*innen bewusster gegenüber Patient\*innen öffnen, je mehr klinische Erfahrung sie haben, wurde eine Skala für den bewussten Einsatz mit 2 Items erstellt.  
(Beispiel: „Wie bewusst setzen Sie Selbstöffnung in ihren Therapien ein?“)

### 3.4. Geplante statistische Auswertung

Im folgenden Abschnitt werden jene statistischen Verfahren beschrieben, die zur Auswertung der vorliegenden Daten verwendet wurden.

Die gesamte statistische Analyse der erhobenen Daten wurde mit IBM SPSS 25 durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde, entsprechend der Irrtumswahrscheinlichkeit, auf  $\alpha = 0.05$  festgelegt.

#### 3.4.1. Umgang mit fehlenden Werten

Es wurde mit unterschiedlichen Stichprobengrößen gerechnet, da manchmal Werte fehlten. Dies ergab sich aus der Möglichkeit beim Fragebogen zur nächsten Frage zu springen ohne die vorherige beantworten zu müssen bzw. durch die Eingabeauswahl der Texteingabe, die nicht von allen Befragten ausgefüllt wurde.

#### 3.4.2. Prüfung der Voraussetzungen für inferenzstatistische Analysen

Die Voraussetzungen für parametrische Verfahren (t-Tests, Korrelation nach Pearson, Regressionsanalysen) (Normalverteilung, Varianzhomogenität) wurden geprüft und waren erfüllt.

#### 3.4.3. Deskriptive Analysen

Für die deskriptive Auswertung wurden Mittelwerte, Standardabweichungen und Häufigkeits- sowie Prozentverteilungen berechnet.

#### 3.4.4. Hypothesenprüfung

Die Überprüfung der Hypothesen erfolgte folgendermaßen:

##### Hypothese 1:

Zur Prüfung, ob österreichische Therapeutinnen Selbstöffnung in ihrer Arbeit als realisiert ansehen, wurden Häufigkeit und Mittelwert ausgegeben und interpretiert.

##### Hypothese 2-9

Die Zusammenhangshypothesen 2-9, die den Zusammenhang verschiedener unabhängiger Variablen – Ähnlichkeit, Therapiedauer, therapeutische Allianz, Offenheit,

Sympathie, positives Feedback, Aufforderung – mit der abhängigen Variable Selbstöffnung zeigen sollen, wurden mittels Korrelation geprüft.

Weiter wurden multiple Regressionen berechnet um die bedeutungsvollsten Zusammenhänge zwischen den unabhängigen Variablen und der abhängigen Variable zu ermitteln und die gegenseitige Abhängigkeit der unabhängigen Variablen zu kontrollieren.

Die Zusammenhangshypothese 9, ob Therapeut\*innen mit mehr Berufserfahrung, Selbstöffnung bewusster einsetzen, wurde ebenfalls mittels Korrelation geprüft.

#### Hypothese 10

Zur Prüfung von Hypothese 10 wurden Häufigkeit und Mittelwert des positiven Feedbacks auf Selbstöffnung herangezogen.

#### Hypothese 11

Zur Überprüfung wurden Häufigkeit und Mittelwert des subjektiven Stellenwertes von Selbstöffnung errechnet.

#### Hypothese 12

Zur Überprüfung wurden Häufigkeit und Mittelwert der Variable „Thema während des Studiums“ errechnet.

## 4. Ergebnisse

In diesem Abschnitt erfolgt die präzise Darstellung der Ergebnisse, die zur Beantwortung der Fragestellungen bzw. zur Prüfung der Hypothesen notwendig sind.

Deskriptive Befunde

### 4.1. Deskriptive Befunde

Die einzelnen Werte befinden sich (außer bei Zahlenangaben zu Therapiedauer oder Berufserfahrung) immer auf einer einheitlichen Skala von 1 bis 5, wobei 1 immer für sehr niedrig/wenig und 5 immer für sehr hoch/oft/viel stand.

#### 4.1.1. Selbstöffnung

##### 4.1.1.1. Selbstöffnung in spezifischer Therapie (Ausgewählte/r Patient\*in)

Tabelle 4

*Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Mediane (Md) der Variable Selbstöffnung spezifisch und der einzelnen Items (N=151)*

|                                        | <i>M</i>    | <i>SD</i>   | <i>Md</i>   |
|----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b><i>Selbstöffnung spezifisch</i></b> | <b>2,20</b> | <b>0,98</b> | <b>2,00</b> |
| <i>Berufliche Informationen</i>        | 2,60        | 0,91        | 2,00        |
| <i>Persönliche Informationen</i>       | 2,28        | 1,25        | 2,00        |
| <i>Weltanschauliche Informationen</i>  | 2,03        | 0,95        | 2,00        |
| <i>Eigene psychische Probleme</i>      | 1,95        | 1,34        | 2,00        |

Die Häufigkeit der Selbstöffnung in der spezifischen, ausgewählten Therapie befindet sich im mittleren bis niedrigen Bereich. Der Mittelwert bei der Mitteilung von beruflichen



Informationen war am höchsten, der von eigenen psychischen Problemen am geringsten, aber immer noch im mittleren bis niedrigsten Bereich.

#### 4.1.1.2. Selbstöffnung allgemein

Tabelle 5

*Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Mediane (Md) der Variable Selbstöffnung gesamt und der einzelnen Items (N=151)*

|                                                                                 | <i>M</i>    | <i>SD</i>   | <i>Md</i>   |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b><i>Selbstöffnung<br/>gesamt</i></b>                                          | <b>2,54</b> | <b>0,54</b> | <b>2,50</b> |
| <i>Unmittelbare<br/>Gefühle auf eine<br/>Äußerung</i>                           | 3,28        | 0,99        | 3,00        |
| <i>Verbaler Bericht<br/>über etwas<br/>Persönliches</i>                         | 1,95        | 0,65        | 2,00        |
| <i>Mitteilung von eher<br/>sachlichen<br/>Informationen aus<br/>ihrem Leben</i> | 2,35        | 0,73        | 2,00        |
| <i>Persönliche<br/>Einsichten oder<br/>Selbsterkenntnis</i>                     | 2,56        | 0,89        | 3,00        |

Die Häufigkeit von Selbstöffnung in den Therapien der Befragten generell lag im mittleren Bereich. Am häufigsten waren unmittelbare Gefühle auf die Äußerung des/der Patient\*in, sowie Mitteilen von persönlichen Einsichten oder Selbsterkenntnis. Der direkte verbale Bericht über etwas Persönliches kam am seltensten vor.

#### 4.1.1.3. Stellenwert Selbstöffnung

Tabelle 6

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Mediane (Md) der Variable Stellenwert Selbstöffnung und der einzelnen Items (N=151)

|                                                                 | M           | SD          | Md          |
|-----------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Stellenwert Selbstöffnung</b>                                | <b>3,13</b> | <b>0,78</b> | <b>2,25</b> |
| <i>Persönlicher Stellenwert</i>                                 | 3,19        | 0,84        | 3,00        |
| <i>Subjektive Effektivität</i>                                  | 3,26        | 0,83        | 3,00        |
| <i>Geschätzte Effektivität im Vergleich zu anderen Methoden</i> | 3,05        | 1,01        | 3,00        |
| <i>Intendierte Selbstöffnung als Teil der Therapie</i>          | 3,01        | 1,01        | 3,00        |

Der Stellenwert von Selbstöffnung lag im mittleren Bereich. Persönlicher Stellenwert und Effektivität wurden von den Befragten als moderat eingestuft.

#### 4.1.1.4. Ähnlichkeit zwischen Therapeut und Patient

Wie aus Tabelle 7 ersichtlich lag die subjektiv beurteilte Ähnlichkeit zwischen Therapeut\*in und Patient\*in in einem ebenfalls mittleren Bereich.

Tabelle 7

Mittelwert (M), Standardabweichung (SD) und Median (Md) der Variable geschätzte Ähnlichkeit zwischen Therapeut und Patient durch Therapeut (N=151)

|                                                  | M           | SD          | Md          |
|--------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Ähnlichkeit<br/>Therapeut und<br/>Patient</b> | <b>2,28</b> | <b>0,67</b> | <b>2,25</b> |

#### 4.1.1.5. Therapiedauer

Tabelle 8

Mittelwert (M), Standardabweichung (SD) und Median (Md) der Variable Therapiedauer in Anzahl bis zum Erhebungszeitpunkt absolvierter Sitzungen (N=151)

|                                             | M            | SD           | Md        |
|---------------------------------------------|--------------|--------------|-----------|
| <b>Therapiedauer<br/>(Anzahl Sitzungen)</b> | <b>60,48</b> | <b>50,82</b> | <b>45</b> |

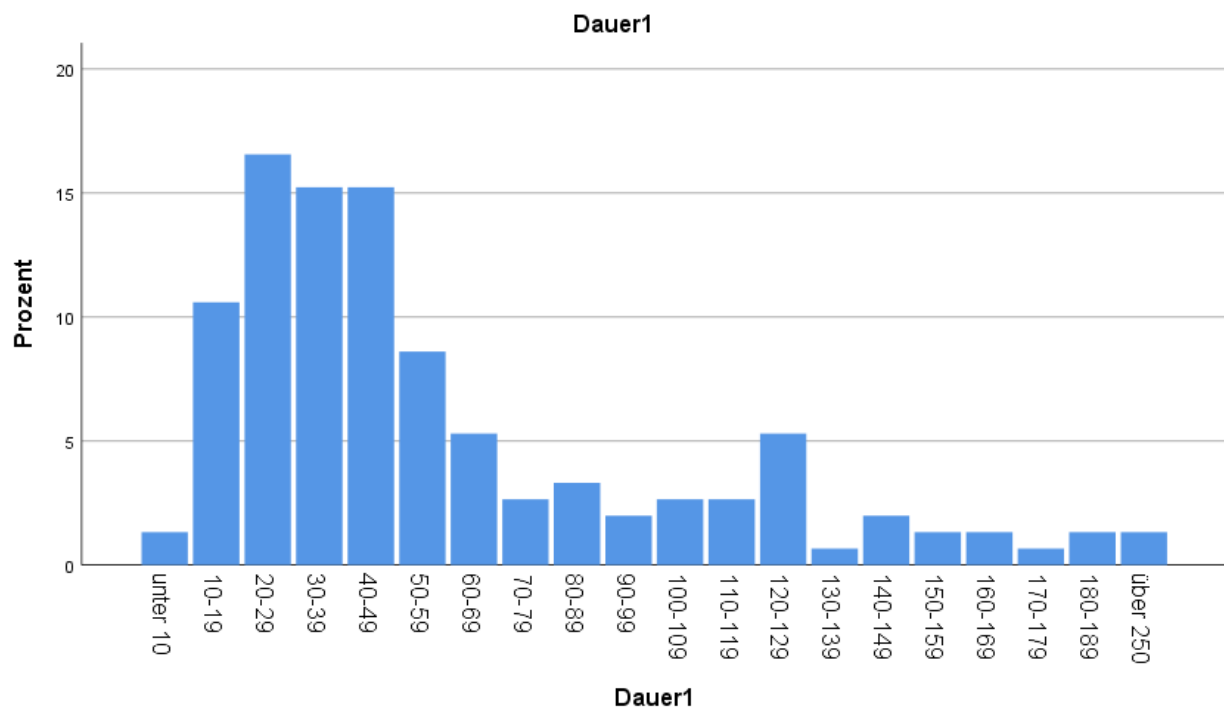


Abbildung 2: Prozentverteilungen Therapiedauer in Sitzungen

Im Durchschnitt hatten die Befragten mit ihren Patient\*innen 60 Sitzungen. Das Minimum waren 12, das Maximum 300 Sitzungen. Ein Befragter gab nur 1 Sitzung an und wurde somit von der Befragung ausgeschlossen.

#### 4.1.1.6. Therapeutische Allianz

Tabelle 9

*Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Mediane (Md) der Variable Therapeutische Allianz und deren Items (N=151)*

|                                               | <i>M</i>    | <i>SD</i>   | <i>Md</i>   |
|-----------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b><i>Therapeutische Allianz - gesamt</i></b> | <b>4,47</b> | <b>0,46</b> | <b>4,60</b> |
| <i>Gute Zusammenarbeit</i>                    | 4,56        | 0,62        | 5,00        |
| <i>Übereinstimmung bei Zielen</i>             | 4,45        | 0,62        | 4,50        |
| <i>Achtung voreinander</i>                    | 4,71        | 0,54        | 5,00        |
| <i>Gemeinsames Hinarbeiten auf Ziele</i>      | 4,50        | 0,56        | 5,00        |
| <i>Stärke der Beziehung</i>                   | 4,14        | 0,78        | 4,00        |

Das Ausmaß der therapeutischen Allianz in der spezifischen Therapie lag aus Sicht der befragten Therapeut\*innen im gehobenen bis hohen Bereich.

#### 4.1.1.7. Offenheit Patient

Die Offenheit der/s Patient\*in wird von den Befragten durchschnittlich als hoch angegeben (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Mediane (Md) der Variable Offenheit Patient und deren Items (N=151)

|                                      | <i>M</i>    | <i>SD</i>   | <i>Md</i>   |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Offenheit Patient<br/>gesamt</b>  | <b>4,21</b> | <b>0,68</b> | <b>4,50</b> |
| Offenheit gegenüber<br>Therapeut     | 4,23        | 0,76        | 4,00        |
| Flüssigkeit des<br>Gesprächsverlaufs | 4,19        | 0,68        | 4,00        |

#### 4.1.1.8. Sympathie

Tabelle 11

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Mediane (Md) der Variable Sympathie und deren Items (N=151)

|                                                                    | <i>M</i>    | <i>SD</i>   | <i>Md</i>   |
|--------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Sympathie</b>                                                   | <b>3,45</b> | <b>0,67</b> | <b>3,50</b> |
| Sympathie<br>gegenüber Patient                                     | 4,11        | 0,84        | 4,00        |
| Vorfriede auf<br>Therapie                                          | 3,79        | 0,88        | 4,00        |
| Würde gerne mit<br>ihm/ihr als Mensch<br>befreundet sein<br>wollen | 1,83        | 0,98        | 1,00        |
| Ich mag ihn/sie                                                    | 4,05        | 0,85        | 4,00        |

Die ausgeprägte Sympathie gegenüber dem/der ausgewählten Patient\*in lag im mittleren bis hohen Bereich. Es gab jedoch eine Ausnahme bei der Sympathie: Im

Durchschnitt konnten sich nur 1,83% vorstellen mit ihrem/r Patient\*in auch befreundet zu sein.

#### 4.1.1.9. Aufforderung zu Selbstöffnung

Tabelle 12

*Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Mediane (Md) der Variable Aufforderung zur Selbstöffnung und deren Items (N=151)*

|                                       | <i>M</i>    | <i>SD</i>   | <i>Md</i>   |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Aufforderung zur Selbstöffnung</b> | <b>2,07</b> | <b>0,72</b> | <b>2,00</b> |
| <i>Zu Beruf/Ausbildung</i>            | 2,06        | 0,92        | 2,00        |
| <i>Zu Privatleben</i>                 | 1,62        | 0,92        | 1,00        |
| <i>Zu persönlicher Meinung</i>        | 2,98        | 1,51        | 3,00        |
| <i>Zu persönlichen Erfahrungen</i>    | 2,51        | 1,09        | 3,00        |
| <i>Zu intimen Informationen</i>       | 1,19        | 0,58        | 1,00        |

Nach Angaben der befragten Therapeuten ( $n = 151$ ) wurden diese im Schnitt „manchmal“ zur Selbstöffnung aufgefordert ( $M = 2,07$ ;  $Md = 2,0$ ;  $SD = 0,72$ ).

#### 4.1.1.10. Häufigkeit Selbstöffnung nach Aufforderung (Nachkommen der Bitte)

Nach Angaben der befragten Therapeuten ( $n = 149$ ) kamen diese der Bitte im Schnitt „hin und wieder“ nach ( $M = 2,98$ ;  $Md = 3,0$ ;  $SD = 0,95$ ). Diese Skalenausprägung ist gleichzeitig auch die am häufigsten gewählte ( $n = 76$ ; 51%).

#### 4.1.1.11. Bewusster Einsatz von Selbstöffnung

Auf die Frage, in welchem Ausmaß die Therapeut\*innen Selbstöffnung bewusst als therapeutische Methode einsetzen, wurde im Schnitt eine mittlere Häufigkeit zwischen wenig und viel angegeben ( $M = 2.98$ ;  $Md = 3.0$ ;  $SD = 0.90$ ). Diese Antwortalternative wählten insgesamt 55 Personen (=37.2%). 50 (33.8%) gaben an sie gar nie oder wenig einzusetzen und 43 (29.1%) häufig oder sehr häufig.

Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auf die Frage nach der selbst intendierten Selbstöffnung als Element der Therapie; auch hier wurde im Schnitt am häufigsten die mittlere Antwortalternative gewählt ( $M = 3.01$ ;  $Md = 3.0$ ;  $SD = 0,90$ ).

#### 4.2. Reliabilitätsanalysen (Cronbach's Alpha)

Um die Reliabilität der Skalen zu bestimmen, wurde die interne Konsistenz nach Cronbach (Cronbach's Alpha) für die Skalen berechnet. Die interne Konsistenz lag zwischen .53 und .87. Wie aus Tabelle 13 ersichtlich, sind die Konsistenzen der Skalen „Selbstöffnung allgemein“ und „Offenheit“ inakzeptabel gering, alle anderen befinden sich in einem akzeptablen bis hohen Bereich.

Tabelle 13:

*Skalenreliabilitäten nach Cronbach's Alpha (N = 151)*

| Skalenname                          | Cronbach's Alpha |
|-------------------------------------|------------------|
| Selbstöffnung spezifisch            | .81              |
| Selbstöffnung allgemein             | .53              |
| Stellenwert Selbstöffnung           | .87              |
| Ähnlichkeit                         | .79              |
| Therapeutische Allianz              | .79              |
| Offenheit                           | .63              |
| Sympathie                           | .74              |
| Aufforderung zur Selbstöffnung      | .81              |
| Bewusster Einsatz von Selbstöffnung | .78              |

#### 4.3. Hypothesenüberprüfung

Hypothese 1: Die Selbstöffnung von Psychotherapeut\*innen wird von fast allen Befragten als allgemeines Phänomen durch unterschiedliche Aspekte in der Therapie wahrgenommen und von fast allen Befragten in ihrer Arbeit als realisiert angegeben.

Die Selbstöffnung in der spezifischen Therapie wurde mit einer Skala von 1-5 (1= nie, 5= sehr oft/jede Sitzung) gemessen. Die Hypothese, dass ein Großteil der befragten Psychotherapeut\*innen Selbstöffnung in ihrer Arbeit als realisiert angibt (Werte über 1), konnte bestätigt werden (vgl. Tabelle 4): Nur 6% Prozent der Befragten gaben an, dass Selbstöffnung in keiner Form (Wert 1) in ihrer angegebenen Therapie stattgefunden hat. Der überwiegende Teil, nämlich 94% gaben an, dass verbale Selbstöffnung in irgendeiner Art und Weise in der spezifischen Therapie stattfand.

Auch bei den Angaben zur Selbstöffnung in den Therapien der Befragten generell konnte die obige Hypothese bestätigt werden (vgl. Tabelle 5). Hier gaben 0,7% gaben an, dass Selbstöffnung nie in den vom Test erfragten Formen vorgekommen sei.

#### Hypothese 2

Psychotherapeut\*innen öffnen sich mehr gegenüber Patient\*innen, die sie ihnen selbst als ähnlich wahrnehmen.

H2: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Selbstöffnung spezifisch und Ähnlichkeit zwischen Therapeut und Patient.

Die statistische Analyse ergab, dass die Häufigkeit der Selbstöffnung in der spezifischen Therapie mit der wahrgenommen Ähnlichkeit zwischen Patient und Therapeut nicht korreliert. Die entsprechende Korrelation war nicht signifikant. ( $r = .037$ ,  $p = .65$ ;  $N=151$ ).

Da Korrelation nicht signifikant war/ist, ist eine Regressionsanalyse nicht sinnvoll.

#### Hypothese 3

Psychotherapeut\*innen öffnen sich mehr und persönlicher, je fortgeschrittener die Therapie ist, sprich je öfter sie sich mit dem/der Patient\*in gearbeitet haben.



H3: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Selbstöffnung spezifisch und Therapiedauer.

Die Häufigkeit der Selbstöffnung in der spezifischen Therapie und die Therapiedauer (Anzahl der Sitzungen) korrelieren nicht signifikant miteinander ( $r = .078$ ;  $p = .365$ ;  $N = 151$ ).

#### Hypothese 4

Psychotherapeut\*innen öffnen sich mehr und persönlicher je gefestigter sie die psychotherapeutische Allianz und die Beziehung zwischen sich und dem/der Patient\*in einschätzen.

H4: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Selbstöffnung spezifisch und der therapeutischen Allianz.

Die Häufigkeit der Selbstöffnung in der spezifischen Therapie und die Qualität der therapeutischen Allianz zwischen Patient und Therapeut korrelieren nicht signifikant miteinander ( $r = -.065$ ,  $p = .428$ ;  $N = 151$ ).

#### Hypothese 5

Psychotherapeut\*innen öffnen sich bei noch nicht gefestigter Allianz zum/r Patient\*in mehr um die Therapeut-Klient-Beziehung zu intensivieren bzw. zu verbessern.

49%, also fast die Hälfte der Befragten, gaben an Selbstöffnung etwas zu benutzen um die Beziehung zu ihrem Klienten/ihrer Klientin zu verbessern. 31.8% gaben an sie mittelstark dafür zu verwenden. Ca. 10% gaben an sie gar nicht dafür zu verwenden und die restlichen 10% gaben an sie stark oder sehr stark dafür zu verwenden ( $M = 2,41$ ;  $Md = 2,00$ ;  $SD = 0,81$ ;  $N=151$ ).

Da die niedrigen Ausprägungen „gar nicht“ und „etwas“ zusammengefügt 58,9% ergeben, also mehr als die Hälfte, kann die Hypothese jedoch nicht angenommen

werden.

#### Hypothese 6

Psychotherapeut\*innen öffnen sich ihnen sympathischen Patient\*innen mehr und persönlicher als Patient\*innen die sie persönlich als unsympathisch wahrnehmen.

H6: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Selbstöffnung in der spezifischen Therapie und der Sympathie gegenüber dem Patienten.

Die Häufigkeit der Selbstöffnung in der spezifischen Therapie und die Sympathie für den/die Klient\*in korrelieren schwach negativ miteinander und sind nicht signifikant ( $r = -.142$ ,  $p = .083$ ;  $n = 150$ ).

Die Hypothese kann also nicht angenommen werden.

#### Hypothese 7.1.

Psychotherapeut\*innen öffnen sich mehr, je mehr Berufserfahrung sie haben.

H7.1. Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Selbstöffnung allgemein und Berufserfahrung.

Die Häufigkeit der Selbstöffnung in Therapien allgemein und das Ausmaß der Berufserfahrung korrelieren nur schwach negativ miteinander; die Korrelation ist nicht signifikant ( $r = -.144$ ,  $p = .094$ ;  $n = 137$ ).

Die Hypothese kann also nicht angenommen werden.

#### Hypothese 7.2.

Psychotherapeut\*innen die mehr Berufserfahrung haben, geben an Selbstöffnung als bewusst intendierte Methode einzusetzen.

H7.2. Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen bewusst eingesetzter Selbstöffnung und der Berufserfahrung.

Der bewusste Einsatz von Selbstöffnung und das Ausmaß der Berufserfahrung korrelieren nur schwach negativ miteinander; die Korrelation ist nicht signifikant ( $r = -.109$ ;  $p = 0,206$ ;  $n = 137$ ). Hypothese 7 kann nicht angenommen werden.

#### Hypothese 8

Psychotherapeut\*innen öffnen sich mehr, je positivere Rückmeldung sie dafür von ihren Patient\*innen in der Vergangenheit bekommen haben.

H8: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen allgemeiner Selbstöffnung und positivem Feedback.

Die Häufigkeit der Selbstöffnung allgemein und das positive Feedback korrelieren schwach positiv miteinander; die Korrelation ist signifikant ( $r = .168$ ,  $p = .039$ ;  $N = 151$ ). Hypothese 8 kann daher angenommen werden.

#### Hypothese 9

Psychotherapeut\*innen öffnen sich mehr und persönlicher, wenn sie von ihren Patient\*innen danach gefragt bzw. gebeten werden.

H9: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Nachfrage bzw. Aufforderung zur Selbstöffnung und Selbstöffnung durch Nachkommen dieser Bitte.

Die Aufforderung zur Selbstöffnung und die entsprechende Selbstöffnung korrelieren schwach positiv miteinander; die Korrelation ist signifikant ( $r = .228$ ,  $p = .005$ ;  $n = 149$ ). Hypothese 9 kann daher angenommen werden.

#### Hypothese 10

Patient\*innen schätzen die Selbstöffnung ihrer Psychotherapeut\*innen mehr als sie sie ablehnen.

Das von den Befragten angegebene positive Feedback für Selbstöffnung bewegte sich im unteren Durchschnitt ( $M = 1,19$ ;  $Md = 1,20$ ;  $SD = 0,36$ ;  $N=151$ ).

Hypothese 10 wird demnach nicht angenommen.

#### Hypothese 11

Psychotherapeut\*innen halten Selbstöffnung für keinen wichtigen Faktor im Therapieprozess

Der Stellenwert von Selbstöffnung ergab einen Mittelwert von 3.1 ( $Md = 3.25$ ;  $SD = 0.78$ ;  $N = 151$ ). Er liegt somit im mittlern Bereich. 1,3% gaben an, dass Selbstöffnung keinerlei Stellenwert für sie hätte. 3% gaben den höchsten Stellenwert an. Mehr als die Hälfte der Befragten, nämlich 52,9% gaben einen durchschnittlichen Stellenwert an.

Hypothese 11 wird demnach angenommen.

#### Hypothese 12

Der Umgang mit Selbstöffnung ist während der Psychotherapieausbildung ein vernachlässigtes Thema.

7.9% ( $n = 12$ ) der Proband\*innen gaben an, dass der Umgang mit Selbstöffnung nie ein Thema ihrer Ausbildung war, bei 36.4% ( $n = 55$ ) war er selten Thema (Gesamt: 44.3%;  $n = 67$ ). Dem stehen 53 Personen (35.1%) gegenüber, die davon in ihrer Ausbildung immer wieder gehört haben, 20 (13.2%) gaben an, damit oft konfrontiert worden zu sein und 11 (7.3%) sogar sehr oft (Gesamt:  $n = 84$ , 55.6%). Vergleicht man die Werte von selten und nie mit immer wieder bis sehr oft, so zeigt sich ein leichtes Überwiegen dessen, dass Selbstöffnung ein Thema in der Ausbildung war. Verstärkt wird dieser Trend, wenn man die Kategorie „selten“ ebenfalls zur „Themengruppe“ hinzufügt (7.9% vs. 92.1%); Dadurch wird klar, dass das Thema in Ausbildungen üblicherweise behandelt wird.

Hypothese 12 ist somit ebenfalls zurückzuweisen.

#### 4.4. Weiterführende statistische Auswertungen:

Ursprünglich war zur Feststellung, welche der untersuchten Variablen mit der Selbstöffnungsbereitschaft am höchsten korreliert, geplant eine multiple Regressionsanalyse zu rechnen. Aufgrund der Tatsache, dass nur eine Variable mit der Selbstöffnung signifikant korrelierte, musste auf diese Auswertung verzichtet werden.

## 5. Diskussion

### 5.1. Diskussion Selbstöffnung

Am Beginn dieses Abschnittes soll noch einmal eine kurze Zusammenfassung der Untersuchungsziele und der Ergebnisse stehen. Diese sollen in Beziehung zu den Zielen und den eingangs erwähnten Hypothesen gesetzt werden. Die Ergebnisse werden anschließend in Bezug zur Literatur und zum bisherigen Wissensstand gesetzt. Ebenso sollen an dieser Stelle plausible Erklärungen für unerwartete Ergebnisse und potenzielle Einschränkungen der Studie diskutiert werden.

Den Abschluss werden ein Ausblick und mögliche Implikationen für die Praxis bilden.

Die Aufgabe und das Ziel der vorliegenden Arbeit war es die Selbstöffnungsbereitschaft von Psychotherapeut\*innen hinsichtlich der Häufigkeit ihres Auftretens und wichtiger Korrelate zu analysieren. Die zentrale Forschungsfrage lautete: Unter welchen Bedingungen und in welchem Ausmaß öffnen sich österreichische Psychotherapeut\*innen in ihren Therapien. Dies wurde einerseits im Hinblick auf eine spezifische – entweder eine aktuelle fortgeschrittene Therapie oder eine dem oder der Therapeut\*in noch gut erinnerbare – Therapie untersucht und andererseits auf die gesamten Therapien der Befragten.

Bei der Studie wurde von der Annahme ausgegangen worden, dass Selbstöffnung ein allgemein vorkommendes Phänomen in den untersuchten Therapien österreichischer Psychotherapeut\*innen darstellt (Hypothese 1).

In Bezug auf die Korrelate wurde folgendes angenommen: Therapeut\*innen sind eher bereit sind sich zu öffnen, wenn sie ihre/n Patient\*in als ähnlich erleben (Hypothese 2). Sie öffnen sich mehr, je fortgeschrittener die Therapie ist, das bedeutet, je höher die Zahl der Sitzungen mit dem/der jeweiligen Patient\*in ist (Hypothese 3).

Eine weitere Annahme war, dass sich die Therapeuten bei einer guten Allianz zwischen sich und dem/der Patient\*in, also einer gefestigten therapeutischen Allianz eher öffnen (Hypothese 4). Den Hypothesen liegt die Annahme zu Grunde, dass es ein gewisses Maß an Vertrautheit, aufgebaut durch Zeit, gute Zusammenarbeit und Kongruenz, braucht damit auch der Therapeut bereit ist, etwas über sich selbst preis zu geben.

In Bezug auf die therapeutische Allianz gab es jedoch eine weitere Annahme, die aus der Literaturrecherche abgeleitet werden konnte. Die Hypothese lautete, dass sich Therapeut\*innen eher dann öffnen, wenn die therapeutische Allianz noch nicht gefestigt ist, um diese zu intensivieren und zu stärken (Hypothese 5).

Eine andere Hypothese war, dass Therapeut\*innen sich mehr öffnen, je sympathischer ihnen ein/e Patient\*in ist (Hypothese 6).

Auch hinter der Variablen „Berufserfahrung“ wurde ein Einfluss auf die Häufigkeit und das Ausmaß von Selbstöffnung vermutet. Es wurde angenommen, dass sich Psychotherapeut\*innen mit mehrjähriger Berufserfahrung mehr öffnen als welche mit weniger Berufserfahrung (Hypothese 7.1) Dieser Hypothese liegt die Annahme zugrunde, dass „jüngere“ Psychotherapeut\*innen noch unsicher im Umgang mit Selbstöffnung und deren Einsatz in der Therapie sind. Hier wurde zusätzlich angenommen, dass Psychotherapeut\*innen die schon mehr Berufserfahrung haben, also länger als Therapeut\*innen tätig sind, Selbstöffnung bewusst in ihrer Therapie einsetzen (Hypothese 7.2.)

Dass Psychotherapeut\*innen sich mehr öffnen, wenn sie in der Vergangenheit positive Rückmeldungen bekommen haben war ebenfalls eine Hypothese (Hypothese 8).

Auch wenn sie von ihren Patient\*innen dazu aufgefordert wurden, war ebenfalls eine Annahmen, die durch diese Studie überprüft werden sollten (Hypothese 9).

Es wurde außerdem angenommen, dass die Patient\*innen der befragten Therapeut\*innen Selbstöffnung mehr schätzen als sie es ablehnen und ihrem/r Therapeut\*in dafür positives Feedback geben (Hypothese 10).

In Bezug auf die Einstellung wurde durch die Literaturanalyse die Hypothese angenommen, dass österreichische Psychotherapeut\*innen Selbstöffnung einen eher geringen Stellenwert zumessen (Hypothese 11).

Die letzte Hypothese lautete, dass das Thema Selbstöffnung in der psychotherapeutischen Ausbildung eher vernachlässigt wird, also nicht so häufig behandelt wird (Hypothese 12).

Im Folgenden sollen die einzelnen Ergebnisse diskutiert und Erklärungen für die großteils nicht bestätigten Hypothesen gefunden werden.

Die Ergebnisse der Studie bestätigen die angeführten Erwartungen und Hypothesen nur sehr begrenzt. So konnte zwar festgestellt werden, dass Selbstöffnung in den untersuchten Therapien in einem mittleren Häufigkeitsausmaß vorkommt, dass diese aber nur mit wenigen der gefragten Variablen korrelierte und erklärt werden konnte.

Die Hypothese, dass ein Großteil der befragten Psychotherapeut\*innen Selbstöffnung in ihrer Arbeit als realisiert angibt, konnte bestätigt werden. Nur 6% Prozent der Befragten gaben an, dass Selbstöffnung in keiner Form in ihrer angegebenen erinnerten Therapie vorgekommen sei. Bei der Gesamtheit der Therapien der einzelnen Therapeut\*innen gaben sogar nur 0,7% an, dass Selbstöffnung in ihren Therapien noch nie vorgekommen sei. Die Hypothese 1 konnte somit bestätigt werden.

Die statistische Analyse ergab, dass die Häufigkeit der Selbstöffnung in der spezifischen Therapie mit der wahrgenommen Ähnlichkeit zwischen Patient und Therapeut schwach korreliert. Die entsprechende Korrelation war jedoch nicht signifikant. Dieses Ergebnis kann entweder damit erklärt werden, dass die interne Konsistenz der Skalen nicht ausreichend war oder die Stichprobe zu klein.

Es konnte ebenfalls keine signifikante Korrelation festgestellt werden zwischen dem Ausmaß an Selbstöffnung und der Therapiedauer, ebenfalls nicht zwischen der Häufigkeit der Selbstöffnung und der Stärke der therapeutischen Allianz. Auch die Sympathie sowie die Berufserfahrung der/s Psychotherapeut\*in korrelierten nicht signifikant mit Selbstöffnung.

Diese Ergebnisse könnten ebenfalls durch eine geringe interne Konsistenz der Skalen erklärt werden – so lag z.B. die Skala „Selbstöffnung allgemein“ im inakzeptablen Bereich. Ein anderer Grund könnte auch die zu kleine Stichprobe gewesen sein.

Es konnte festgestellt werden, dass 49% der Befragten Selbstöffnung schon einmal dafür benutzt zu haben um die therapeutische Allianz zu ihrem/r Patient\*in zu verbessern. Was für Hypothese 5 sprechen würde. Jedoch gaben zusammengerechnet mehr als die Hälfte nämlich 58,9% an sie „gar nicht“ oder „etwas“ dafür zu benutzen, wodurch nicht angenommen werden kann, dass die Verbesserung der therapeutischen Allianz ein direkter Einflussfaktor auf das Ausmaß von Selbstöffnung ist.



Dass Selbstöffnung von Therapeut\*innen mit mehr Berufserfahrung bewusster eingesetzt wird, konnte ebenfalls nicht bestätigt werden. Die Korrelation war hier eine negative und ebenfalls nicht signifikant. Dies könnte ebenfalls mit einer zu kleinen Stichprobengröße zusammenhängen oder damit, dass das Phänomen „bewusster Einsatz“ im Hinblick auf die Berufserfahrung nicht genau erfasst wurde und die Skala zu ungenau war.

Bestätigt werden konnte durch die Studie jedoch die Annahme, dass Therapeut\*innen sich mehr öffneten, je mehr positive Rückmeldung sie von den Patient\*innen dafür in der Vergangenheit bekommen hatten. Die Korrelation liegt hier im niedrigen Bereich, der Einfluss von positivem Feedback auf das Ausmaß auf die Häufigkeit von Selbstöffnung ist also nur gering.

Ebenfalls bestätigt werden konnte die Annahme, dass Psychotherapeut\*innen sich öffnen, wenn sie von ihren Patient\*innen darum gebeten werden. Hier liegt ebenfalls ein schwach positiver signifikanter Zusammenhang vor.

Die Hypothese der Studie, ob Patient\*innen Selbstöffnung mehr schätzen, als sie sie ablehnen konnte hier nicht bestätigt werden. Das positive Feedback der Patient\*innen an ihre Therapeut\*innen für deren Selbstöffnung liegt eher im niedrigen Bereich. Zu erwähnen ist hier jedoch, dass hier explizit nach dem direkten Feedback der Patient\*innen an die Therapeut\*innen gefragt wurde. Um diese Hypothese zu untersuchen, wäre an dieser Stelle eine Patientenerhebung sinnvoller, da die Wertschätzung des erfragten Phänomens nur unzureichend über direktes Feedback an den/die Therapeut\*in erfasst werden kann.

Die Studie bestätigte auch, dass österreichische Psychotherapeut\*innen Selbstöffnung im Therapieprozess für keinen so wichtigen Faktor halten, da sie dieser im Schnitt nur einen durchschnittlichen Wert in Bezug auf Effektivität und persönlichen Stellenwert beigemessen haben.

Sie befragten österreichischen Therapeut\*innen gaben außerdem an, dass das Thema in ihren Ausbildungen jedoch üblicherweise behandelt wird, was der Hypothese der Vernachlässigung widerspricht. Nur 7,9% gaben an, dass es in ihrer Ausbildung nie vorgekommen sei. Die Hypothese, dass Selbstöffnung ein vernachlässigtes Thema

während der Ausbildung sei, ist demnach ebenfalls zurückzuweisen. 35% gaben an, dass es in ihrer Ausbildung immer wieder vorgekommen sei.

Ursprünglich war geplant zu untersuchen, welche der gemessenen Variablen den größten Einfluss auf die Selbstöffnungsbereitschaft hat. Aufgrund der Tatsache, dass nur zwei der sieben beschriebenen Variablen mit der Selbstöffnung signifikant korrelierten, nämlich „positive Rückmeldung“ und „Aufforderung“, wurde auf eine multiple Regressionsanalyse verzichtet.

Die Ergebnisse der Studie, zeigen jedenfalls dass Rückmeldung und Aufforderung Faktoren sind, welcher sich auf die Bereitschaft zur Selbstöffnung auswirken. Dies könnte damit zu erklären sein, dass Selbstöffnung von Psychotherapeut\*innen kein starres Konzept im Therapiekontext darstellt, sondern ein dynamischer Prozess ist, der durch das Feedback und die Wünsche des/der Patient\*in mitbestimmt wird.

## 5.2. Limitationen

Trotz akzeptabler Stichprobengröße ( $N=151$ ) ist diese vergleichsweise doch sehr klein (ca. 1.51% der Gesamtzahl an Psychotherapeut\*innen in Österreich) und daher auch nicht repräsentativ. Die Rücklaufquote war mit 6,23% ebenfalls sehr niedrig, da der Fragebogen von ca. 2304 angeschriebenen Psychotherapeut\*innen, von nur 155 vollständig bearbeitet wurde. Die Befragung wurde von 63 Personen abgebrochen. Eine weitere Limitation könnte sein, dass hauptsächlich Psychotherapeut\*innen an der Befragung teilgenommen haben, die sich für das Thema Selbstöffnung interessieren oder sich ebenfalls schon einmal im wissenschaftlichen Kontext damit beschäftigt haben und daher nicht unvoreingenommen waren.

Die Studie war außerdem dadurch limitiert, dass die internen Konsistenzen der Skalen (z.B. „Selbstöffnung spezifisch“ und „Offenheit Patient“) sehr niedrig war. Hier wurden wahrscheinlich zu wenige oder zu unterschiedliche Items verwendet, die zu einer Verzerrung der Skala geführt haben.

In Bezug auf die Studie lässt sich außerdem sagen, dass eine retrospektive Einpunktmessung das Phänomen Selbstöffnung, das eigentlich einen dynamischen Prozess repräsentiert, nicht adäquat abbildet. Zukünftige Studien sollten dieses in realen Therapien z.B. durch Beobachtungsmethoden erfassen.

Ferner sind die Ergebnisse einer solchen Studie nur mit Vorsicht zu interpretieren, da es sich nicht um Häufigkeitsmessungen in der Praxis handelt, sondern um Einschätzungen und Erinnerungsangaben der jeweiligen Psychotherapeut\*innen. Des Weiteren war einigen Befragten, so wie sie das im Feedback per Mail angaben, die Definition von Selbstöffnung nicht immer klar. Einige Formulierungen waren nicht eindeutig, sondern sehr allgemein gehalten.

### 5.3. Implikationen für weitere Forschung und die Praxis

Selbstöffnung wird durch viel mehr Faktoren beeinflusst, als an dieser Stelle erfasst worden sind. Diese sollten in weiterführenden Studien differenzierter und umfangreicher

Die verwendete Skalen besaßen zwar größtenteils adäquate psychometrische Qualität, erfassen die untersuchten Phänomene aber dennoch z.T. sehr selektiv. Aus ökonomischen Gründen wurde auf die Verwendung breit evaluierter, jedoch insgesamt umfangreicherer Skalen zur Erfassung der untersuchten Phänomene verzichtet. Zukünftige Studien sollten aber aus Gründen der Vergleichbarkeit auf evaluierte Verfahren zurückgreifen.

Für weitere Untersuchungen wäre es interessant die Einflussfaktoren auf die Selbstöffnungsbereitschaft nochmals genauer zu untersuchen und die Repräsentativität der Stichprobe zu erhöhen. Selbstöffnung ist ein dynamischer Prozess, eine Messung allein reicht nicht aus, weshalb Mehrpunktmessungen zu empfehlen sind.

Es wäre zu empfehlen zu untersuchen, ob Selbstöffnung nicht von einzelnen Patient\*innen- oder Therapiemerkmalen abhängig ist, sondern vor allem mit der Persönlichkeit der/des Therapeuten korreliert.

Da eingangs mehrere positive Effekte vorgestellt wurden, die Selbstöffnung auf den psychotherapeutischen Prozess haben kann, wäre es sinnvoll hier durch spezielle Trainings und verstärkte Aufklärung deren Einsatz zu schulen. Dies könnte auch bei Psychotherapeut\*innen sinnvoll sein, deren Persönlichkeit und Therapiestil gerade nicht mit Selbstöffnung korreliert. Einen guten Leitfaden zum Umgang mit Selbstöffnung lieferten wie eingangs erwähnt Hill und Knox (2002), die praktische Beispiele mit wissenschaftlicher Evidenz anführten.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Forschung zu Selbstöffnung und ihren Möglichkeiten in der Psychotherapie noch lange nicht abgeschlossen ist und vermehrter Zuwendung bedarf, um die Relevanz dieses Phänomens zu verstehen. Ein adäquater Umgang mit Selbstöffnung kann womöglich zur Verbesserung der Therapie und zu einer Verbesserung des Wohlergehens der Patient\*innen beitragen. Weitere Forschung, spezifischere Auseinandersetzung in der Ausbildung und eventuelle Weiterbildungen in diesem Bereich sind auf jeden Fall zu empfehlen.

## Literaturverzeichnis

- Andersen, B., & Andersen, W. (1989). Counselor's reports of their use of self-disclosure with clients. *Journal of Clinical Psychology, 45*(2), 302-308.
- Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1986). Counselor verbal response modes and experienced empathy, *Journal of Counseling Psychology, 33*(1), 3-10.
- Beutler, L. E., Crago, M. & Arizmendi, T.G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3<sup>rd</sup> edition, pp. 257-310). New York: John Wiley & Sons.
- Beutler, L. E. & Mitchell, R. (1981), Psychotherapy outcome in depressed and impulsive patients as a function of analytic and experiential treatment procedures. *Psychiatry, 44*, 297- 306.
- Braswell, L., Kendall, p, c., Braith, J., Carey, M, P., & Vye, C. S, (1985). "Involvement" in cognitive- behavioral therapy with children: Process and its relationship to outcome. *Cognitive Therapy and Research, 9*, 611-630,
- Bundza, K. A. & Simonson, N, R. (1973). Therapist self-disclosure: Its effect on impressions of therapist and willingness to disclose. *Psychotherapy; Theory, Research, and Practice, 10*, 215-217.
- Cherbosque, J. (1987). Differential effects of counselor self-disclosure statements on perception of the counselor and willingness to disclose: A cross-cultural study. *Psychotherapy, 24*, 434-437.
- Coady, N. F. (1991). The association between complex types of therapist interventions and outcomes in psychodynamic psychotherapy. *Research on Social Work Practice, 1*, 122-138.
- Cornett, C. (1991). The risky intervention: Twinship self-object impasses ant therapist self-disclosure in psychodynamic psychotherapy. *Clinical Social Work Journal, 19*, 49-61.
- Derlega, V. J., Metts, S., Petronio, S., & Margulis, S. T. (1993). *Sage series on close relationships: Self-disclosure*. New York: Sage Publ.
- Doster,1. A., & Brooks, S. 1. (1974). Interviewer disclosure modeling, information revealed, and interviewee verbal behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 420-426.
- Dowd, E. T., & Boroto, D, R. (1982), Differential effects of counselor self-disclosure, self-involving statements, and interpretation, *Journal of Counseling Psychology, 29*(1), 8-13.
- Edwards, C. E., & Murdock, N. L. (1994). Characteristics of therapist self-disclosure in the counseling process. *Journal of Counseling & Development, 72*(4), 384-389.
- Elliott, R., Hill, C. E., Stiles, W. B., Friedlander, M. L., Mahrer, A. R. & Margison, F. R. (1987). Primary therapist response modes: Comparison of six rating systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 218-223.

- Feigenbaum, W. M. (1977) , Reciprocity in self-disclosure within the psychological interview. *Psychological Reports*, 40(1), 15- 26.
- Fox, S. G., Strum, c., & Walters, H. A. (1984). Perceptions of therapist disclosure of previous experience as a client. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 496-498.
- Geller, J. D., Farber, B. A. (1997). *Why therapists do and don't disclose*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Chicago.
- Goldstein, E. G. (1994). Self-disclosure in treatment: What therapists do and don't talk about. *Clinical Social Work Journal*, 22, 417-433.
- Goldstein, M. G. (1997). To tell or not to tell: The disclosure of events in the therapist's life to the patient. *Clinical Social Work Journal*, 25, 41-58.
- Henretty, J. R., & Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 63-77.
- Hill, C. E., Helms, J. E., Spiegel, S. B., & Tichenor, V. (1988). Development of a system for categorizing client reactions to therapist interventions. *Journal of Counseling Psychology*, 35(1), 27-36, 222-233.
- Hill, C. E., Thames, T. B., & Rardin, D . (1979). A comparison of Rogers, Perls, and Ellis on the Hill counselor verbal response category system. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 198-203.
- Hill, C. E. (1978). Development of a counselor verbal response category system. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 461-468.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2002). Self-disclosure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 413–417.
- Hill, C. E. & Knox, S. (2003). Therapist self-disclosure: Research based suggestions for practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 529-539.
- Hill, C. E., Mahalik, J. R., Thompson, B. J. (1989). Therapist self-disclosure. *Psychotherapy*, 26, 290-295.
- Hill, C. E. & O'Brien, K. (1999). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action*. Washington DC: American Psychological Association
- Hoffmann-Graff, M. A. (1977). Interviewer use of positive and negative self-disclosure and interviewer-subject sex pairing. *Journal of Counseling Psychology*, 24(2), 184-190.
- Jourad, S. M. (1971). *The transparent self*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Knox,S., Hess,S., Petersen, D., & Hill, C. E. (1997). A qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 274-283.
- Kushner, K., Bordin, E. 5., & Ryan, E. (1979). Comparison of Strupp and Jenkins' audiovisual psychotherapy analogues and real psychotherapy interviews. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 765-767.

- Lane, R. C. & Hull, J. W. (1990). Self-disclosure and classical psychoanalysis. In G. Stricker & M. Fisher (Eds.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship* (pp. 31-46). New York.
- Mahalik, J. R., VanOrmer, E. A. & Simi, N. L. (2000). Ethical issues in using self-disclosure in feminist therapy. In M. M. Brabeck (Ed.), *Practicing feminist ethics in psychology* (pp. 189-201). Washington D.C.: American Psychology Association.
- Manning, E. A. (2005). Wrestling with vulnerability: Countertransference disclosure and training therapist. *Psychotherapy Bulletin*, 3(1), 5-11.
- McCarthy, P. R. & Betz, N. E. (1979). Differential effects of self-disclosing versus self-involving counselor statements across counselor-client gender pairings. *Journal of Counseling Psychology*, 26(6), 538-541.
- Myrick, R. D. (1969). Effect of a model on verbal behavior in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 16(3), 185-190.
- Nilsson, D. E., Strassberg, D. S., & Bannon, J. (1979). Perceptions of counselor self-disclosure: An analogue study. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 399-404.
- Peca-Baker, T. A., & Friedlander, M. L. (1987). Effects of role expectations on clients' perceptions of disclosing and non-disclosing counselors. *Journal of Counseling and Development*, 66(1), 78-81 .
- Orlinksy, D.E., & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3<sup>rd</sup> edition, pp. 311-381). New York: John Wiley & Sons.
- Robitschek, C. G., & McCarthy, P. R. (1991). Prevalence of counselor self-reference in the therapeutic dyad. *Journal of Counseling & Development*, 69, 218-221.
- Simon, J. C. (1990). Criteria for therapist self-disclosure. In G. Stricker & M. Fisher (Eds.) *Self-disclosure in the therapeutic relationship* (pp. 207-225). New York: Plenum.
- Simonson, N. R. (1976). The impact of therapist disclosure on patient disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 23(1), 3-6.
- Simonson, N. R., & Bahr, S. (1974). Self-disclosure by the professional and paraprofessional therapist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 359-363.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, I. A. (1988). Do sessions of different treatments have different impacts? *Journal of Counseling Psychology*, 35, 391-396.
- Sue, D.W. & Sue D. (1999). *Counseling the culturally different: Theory and practice* (3<sup>rd</sup> edition). New York: Wiley.
- VandeCreek, L., & Angstadt, L. (1985). Client preferences and anticipations about counselor self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 206-214.
- Watkins, C. E. (1990). The effects of counselor self-disclosure: A research review. *The Counseling Psychologist*, 18(3), 477-500.

- Watkins, C. E., & Schneider, L. J. (1989). Self-involving versus self-disclosing counselor statements during an initial interview. *Journal of Counseling & Development*, 67(6), 345-349.
- Wetzel, C. G., & Wright-Buckley, C. (1988). Reciprocity of self-disclosure: Breakdowns of trust in cross-racial dyads. *Basic and Applied Social Psychology*, 9, 277-288.
- Williams, K. E., & Chambless, D. L. (1990). The relationship between therapist characteristics and outcome of in vivo exposure treatment for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 21, 111- 116.
- Willutzki, U., Reinke-Kappenstein, B. & Hermer, M. (2013). Ohne Heiler geht es nicht: Bedeutung von Psychotherapeuten für Therapieprozess und -ergebnis. *Psychotherapeut*, 58, 427-437.



## Linkverzeichnis

<https://www.psychologytoday.com/us/blog/eating-mindfully/201705/should-therapists-self-disclose> (03.02.2020)

## Abbildungsverzeichnis

|                  |    |
|------------------|----|
| Abbildung 1..... | 33 |
| Abbildung 2..... | 43 |

## Tabellenverzeichnis

|                 |    |
|-----------------|----|
| Tabelle 1.....  | 15 |
| Tabelle 2.....  | 31 |
| Tabelle 3.....  | 32 |
| Tabelle 4.....  | 40 |
| Tabelle 5.....  | 41 |
| Tabelle 6.....  | 42 |
| Tabelle 7.....  | 42 |
| Tabelle 8.....  | 43 |
| Tabelle 9.....  | 43 |
| Tabelle 10..... | 44 |
| Tabelle 11..... | 45 |
| Tabelle 12..... | 45 |
| Tabelle 13..... | 47 |

## ANHANG

### ANHANG A: Anschreiben an die Psychotherapeut\*innen

**Von:** Julia Fischer <[a01105542@unet.univie.ac.at](mailto:a01105542@unet.univie.ac.at)>

**Datum:** Mittwoch, 15. Jänner 2020 um 13:33

**An:** <[praxis@psychotherapie-ap.at](mailto:praxis@psychotherapie-ap.at)>

**Betreff:** Selbstöffnung in der Psychotherapie

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Rahmen meiner Diplomarbeit beschäftige ich mich mit dem Thema Selbstöffnung in der Psychotherapie.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Ihr euch ein paar Minuten Zeit nehmen könntet, um an meiner Umfrage teilzunehmen. Der zeitliche Aufwand beträgt maximal 10 Minuten.

Die Umfrage darf gerne an Kolleginnen oder Kollegen weitergeleitet werden. (der Link dafür ist unten zu finden)

Vielen Dank für eure Mithilfe :)

hier geht es zum Fragebogen:

<https://www.soscisurvey.de/SelbstoeffnungAngwPs/?d=4CVM7K8MZ83B6T7N>

Link um den Fragebogen weiterzuleiten:

<https://www.soscisurvey.de/SelbstoeffnungAngwPs/>

--

Diese E-Mail wird mit SoSci Survey versendet (Impressum s.

<https://www.soscisurvey.de/de/contact> ). Fragen zum Datenschutz und zum

Inhalt dieser E-Mail beantwortet Ihnen gerne Julia Fischer

<[a01105542@unet.univie.ac.at](mailto:a01105542@unet.univie.ac.at)>

Falls Sie keine weiteren E-Mails über SoSci Survey erhalten möchten,

klicken Sie bitte hier:

<https://www.soscisurvey.de/admin/privacy.php?r=28262792&email=praxis%40psychotherapie-ap.at>

## Anhang B: Fragebogen „SELF-DISCLOSURE“ IN DER PSYCHOTHERAPIE

**Seite 01**  
**Erklärung**

Zur barrierefreien Version wechseln

Fakultät für Psychologie, Universität Wien  
Liebiggasse 5, 1010 Wien  
Diplomstudierende Julia Fischer (PP)

### STUDIE: „SELF-DISCLOSURE“ IN DER PSYCHOTHERAPIE

Die vorliegende Studie wird in Kooperation mit dem Institut für Angewandte Psychologie, Gesundheit, Entwicklung und Förderung, der Universität Wien im Rahmen einer Diplomarbeit unter der Supervision von Univ.-Prof. Dr. Laireiter durchgeführt.

Wir laden sie herzlich dazu ein, an der Studie mitzuarbeiten!

In der vorliegenden Studie ist von Interesse neue Erkenntnisse zum Thema „Self-Disclosure“, also zur Selbstöffnung des/r Psychotherapeut\*in in der Therapie zu bekommen. Es sollen Häufigkeit, Ausmaß/Breite, Wahrnehmung und Bewertung durch den/die Psychotherapeut\*in gemessen werden. Da es in Österreich diesbezüglich noch sehr wenig Forschung gibt und ich mich persönlich als Studentin mit dem zukünftigen Berufswunsch der Psychotherapeutin auseinandersetzen möchte, wäre es mir ein großes Anliegen dieses Thema mit ihrer Hilfe genauer beleuchten zu können.

Um diesbezüglich aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, werden alle Studienteilnehmer\*innen gebeten, sich auf ihre/n letzte abgeschlossene oder eine bereits weit fortgeschrittene aktuelle Therapie zu beziehen und die gestellten Fragen so genau und korrekt wie möglich zu beantworten. Für die Aussagekraft der Studie ist es wichtig sich noch gut an den/die Patient\*in und die Sitzungen mit ihm/ihr zu erinnern. Keinesfalls sollte es sich um eine anfängliche Therapiestunde handeln.

Die Bearbeitungsdauer des Fragebogens beträgt ca. 10-15 Minuten. Um die Gruppe der Studienteilnehmer\*Innen möglichst genau beschreiben zu können und mögliche Zusammenhänge mit Merkmalen der Selbstöffnung berechnen zu können, werden in anonymisierter Form auch Angaben zu Ihrer Person (z.B. Alter, Geschlecht, Ausbildung, usw.) erhoben. Die vollständige Bearbeitung des Fragebogens ist wichtig um Rückschlüsse auf die therapeutische Realität ziehen zu können.

Um an der Studie teilnehmen zu können, müssen Sie als Psychotherapeut\*in in die Psychotherapeut\*innenliste eingetragen sein oder sich im Status eines/r Psychotherapeut\*in in Ausbildung unter Supervision befinden, sowie mindestens eine Therapie abgeschlossen haben oder sich mit einem/r Patient\*in in weit fortgeschrittener Therapie befinden, um sich in ihren Angaben darauf beziehen zu können.

### IHRE RECHTE

Sie können jederzeit vor und während der Studie weitere Informationen über Zweck und Ablauf der Studie von der Studienleiterin erfragen. Die Teilnahme an dieser Studie ist vollkommen freiwillig und sie können jederzeit auch ohne Angabe von Gründen und ohne negative Konsequenzen fürchten zu müssen von sich aus die Studienteilnahme abbrechen.

### DATENSCHUTZ

Die Befragung erfolgt vollständig anonym. Es werden keine Daten Ihrer Person betreffend (Name, E-Mail-Adresse) erhoben. Sämtliche Daten werden ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken analysiert.

Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an [a01105542@unet.univie.ac.at](mailto:a01105542@unet.univie.ac.at).  
Vielen Dank!

**Seite 02**

Zur barrierefreien Version wechseln

Denken Sie an ihre letzte abgeschlossene Therapie und beantworten Sie alle nun folgenden Fragen durchgehend bezogen auf diese. Sofern Sie noch keine abgeschlossene Therapie haben sollten, denken Sie an eine bereits weiter fortgeschrittene Therapie, die evtl. kurz vor ihrem Abschluss steht!

## Fragebogen-Interne Daten

Im Datensatz finden Sie neben Ihren Fragen folgende zusätzliche Variablen, sofern Sie die entsprechende Option beim Herunterladen des Datensatzes nicht deaktivieren.

**CASE** Fortlaufende Nummer der Versuchsperson

**REF** Referenz, falls solch eine im Link zum Fragebogen übergeben wurde

**LASTPAGE** Nummer der Seite im Fragebogens, die zuletzt bearbeitet und abgeschickt wurde

**QUESTNNR** Kennung des Fragebogens, der bearbeitet wurde

**MODE** Information, ob der Fragebogen im Pretest oder durch einen Projektmitarbeiter gestartet wurde

**STARTED** Zeitpunkt, zu dem der Teilnehmer den Fragebogen aufgerufen hat

**FINISHED** Information, ob der Fragebogen bis zur letzten Seite ausgefüllt wurde

**TIME\_001...** Zeit, die ein Teilnehmer auf einer Fragebogen-Seite verbracht hat

Bitte beachten Sie, dass Sie die Fragebogen-internen Variablen nicht mit der Funktion `value()` auslesen können. Für Interview-Nummer und Referenz stehen aber die PHP-Funktionen [PHP-Funktion `caseNumber\(\)`](#) und [PHP-Funktion `reference\(\)`](#) zur Verfügung.

Details über die zusätzlichen Variablen stehen in der Anleitung: [Zusätzliche Variablen in der Datenausgabe](#)

### Rubrik A0: Patient\*in

**[A001]** Texteingabe mit Auswahlempfehlung

Alter

"Alter des/r Patient\*n? Wenn Sie es nicht mehr genau wissen, versuchen sie bitte möglichst genau zu schätzen"

#### A001 Alter

-2 = sonstige Texteingabe

-9 = nicht beantwortet

#### A001s Alter (offene Eingabe)

Offene Texteingabe

**[A002]** Auswahl

Geschlecht

"Welches Geschlecht hatte der/die Patient\*in?"

#### A002 Geschlecht

1 = Weiblich

2 = Männlich

3 = Intersexuell

4 = Keine Angabe

-9 = nicht beantwortet

**[A004]** Auswahl

Ausbildung/Beruf

"Welchen Beruf hatte ihr/e Patient\*in?"

#### A004 Ausbildung/Beruf

1 = Schüler/Lehrling

2 = Student

3 = Angestellter

4 = Arbeiter

5 = Selbstständig

6 = Arbeitslos

7 = Keine Angabe möglich

-9 = nicht beantwortet

**[A005]** Auswahl

Familienstatus

"Wie war der Familienstatus des/r Patient\*in?"

#### A005 Familienstatus

1 = Single

2 = In einer Beziehung

3 = In mehreren Beziehungen

4 = Verlobt

5 = Verheiratet

6 = Verwitwet

7 = Keine Angabe möglich

-9 = nicht beantwortet

**[A006]** Auswahl

Herkunft  
"Herkunft des/r Patient\*in"

**A006 Herkunft**

- 1 = Österreich
- 2 = Deutschland
- 3 = Schweiz
- 4 = Sonstiges
- 9 = nicht beantwortet

**A006\_04 Sonstiges**

Offene Texteingabe

[A007] Auswahl  
Aktuelles Wohn-&Arbeitsland  
"Aktuelles Wohn-&Arbeitsland"

**A007 Aktuelles Wohn-&Arbeitsland**

- 1 = Österreich
- 2 = Deutschland
- 3 = Schweiz
- 4 = Sonstiges
- 9 = nicht beantwortet

**A007\_04 Sonstiges**

Offene Texteingabe

[A008] Mehrfachauswahl  
Diagnose  
"Welche (vorläufige) Diagnose hatte der/die Patient\*in?"

**A008 Diagnose: Ausweichoption (negativ) oder Anzahl ausgewählter Optionen**

Ganze Zahl

**A008\_01 Angststörung**

**A008\_02 ADHS**

**A008\_03 Bipolare Störungen**

**A008\_04 Burnout**

**A008\_05 Demenz**

**A008\_06 Depression**

**A008\_07 Dissoziative Störungen**

**A008\_08 Essstörungen**

**A008\_09 Körperliche Beschwerden, somatoforme Störungen, Krankheitsbewältigung**

**A008\_10 Persönlichkeitsstörungen**

**A008\_11 Sucht**

**A008\_12 Trauma, Anpassung, Belastung**

**A008\_13 Zwang, Phobie**

- 1 = nicht gewählt
- 2 = ausgewählt

[A009] Auswahl  
Therapie abgeschlossen  
"Therapie bereits abgeschlossen?"

**A009 Therapie abgeschlossen**

- 1 = Ja
- 2 = Nein
- 9 = nicht beantwortet

**Rubrik SI: Selbstöffnung in der spezifischen Therapie**

[SI01] Auswahl  
Sachverhalte  
"Bezogen auf den/die vorher beschriebene/n Patient\*in, wie häufig haben Sie sich in der Therapie über die im ..."

**SI01 Sachverhalte**

- 1 = die gesamte Therapie über nie
- 2 = selten/wenige Male
- 3 = hin und wieder/gelegentlich
- 4 = häufig/immer wieder

5 = sehr häufig/fast jede Sitzung  
-9 = nicht beantwortet

**[SI02] Auswahl**  
**Sachverhalte**

"Persönliche Informationen (Beziehungsstatus, sexuelle Orientierung, intime Beziehungen)?"

**SI02 Sachverhalte**

1 = die gesamte Therapie über nie  
2 = selten/wenige Male  
3 = hin und wieder/gelegentlich  
4 = häufig/immer wieder  
5 = sehr häufig/fast jede Sitzung  
-9 = nicht beantwortet

**[SI03] Auswahl**  
**Sachverhalte**

"Weltanschauliche Informationen (Religion, Politik, Weltanschauung)?"

**SI03 Sachverhalte**

1 = die gesamte Therapie über nie  
2 = selten/wenige Male  
3 = hin und wieder/gelegentlich  
4 = häufig/immer wieder  
5 = sehr häufig/fast jede Sitzung  
-9 = nicht beantwortet

**[SI04] Auswahl**  
**Sachverhalte**

"Über eigene psychische Probleme (Behandlung, persönliche Probleme)?"

**SI04 Sachverhalte**

1 = die gesamte Therapie über nie  
2 = selten/wenige Male  
3 = hin und wieder/gelegentlich  
4 = häufig/immer wieder  
5 = sehr häufig/fast jede Sitzung  
-9 = nicht beantwortet

**[SI05] Auswahl**  
**Therapieverbesserung**

"In welchem Ausmaß haben Sie sich in dieser Therapie selbst geöffnet, um die therapeutische Beziehung zu verb..."

**SI05 Therapieverbesserung**

1 = gar nicht  
2 = etwas  
3 = mittelstark  
4 = stark  
5 = sehr stark  
-9 = nicht beantwortet

**[SI06] Auswahl**  
**Therapiestärkung**

"In welchem Ausmaß spürten Sie in dieser Therapie aufgrund Ihrer Selbstöffnung eine Verbesserung bzw. Stärkun..."

**SI06 Therapiestärkung**

1 = gar nicht  
2 = etwas  
3 = mittelstark  
4 = stark  
5 = sehr stark  
-9 = nicht beantwortet

**[SI07] Auswahl**  
**Therapieverschlechterung**

"In welchem Ausmaß spürten Sie in dieser Therapie aufgrund ihrer Selbstöffnung eine Verschlechterung bzw. Red..."

**SI07 Therapieverschlechterung**

1 = gar nicht  
2 = etwas  
3 = mittelstark  
4 = stark  
5 = sehr stark  
-9 = nicht beantwortet

**[SI08] Auswahl**  
**Therapiebesprechung**



"In welchem Ausmaß sprachen Sie während ihrer Therapie mit ihrem/r Klient\*in über das Thema Selbstöffnung?"

#### SI08 Therapiebesprechung

- 1 = nie
- 2 = selten
- 3 = immer wieder
- 4 = oft
- 5 = sehr oft
- 9 = nicht beantwortet

[SI09] Auswahl

Therapieoffenheit

"Wurden Sie ihrem/r Patient\*in im Verlauf der Therapie gegenüber offener?"

#### SI09 Therapieoffenheit

- 1 = gar nicht
- 2 = etwas
- 3 = wiederholt
- 4 = stark
- 5 = sehr stark
- 9 = nicht beantwortet

[SI10] Auswahl

Persönliche Informationen

"Wann in dieser Therapie erzählten Sie persönliche Dinge.."

#### SI10 Persönliche Informationen

- 1 = eher zu Beginn?
- 2 = im mittleren Abschnitt?
- 3 = erst später?
- 4 = durchgehend gleich?
- 9 = nicht beantwortet

### Rubrik K1: Konstrukt Ähnlichkeit

[K101] Skala (Zwischenwerte beschriftet)

Ähnlichkeiten zu Patient

"In welcher Hinsicht sehen Sie Ähnlichkeiten zwischen sich und ihrem/r Patient\*in?"

#### K101\_01 Bildungsstatus

#### K101\_02 Soziale Herkunft

#### K101\_03 Einstellung (Leben, Beziehungen, Beruf)

#### K101\_04 Lebensaufgaben/Biografie

#### K101\_05 Psychische Probleme

#### K101\_06 Beziehungsstatus

#### K101\_07 Persönlichkeit

- 1 = gar nicht
- 2 = etwas
- 3 = mittelmäßig
- 4 = viel
- 5 = sehr viel
- 9 = nicht beantwortet

[K102] Auswahl

Identifikation

"Inwieweit können Sie sich mit ihrem/r Patient\*in identifizieren?"

#### K102 Identifikation

- 1 = gar nicht
- 2 = etwas
- 3 = mittel
- 4 = viel
- 5 = sehr viel
- 9 = nicht beantwortet

### Rubrik KT: Konstrukt Therapiefortschritt/Dauer

[KT01] Texteingabe mit Auswahlempfehlung

Sitzungen

"Wieviele Sitzungen hatten Sie mit ihrem/r Patient\*in?"

**KT01 Sitzungen**

- 2 = sonstige Texteingabe
- 9 = nicht beantwortet

**KT01s Sitzungen (offene Eingabe)**

Offene Texteingabe

**[KT02]** Texteingabe mit Auswahlempfehlung

Dauer der Therapie

"Wie lange dauerte die Therapie? (in Monaten)"

**KT02 Dauer der Therapie**

- 2 = sonstige Texteingabe
- 9 = nicht beantwortet

**KT02s Dauer der Therapie (offene Eingabe)**

Offene Texteingabe

**[KT03]** Auswahl

Unterbrechungen

"Gab es längere Unterbrechungen während der Therapie?"

**KT03 Unterbrechungen**

- 1 = Nein
- 2 = Ja
- 9 = nicht beantwortet

**KT03\_02 Ja**

Offene Texteingabe

**Rubrik K2: Konstrukt Therapeutische Allianz**

**[K201]** Skala (Zwischenwerte beschriftet)

Therapeutische Allianz

"Beurteilen Sie bitte, inwieweit folgende Aussagen auf ihre Therapie mit dem/der Patient\*in zutreffen:"

**K201\_01** Mein/e Patient\*in und ich stimmen/stimmten darüber überein, woran es für sie/ihn wichtig ist zu arbeiten

**K201\_02** Unsere therapeutische Arbeit ist/war von guter Zusammenarbeit geprägt

**K201\_03** Mein/e Patient\*in und ich achten/achteten einander

**K201\_04** Mein/e Patient\*in und ich arbeiten/arbeiteten auf gemeinsame Therapieziele hin

**K201\_05** Unsere Therapeuten-Klienten-Beziehung ist/war sehr stark

- 1 = Trifft gar nicht zu
- 2 = Trifft etwas zu
- 3 = Weder noch
- 4 = Trifft zu
- 5 = Trifft sehr zu
- 9 = nicht beantwortet

**Rubrik KO: Konstrukt Offenheit Patient\*in**

**[KO01]** Auswahl

Offenheit Patient

"Wie offen war ihr/e Patient\*in Ihnen gegenüber im Schnitt über die Therapie hin?"

**KO01 Offenheit Patient**

- 1 = gar nicht
- 2 = etwas
- 3 = durchschnittlich
- 4 = offen
- 5 = sehr offen
- 9 = nicht beantwortet

**[KO02]** Auswahl

Flüssigkeit Gespräch

"Wie leicht/schwer war es mit ihrem/r Patient\*in ein flüssiges Gespräch zu führen?"

**KO02 Flüssigkeit Gespräch**

- 1 = sehr mühevoll
- 2 = mühevoll

3 = sowohl/als auch  
4 = leicht  
5 = sehr leicht  
-9 = nicht beantwortet

### Rubrik KS: Konstrukt Sympathie

[KS01] Skala (Zwischenwerte beschriftet)

Sympathie

"Wie sympathisch fanden sie ihre/n Patient\*in?"

**KS01\_01** Ich fand meine/n Patient\*in sympathisch

**KS01\_02** Ich habe mich auf die Therapie mit meinem/r Patient\*in gefreut

**KS01\_03** Ich würde gerne mit meinem/r Patient\*in als Mensch befreundet sein wollen

**KS01\_04** Ich mag/mochte meine/n Patient\*in

1 = Trifft gar nicht zu  
2 = Trifft etwas zu  
3 = Weder noch  
4 = Trifft zu  
5 = Trifft sehr zu  
-9 = nicht beantwortet

### Rubrik AZ: Aufforderung zur Selbstöffnung

[AZ01] Skala (Zwischenwerte beschriftet)

Aufforderung zur Selbstöffnung

"In welchem Ausmaß hat ihr/e Patient\*in Sie um Selbstöffnung gebeten bzw. ihnen Fragen zu den folgenden Theme..."

**AZ01\_01** Beruf/Ausbildung

**AZ01\_02** Privatleben

**AZ01\_03** Persönliche Meinung

**AZ01\_04** Persönliche Erfahrungen

**AZ01\_05** Intime Informationen

1 = nie  
2 = selten  
3 = manchmal  
4 = oft  
5 = sehr oft  
-9 = nicht beantwortet

[AZ02] Auswahl

Nachkommen

"Sind Sie dieser Bitte nachgekommen?"

**AZ02** Nachkommen

1 = nie  
2 = selten  
3 = hin und wieder  
4 = oft  
5 = immer  
-9 = nicht beantwortet

[AZ03] Auswahl

Genötigt

"Fühlten Sie sich genötigt Informationen preiszugeben?"

**AZ03** Genötigt

1 = nie  
2 = selten  
3 = hin und wieder  
4 = oft  
5 = immer  
-9 = nicht beantwortet

[AZ04] Auswahl

Grenzüberschreitungen

"Kam es von Seiten der/s Patient\*in schon einmal zu Grenzüberschreitungen (zu intime Fragen, Bedrängen, Stalk..."

**AZ04** Grenzüberschreitungen

- 1 = nie
- 2 = selten
- 3 = hin und wieder
- 4 = oft
- 5 = sehr oft
- 9 = nicht beantwortet

## Rubrik VU: Verständnis und persönliche Einstellung zu Selbstöffnung

[VU02] Skala (Zwischenwerte beschriftet)

Definition

"Welche der folgenden Dinge würden Sie als zu therapeutischer Selbstöffnung gehörig ansehen?"

**VU02\_01** Ihren eigenen Kleidungsstil

**VU02\_02** Ihre Praxiseinrichtung

**VU02\_03** Ihren Webauftritt

**VU02\_04** Private im Therapieraum aufgehängte Fotos/Zeichnungen

**VU02\_05** Wenn Sie das Gesicht verziehen, wenn Ihnen ein/e Patient\*in etwas erzählt, das sie persönlich als abstoßend empfinden

**VU02\_06** Wenn Sie ihrem/r Patient\*in zustimmen, dass Beziehungen schwierig sind

**VU02\_07** Wenn Sie ihre/m Patient\*in erzählen, was sie in seiner/ihrer Situation gemacht hätten

**VU02\_08** Wenn Sie ihrem/r Patient\*in erzählen, dass sie auch schon einmal psychische Probleme hatten

**VU02\_09** Wenn Sie ihrem/r Patient\*in von ihrer Ausbildung erzählen

**VU02\_10** Wenn Sie nebenbei ihre/n Partner/in oder ihre Kinder erwähnen

**VU02\_11** Wenn sie Persönliches über ihre Partnerschaft erzählen

**VU02\_12** Wenn sie von ihren Hobbys oder ihrer Freizeit erzählen

**VU02\_13** Wenn Sie ihrem/r Patient\*in von ihrer therapeutischen Vorgehensweise erzählen

- 1 = gar nicht
- 2 = kaum
- 3 = weder/noch
- 4 = deutlich
- 5 = sehr deutlich
- 9 = nicht beantwortet

[VU03] Skala (Zwischenwerte beschriftet)

Inhalte

"Welche Inhalte von Selbstöffnung kommen in Ihren Therapien in welchem Ausmaß vor?"

**VU03\_01** Unmittelbare Gefühle auf eine bestimmte Äußerung der/s Patient\*in

**VU03\_02** Verbalen Bericht über etwas Persönliches

**VU03\_03** Mitteilung von eher sachlichen Informationen aus ihrem Leben

**VU03\_04** Persönliche Einsichten und Selbsterkenntnisse

**VU03\_05** Mitteilung von therapeutischen Strategien und methodischen Überlegungen

- 1 = nie
- 2 = selten
- 3 = immer wieder
- 4 = oft
- 5 = sehr oft
- 9 = nicht beantwortet

[VU04] Auswahl

Wichtigkeit

"Wie wichtig ist Ihnen Selbstöffnung persönlich?"

**VU04** Wichtigkeit

- 1 = gar nicht
- 2 = nicht sehr wichtig
- 3 = variabel
- 4 = wichtig
- 5 = sehr wichtig
- 9 = nicht beantwortet

[VU05] Auswahl

Therapeutisch intendierte Selbstöffnung

"Wie sehr ist therapeutisch intendierte Selbstöffnung ein wichtiges Element ihres Therapiestils?"

**VU05** Therapeutisch intendierte Selbstöffnung

- 1 = gar nicht
- 2 = wenig
- 3 = mittelmäßig
- 4 = viel
- 5 = sehr viel
- 9 = nicht beantwortet

[VU06] Auswahl

**Bewusster Einsatz**

"Wie bewusst setzen Sie Selbstöffnung in Ihren Therapien ein?"

#### VU06 Bewusster Einsatz

- 1 = gar nicht
- 2 = wenig
- 3 = mittel
- 4 = viel
- 5 = sehr viel
- 9 = nicht beantwortet

[VU07] Auswahl

**Effektivität**

"Für wie effektiv halten Sie Selbstöffnung in Therapien im Allgemeinen?"

#### VU07 Effektivität

- 1 = gar nicht
- 2 = wenig
- 3 = variabel
- 4 = effektiv
- 5 = sehr effektiv
- 9 = nicht beantwortet

[VU08] Auswahl

**Vergleich andere therapeutische Methoden**

"Im Vergleich zu anderen therapeutischen Methoden, wie wirkungsvoll ist Ihrer Meinung nach therapeutisch inte..."

#### VU08 Vergleich andere therapeutische Methoden

- 1 = sehr viel weniger
- 2 = weniger
- 3 = gleich
- 4 = wirkungsvoller
- 5 = sehr viel mehr
- 9 = nicht beantwortet

[VU09] Auswahl

**Ausmaß Einsatz bei Offenheit**

"In welchem Ausmaß setzen Sie Selbstöffnung bei Menschen, die Ihnen gegenüber sehr offen sind im Vergleich zu..."

#### VU09 Ausmaß Einsatz bei Offenheit

- 1 = sehr viel weniger
- 2 = weniger
- 3 = gleich
- 4 = mehr
- 5 = sehr viel mehr
- 9 = nicht beantwortet

### Rubrik EM: Erfahrung mit Selbstöffnung

[EM01] Skala (Zwischenwerte beschriftet)

**Thema in Ausbildung**

"Beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer persönlichen Erfahrung mit Selbstöffnung"

**EM01\_01** Selbstöffnung war ein Thema in meiner Ausbildung

**EM01\_02** Selbstöffnung ist ein Thema welches ich mit Kollegen bespreche

**EM01\_03** Selbstöffnung ist ein Thema zu dem ich mir viele Gedanken mache

- 1 = nie
- 2 = selten
- 3 = immer wieder
- 4 = oft
- 5 = sehr oft
- 9 = nicht beantwortet

[EM02] Mehrfachauswahl-Matrix

**Feedback**

"Welches Feedback bekamen Sie von Ihren Patient\*innen für ihre Selbstöffnung?"

**EM02\_01\_CN** Anzahl ausgewählter Optionen oder Code für Ausweichoption (falls < 0) für: Negatives Feedback

**EM02\_02\_CN** Anzahl ausgewählter Optionen oder Code für Ausweichoption (falls < 0) für: Positives Feedback

0 = nicht beantwortet

**EM02\_01\_1** Negatives Feedback/nie

**EM02\_01\_2** Negatives Feedback/selten

**EM02\_01\_3** Negatives Feedback/immer wieder

**EM02\_01\_4** Negatives Feedback/oft

**EM02\_01\_5** Negatives Feedback/sehr oft

**EM02\_02\_1** Positives Feedback/nie

**EM02\_02\_2** Positives Feedback/selten

**EM02\_02\_3** Positives Feedback/immer wieder

**EM02\_02\_4** Positives Feedback/oft

**EM02\_02\_5** Positives Feedback/sehr oft

1 = nicht gewählt

2 = ausgewählt

### Rubrik AT: Angaben Therapeut\*in

[AT02] Texteingabe mit Auswahlempfehlung

Alter

"ANGABEN ZUR EIGENEN PERSON Alter"

#### AT02 Alter

-2 = sonstige Texteingabe

-9 = nicht beantwortet

#### AT02s Alter (offene Eingabe)

Offene Texteingabe

[AT03] Auswahl

Geschlecht

"Geschlecht"

#### AT03 Geschlecht

1 = Weiblich

2 = Männlich

3 = Intersexuell

4 = Keine Angabe

-9 = nicht beantwortet

[AT04] Texteingabe offen

Ausbildung/Beruf

"Ausbildung/Beruf vor oder neben Psychotherapeut\*in"

#### AT04\_01 [01]

Offene Texteingabe

[AT05] Auswahl

Familienstatus

"Familienstatus?"

#### AT05 Familienstatus

1 = Single

2 = In einer Beziehung

3 = In mehreren Beziehungen

4 = Verlobt

5 = Verheiratet

6 = Verwitwet

7 = Keine Angabe

-9 = nicht beantwortet

[AT06] Auswahl

Herkunft

"Herkunft"

#### AT06 Herkunft

1 = Österreich

2 = Deutschland

- 3 = Schweiz
- 4 = Sonstige
- 9 = nicht beantwortet

#### AT06\_04 Sonstige

Offene Texteingabe

[AT07] Auswahl  
Aktuelles Wohn-&Arbeitsland  
"Aktuelles Wohn-&Arbeitsland"

#### AT07 Aktuelles Wohn-&Arbeitsland

- 1 = Österreich
- 2 = Deutschland
- 3 = Schweiz
- 4 = Sonstiges
- 9 = nicht beantwortet

#### AT07\_04 Sonstiges

Offene Texteingabe

[AT08] Texteingabe mit Auswahlempfehlung  
Berufserfahrung  
"Berufserfahrung (in Jahre)"

#### AT08 Berufserfahrung

- 2 = sonstige Texteingabe
- 9 = nicht beantwortet

#### AT08s Berufserfahrung (offene Eingabe)

Offene Texteingabe

[AT09] Auswahl  
Psychotherapeutische Methode  
"Psychotherapeutische Methode"

#### AT09 Psychotherapeutische Methode

- 1 = Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung
- 2 = Humanistisch-existenzielle Orientierung
- 3 = Systemische Orientierung
- 4 = Verhaltenstherapeutische Orientierung
- 9 = nicht beantwortet

[AT10] Mehrfachauswahl  
Spezialisierung  
"Spezialisierung auf..."

#### AT10 Spezialisierung: Ausweichoption (negativ) oder Anzahl ausgewählter Optionen

Ganze Zahl

#### AT10\_01 Kinder

#### AT10\_02 Jugendliche

#### AT10\_03 Erwachsene

#### AT10\_04 Senioren

- 1 = nicht gewählt
- 2 = ausgewählt

[AT11] Auswahl  
Abgeschlossene Ausbildung  
"Psychotherapieausbildung"

#### AT11 Abgeschlossene Ausbildung

- 1 = Abgeschlossen
- 2 = Unter Supervision
- 9 = nicht beantwortet

[AT12] Auswahl  
Eigene Therapieerfahrung  
"Haben Sie selbst (außerhalb Ihrer Ausbildung) jemals eine eigene (Heil-)Therapie absolviert?"

#### AT12 Eigene Therapieerfahrung

- 1 = Ja
- 2 = Nein
- 9 = nicht beantwortet