

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Abteilung Köln
Masterstudiengang „Suchthilfe“

Masterthesis

**Sympathie zwischen Suchttherapeuten und
Klienten –
eine quantitative Studie auf Basis des ersten
visuellen Eindrucks von Seiten der
Therapeuten**

Vorgelegt von:

Marie Lehner
Matrikelnummer: 513906

Erstprüfer: Katjenka Wild
Zweitprüfer: Prof. Dr. Michael Klein

München, den 22.10.2018

Inhaltsverzeichnis

Abstract	4
1. Einleitung	5
2. Theoretischer Hintergrund	7
2.1 Geschichte des Begriffs Sympathie und Begriffsklärung	7
2.2 Sympathie in der Sozialpsychologie	12
2.3 Sympathie als Faktor der ersten Eindrucksbildung	21
2.4 Formen von Sympathie im Therapiekontext	24
3. Sympathiebeeinflussende Faktoren in der Suchttherapie	29
3.1 Die therapeutische Beziehung	29
3.1.1 Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie	31
3.1.2 Die therapeutische Beziehung in der analytischen Psychotherapie ..	33
3.1.3 Die therapeutische Beziehung in der Gestalttherapie	34
3.1.4 Die therapeutische Beziehung in der systemischen Therapie	35
3.2 Ambulante vs. stationäre Therapie	37
3.3 Substanzunterschiede	38
3.4 Fragestellung und Hypothesen	41
4. Methode	43
4.1 Design und Stichprobe	43
4.2 Material und Messinstrumente	44
4.2.1 Erfassung Sympathie	44
4.2.2 Soziodemographische Daten	46
4.3 Durchführung	46
4.4 Auswertung	47
5. Ergebnisse	48
5.1 Deskriptive Befunde	48
5.2 Inferenzstatistische Befunde	50
6. Diskussion	58
7. Zusammenfassung	84
Literaturverzeichnis	87
Anhang	95

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlaufsabbildung der Untersuchung	44
Abbildung 2: Sympathiewerte bei Therapeuten in verschiedenen Altersgruppen	50
Abbildung 3: Sympathiewerte bei männlichen und weiblichen Therapeuten	51
Abbildung 4: Sympathiewerte bei Therapeuten nach unterschiedlichen Therapieschulen	53
Abbildung 5: Sympathiewerte bei Therapeuten mit verschiedener Berufserfahrung	54
Abbildung 6: Sympathiewerte bei Therapeuten in verschiedenen Einrichtungen.....	55
Abbildung 7: Sympathiewerte bei Therapeuten für Klienten mit unterschiedlicher Erkrankungsdauer	56
Abbildung 8: Sympathiewerte bei Therapeuten für Klienten mit unterschiedlicher Problematik	57

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen der Therapeuteneinschätzung in den Kategorien sympathisch, terapiemotiviert, humorvoll, angepasst und krankheitseinsichtig aufgeteilt nach Geschlecht, Alter und Einrichtungsart	49
Tabelle 2: Mittelwerte und Standardabweichungen der Therapeuteinschätzungen in den Kategorien attraktiv, aktiv in der Gesprächsführung, zuverlässig, offen und reflektiert aufgeteilt nach Geschlecht, Alter und Einrichtungsart.....	49

Abstract

Das Ziel der vorliegenden Masterarbeit ist es herauszufinden, ob unterschiedlich hohe Sympathie zwischen Suchttherapeuten und Klienten besteht. Der aktuelle Forschungsstand zum Thema Sympathie wird dargestellt. Basierend darauf wird im empirischen Teil der Forschungsfrage anhand einer quantitativen Online-Befragung nachgegangen. Für den Fragebogen wurden Fotos von 14 Klienten gemacht, welche anschließend von Suchttherapeuten beurteilt wurden. Die Fotos waren dabei jeweils für zwei Sekunden sichtbar. Eine Stichprobe von 67 Suchttherapeuten aus Suchtkliniken und -beratungsstellen bearbeitete diesen Fragebogen.

Es zeigt sich, dass Suchttherapeuten cannabisabhängige Klienten als sympathischer wahrnehmen als alkoholabhängige Klienten. Auch Angehörige werden als sympathischer gesehen als alkoholabhängige Klienten. Weiterhin werden Klienten von analytisch orientierten Therapeuten als weniger sympathisch wahrgenommen als von Verhaltens- und Gestalttherapeuten. Klienten die ihre erste Suchttherapie machen und Angehörige von Personen mit Suchtproblematik werden als sympathischer beurteilt als chronisch suchtmittelabhängige Klienten. Weiterhin zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Sympathie und der Bereitschaft von Suchttherapeuten gerne mit einem Klienten zu arbeiten. Sympathie korreliert mit den Faktoren *therapiemotiviert, humorvoll, angepasst, krankheitseinsichtig, attraktiv, zuverlässig, reflektiert, aktiv in der Gesprächsführung* und *offen*. Sympathie zeigt keinen Zusammenhang mit Alter oder Geschlecht der Klienten. Auch die Art der Einrichtung in der die Therapeuten arbeiten hat keinen Effekt auf die Sympathiebildung. Die Berufserfahrung der Therapeuten hat ebenfalls keinen Einfluss auf die Sympathiebeurteilung. Neben der Darstellung der Ergebnisse werden Konsequenzen für die Praxis diskutiert.

1. Einleitung

„Ohne Sympathie keine Heilung“
(Ferenczi 1999)

Diesen Titel trägt das 1932 in Erstaufgabe erschienene klinische Tagebuch von Sandòr Ferenczi, einem Schüler des Psychoanalytikers Sigmund Freud. Er war soweit bekannt der erste Psychotherapeut, der sich mit dem Thema Sympathie in der Psychotherapie auseinandersetzte und diesem eine hohe Bedeutung zuschrieb.

Die Thematik Sympathie zwischen Suchttherapeutinnen und -therapeuten¹ und Klienten wird in der vorliegenden Masterthesis behandelt. Aufgrund der eigenen beruflichen Tätigkeit in einer Suchtberatungsstelle entstand der Wunsch einer vertieften Auseinandersetzung mit dieser Thematik, da in Teamsituationen häufig der Eindruck entsteht, dass Klienten in der Sympathieeinschätzung von Therapeuten unterschiedlich eingeordnet werden. Manche Klienten werden wegen einer vermeintlich höheren Sympathie scheinbar bevorzugt. Daraus entwickelte sich die Fragestellung, ob es allgemeingültige Faktoren gibt, die eine höhere Sympathie auf Seiten der Suchttherapeuten auslösen. Bei genauerer Sichtung der Literatur konnte festgestellt werden, dass kaum aktuelle Untersuchungen zu dieser Themenstellung vorhanden sind. In der Attraktionsforschung, die die Überkategorie von Sympathieforschung darstellt, gibt es wenig Forschung, die die Sympathie zwischen Therapeuten und Klienten untersucht. Dies unterstreicht die wissenschaftliche Relevanz dieser Thesis. Das Ziel der Arbeit ist es herauszufinden, ob es Faktoren bei Klienten oder bei Suchttherapeuten gibt, die Sympathie bei Therapeuten hervorrufen. Da die gesamte Thematik Sympathie in der Therapeut-Klienten-Beziehung zu weitläufig für den Rahmen einer Masterarbeit ist, liegt

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die männliche Variante der beiden Wörter verwendet.

1. Einleitung

der Fokus hier darauf, Sympathiemerkmale von Therapeuten anhand von Klientenfotografien zu untersuchen. Diese werden dann im Rahmen einer Online-Befragung Suchttherapeuten vorgelegt, welche dazu Fragen beantworten und Einschätzungen geben sollten.

Nach Besprechung des theoretischen Hintergrundes des Themas Sympathie zwischen Therapeuten und Klienten werden die Ergebnisse ausführlich dargestellt und anschließend diskutiert. Weiterhin werden daraus entstehende praktische Bedeutungen der Ergebnisse abgeleitet.

2. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel wird der theoretische Hintergrund zum Thema Sympathie zwischen Therapeuten und Klienten betrachtet. Dabei wird auf die geschichtlichen Hintergründe von Sympathie eingegangen und der Begriff Sympathie definiert. Anschließend wird der Begriff Sympathie in der Sozialpsychologie verortet. Des Weiteren wird darauf eingegangen, welche Rolle Sympathie bei der ersten Eindrucksbildung spielt und der theoretische Hintergrund von Sympathie in der Therapie wird betrachtet.

2.1 Geschichte des Begriffs Sympathie und Begriffsklärung

Das deutsche Wort *Sympathie* hat seinen Ursprung im Griechischen, aus dem Wort *sympatheia*. Dieses Wort hat eine über 2000 Jahre alte Geschichte und ist ein Kompositum aus *syn* (griech.: mit, zusammen) und *pathenin* (griech.: leiden, erleiden) (Schloßberger 2010). *Sympatheia* wurde als „Beschreibung für ein Zusammen-beeinflusst-Werden oder Zusammen-Wirken“ (Soddemann 2013, S. 14) gewertet. Ab dem 16. Jahrhundert wurde *sympatheia* mit dem Wort Sympathie ins Deutsche übertragen.

Die früheste sichere Belegstelle für die Verwendung von dem Wort *sympatheia* findet sich in Platons (428-348 v.Chr.) Dialog *Charmides*. Dort wurde *sympathein* für das ansteckende Gähnen im Gespräch mit dem Philosophen Kritias (460-403 v.Chr.) gebraucht: „Als Kritias das gehört hatte und meine Verlegenheit bemerkte, da ging es ihm gerade so, wie wenn man sich gegenüber jemanden gähnen sieht und dann selbst auch gähnen muss: er schien unter dem Eindruck meiner Verlegenheit selbst dem Zwang zu verfallen, in Verlegenheit zu geraten“ (Platön 1960, S. 68). Das ansteckende Gähnen und die vermeintliche Gefühlsansteckung sind dabei jedoch

2.1 Geschichte des Begriffs Sympathie und Begriffsklärung

nicht auf seelische Vorgänge zurückzuführen, sondern auf physikalische Prozesse, die durch das sogenannte *pneuma* - eine durchdringende stoffliche Kraft - vermittelt werden (Richter 1996). In den 1990er Jahren konnte das ansteckende Gähnen wissenschaftlich belegt werden, für die Gefühlsübertragung sind Spiegelneuronen verantwortlich (Rizzolatti et al. 2012). Platons Konzept von Sympathie wurde von Aristoteles (384-322 v.Chr.) weiterentwickelt, der sich damit auseinandersetzte, wie Personen in der Lage sind mitzufühlen. Auch im sogenannten *Corpus Hippocraticum*, einer Sammlung medizinischer Texte die zwischen dem 4. Jhd. v.Chr. und 2. Jhd. n.Chr. verfasst und nach Hippokrates (460-370 v.Chr.) benannt wurde, wurde sich mit *sympatheia* auseinandergesetzt. Dort wird nach dem hippokratischen Verständnis von Körper und Gesundheit Folgendes beschrieben: „Alle Körperteile stehen in einem harmonischen Wirkungszusammenhang – in Sympathie – sowohl mit- bzw. zueinander als auch in Bezug zum Gesamtkörper, von dem sie ein Teil sind; *Sympatheia* herrscht, wenn die Teile eines Körpers in vollkommener Übereinstimmung ihren Dienst mit dem Ergon des Ganzen gemäß leisten“ (Richter 1996, S. 146f). Sympathie zeigt sich bei den Hippokratikern damit als physiologisches oder organologisches Wechselverhältnis, es kann demnach nicht mit der Vorstellung von Platon und Aristoteles gleichgesetzt werden (Soddemann 2013). Bei Epikur (341-270 v.Chr.) hingegen steht *sympatheia* für ein nicht sichtbares, aber materiell gedachtes Band zwischen zwei Seelen mit gleicher Empfindungsfähigkeit (Richter 1996).

In der griechischen Klassik und im Hellenismus stellt *sympatheia* zusätzlich einen Ausdruck dafür dar „um einen Wirkungszusammenhang zwischen zwei Erscheinungen nach damals gültigen naturwissenschaftlich-logischen Kriterien als einen natürlichen Zusammenhang zu beschreiben“ (ebd., S. 209). *Sympatheia* wurde demnach als naturphilosophischer Begriff zur

2.1 Geschichte des Begriffs Sympathie und Begriffsklärung

Beschreibung und Erklärung von physikalisch-mechanistischen Zusammenhängen in der Natur verwendet. Es muss hierbei jedoch beachtet werden, dass *sympatheia* bereits damals auf unterschiedliche Weisen verwendet wurde, sodass in der heutigen Auseinandersetzung mit diesem historischen Begriff eine differenzierte Betrachtung vorgenommen werden muss. Die Ursprünge des Sympathiebegriffs liegen demnach in der Naturphilosophie der griechischen Antike und nicht in psychologischen Überlegungen (Soddemann 2013).

Das Konzept von *sympatheia* spielte auch in der Spätantike und im Mittelalter weiter eine Rolle. *Sympatheia* beschreibt bei Plotin (ca. 205-270 n.Chr.) die beständige Verwandtschaft, mit der alle Bestandteile des Universums miteinander und mit dem Ganzen verbunden sind. Wenn er weiterhin Sympathie zwischen Einzelseelen als „unmittelbare Wirkung des Gleichartigen auf das Gleichartige“ (Richter 1996, S. 236) beschreibt, dann handelt es sich dabei um ein seelisches Phänomen. Die Weltseele ist als eine psychische Kraft anzusehen, die sowohl das Seelische als auch das Materielle hervorbringt und prägt. Der Leib wird dabei als von der Seele abhängig betrachtet. Durch Plotin wurde der Ausdruck *sympatheia* somit erstmals zur Beschreibung seelischer oder psychischer Vorgänge verwendet. Damit wurde er vom physikalischen in den psychologischen Sinnbereich verschoben, in dem auch das heutige Alltagsverständnis von Sympathie im Deutschen anzusiedeln, wenn auch nicht gleichzusetzen, ist (Soddemann 2013).

Im Laufe des Mittelalters verliert der Begriff Sympathie an Relevanz, er wird nunmehr nur noch als okkulte Kraft gesehen, die den Sinnen verborgen ist. Dadurch wird die Wirkung von *sympatheia* im zwischenmenschlichen Bereich fast vollständig gemindert, da nach der Verbreitung des Christentums Konzepte wie Mitleid oder Nächstenliebe einen höheren Stellenwert besitzen als diese okkulte Kraft (ebd.).

2.1 Geschichte des Begriffs Sympathie und Begriffsklärung

In der Renaissance wuchs das wissenschaftliche Interesse an der griechischen Schrift der Antike wieder, wodurch das damals okkulte Verständnis von *sympatheia* immer mehr infrage gestellt wurde. *Sympatheia* entwickelte sich in zwei Richtungen. Zum einen wurde *sympatheia* ein erheblich streng gefasster wissenschaftlicher Begriff, der chemische, magnetische und elektrische Vorgänge, sowie die Funktionsweise tierischer und menschlicher Organe bzw. Lebewesen erklären, erläutern oder beschreiben sollte (Richter 1996). Sie spielt in der frühen Naturwissenschaft eine wichtige Rolle, auch wenn damit noch sehr undifferenziert umgegangen wurde. Dadurch wurde *sympatheia* weitgehend frei von metaphysischen Anschauungen. Zum anderen entwickelte sich parallel dazu die okkulte Vorstellung von *sympatheia* weiter. *Sympatheia* wurde zur Erklärung magisch-mystischer Zusammenhänge verwendet. Sie beschreibt die Vorstellung einer „unerklärlichen (Fern- und Nah-) Wirkung“ (Richter 1996, S. 302) und den Zusammenhang aller Vorgänge und Phänomene auf der Welt, bzw. im Universum (Richter 1996).

Ab dem 18. Jahrhundert wurden die Begriffe Sympathie und sympathisch auf zwischenmenschliche Beziehungen übertragen und damit zur Beschreibung von Freundschaft, Liebe, Zuneigung und menschlichen Begehren, bzw. Attraktion gebraucht (Soddemann 2013). Martin Luther übersetzte den Begriff *sympatheia* mit dem deutschen Wort Mitleid (ebd.). Durch die Gleichsetzung von Sympathie und Mitleid wurde eine der heutigen Definitionen von Sympathie geschaffen (Richter 1996), die folgendermaßen lautet: „Verbundenheit aller Teile des Ganzen, sodass, wenn ein Teil betroffen ist, auch alle anderen Teile betroffen sind“ (Dudenredaktion (o. J.)). Sympathie wurde damit ein Ersatzwort für die Personen, die das theologisch belastete Wort Mitleid vermeiden wollten (Richter 1996).

2.1 Geschichte des Begriffs Sympathie und Begriffsklärung

Aus der Zeit der Renaissance erklärt sich die zweite der drei heutigen Bedeutungen von Sympathie im Deutschen. Die Definition von Sympathie als „Vorstellung von einer geheimen gegenseitigen Einwirkung aller Wesen und Dinge aufeinander“ (Dudenredaktion (o. J.)) lässt sich auf die okkulte Denkweise zurückführen. Es ist wahrscheinlich, dass sich daher das deutsche Wort sympathetisch bildete, das zum einen definiert wird als „eine geheimnisvolle Wirkung ausübend“ (Dudenredaktion (o. J.)), zum anderen als „Sympathie empfinden, auf Sympathie beruhend“ (ebd.). Das Wort Sympathie, bzw. sympathisch entstammt aus der Tradition des natürlichen oder naturwissenschaftlichen Sympathiebegriffs und knüpft damit an das klassische Verständnis der griechischen Antike an. Dieses ist weitgehend frei von metaphysischen und/oder übersinnlichen Gesichtspunkten: „Die Ursache der sympathischen Wirkungen wird in den Dingen selbst gesucht“ (Richter 1996, S. 359) und mithilfe von rationalen Kausalitätsbeziehungen erklärt. Sympathie im naturwissenschaftlichen Sinne beschreibt Phänomene und Vorgänge des Miteinander-in-Verbindung-Stehens. Weiterhin bezeichnet sie die wechselseitige Beeinflussung oder auch das gegenseitige Aufeinander-Wirken, beispielsweise in Bezug auf chemische Substanzen, Körperteile oder körperliche Reaktionen (Sodemann 2013). Die heute verbreitetste Definition von Sympathie lautet: „aufgrund gewisser Übereinstimmung, Affinität positive gefühlsmäßige Einstellung zu jemandem, einer Sache“ (Dudenredaktion (o. J.)). Sympathie hat sich vom 18. Jahrhundert bis heute zu einem Begriff entwickelt, der ausschließlich für das Gefühl menschlicher Zuneigung steht. Durch verschiedene Definitionen des Wortes Sympathie kommt es jedoch zu Vermischungen verschiedener Vorstellungen, sodass genau überprüft werden muss, was jeweils unter dem Begriff verstanden werden soll (Sodemann 2013).

In der Psychotherapie wurde Sympathie das erste Mal von Sándor Ferenczi erwähnt. Er verfasste das Buch „Ohne Sympathie

2.2 Sympathie in der Sozialpsychologie

keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932“ (Ferenczi 1999). In diesem Buch setzt er sich mit Freud und dessen Schriften auseinander, worin er eine andere Auffassung von Psychotherapie als Freud entwickelte. Für Ferenczi ist das schlimmste früheste Trauma die Mutterverlassenheit und Vaterbedrohung. Dies bedeutet für ein Kind, dass es nicht die Möglichkeit hat sich bei seinen Eltern auszuweinen und sie dafür anklagen zu können. In solchen Situationen zieht sich, laut Ferenczi, das werdende Ich des Kindes von der Realität zurück, und nimmt eine Schreck-Abspaltung mit Ich-Abwesenheit vor. Durch die Zuführung von ‚reiner Sympathie‘ kann eine Person wieder zur Einigung mit sich selbst kommen. Als Sympathie versteht er die von Ambivalenz gereinigte Liebe. Die menschliche, emotionale Teilnahme in erschütternden Situationen sieht er als erstes Stück der Heilung. Daher folgert Ferenczi: Ohne Sympathie keine Heilung (Düsing 2007).

2.2 Sympathie in der Sozialpsychologie

In der Sozialpsychologie wird Sympathie oft in Zusammenhang mit interpersonaler Attraktion untersucht. Der Begriff Sympathie ist dabei unscharf definiert oder wird häufig mit interpersonaler Attraktion gleichgesetzt. Als interpersonale Attraktion wird die „positive [...] Einstellung einer anderen Person gegenüber“ (Hassebrauck und Küpper 2010, S. 156) verstanden. Vor über 40 Jahren wurde dies bereits durch den deutschen Sozialpsychologen Mikula (1975) bemerkt: „In Einzelarbeiten werden unter dem Titel ‚interpersonale Attraktion‘, ohne auf begriffliche Fragen näher einzugehen, Einstellungen und Gefühle (z.B. Zuneigung, Sympathie, Liebe), Verhaltensweisen (z.B. Zuwendungs- und Anschlussreaktionen, manifeste Wahlen, verbale Äußerungen und Beurteilungen) und auch konkrete Sozialbeziehungsformen (z.B. Freundschaft, dating) untersucht und besprochen“ (ebd., S. 2). Für diese Arbeit wird der

2.2 Sympathie in der Sozialpsychologie

Begriff Sympathie daher von interpersonaler Attraktion abgegrenzt. Als interpersonale Attraktion wird der Forschungsbereich bezeichnet, der sich mit der menschlichen Anziehung beschäftigt (ebd.). Sie wird als Grundlage des freiwilligen Zustandekommens einer sozialen Beziehung gesehen. Interpersonale Attraktion lässt sich laut Mikula (1977) – wie Einstellungen im Allgemeinen – in drei Kategorien einteilen: die kognitive, die affektive und die behavioral/konative Komponente. Die kognitive Komponente beinhaltet Ansichten und Meinungen über eine andere Person und die an sie gestellten Erwartungen. Die affektive Komponente umfasst die Bewertung einer Person und betrifft Qualität und Stärke der Gefühle. Als konative Komponente werden die Tendenzen verstanden, sich einer Person zuzuwenden und ihr Gutes zu tun (ebd.). Die drei Komponenten stehen in einem reziproken Verhältnis zueinander. So kann zum Beispiel eine positive Beurteilung über Leistungen einer Person positive gefühlsmäßige Bewertungen bei ihr auslösen. Dies kann zur Folge haben, dass Kontakt zur beurteilenden Person aufgenommen wird. Das eigene Verhalten kann durch kognitive oder emotionale Beurteilungen beeinflusst werden. In der Forschung über interpersonale Attraktion wird vermutet, dass die zwischenmenschlichen positiven Einstellungen affektiv am Stärksten ausgeprägt sind (Wiswede et al. 2015). Die drei Komponenten können jedoch inkonsistent sein, eine positive affektive Einstellung kann auch mit einer negativen kognitiven Komponente verbunden sein. In der Sozialpsychologie wurden verschiedene Hinweise gefunden, dass affektive Zustände einen wichtigen Einfluss auf kognitive Prozesse haben (ebd.).

Wiswede und Kollegen (2015) definieren Sympathie als eine „[a]ffektiv positive Bewertung einer P[erson]“ (ebd., S. 553). Dadurch wird der Begriff Sympathie auf die affektive Komponente reduziert. Sympathie stellt eine unproblematische und angenehme Reizkonstellation dar (Werth und Mayer 2008). Sie lässt sich von den

2.2 Sympathie in der Sozialpsychologie

kognitiven und behavioralen Komponenten abgrenzen, auch wenn der Affekt durch die Kognition beeinflusst werden kann. Sympathie ist dabei als oberflächliche und wenig intensive Attraktionsform zu verstehen, weshalb sie von stärkeren und intensiveren Arten der zwischenmenschlichen Anziehung unterschieden werden kann (Sodemann 2013).

In der Sozialpsychologie wird Sympathie weiter definiert als „eine positive Einstellung einer konkreten Person gegenüber, die auf einer vorwiegend affektiv-emotionalen Bewertung beruht, wobei ihre Intensität bzw. die Einstellungsstärke relativ schwach ist“ (ebd., S. 39). Sympathie kann je nach Ausdrucksmöglichkeit einer Person einen impliziten oder expliziten Charakter aufweisen. Außerdem kann Sympathie in Wechselwirkung mit Attraktion stehen. Sobald Sympathie die Stärke der affektiv-emotionalen Bewertung zu einem gewissen Grad überschreitet, würde von beginnender freundschaftlicher Liebe gesprochen werden, wozu sich Sympathie ab einem gewissen Maß entwickeln kann. Zwischen Sympathie und freundschaftlicher Liebe besteht demnach ein fließender Übergang, der sich in der Stärke von gefühlten Affekten oder Emotionen äußert. Bei Hinzunahme weiterer Faktoren wie Leidenschaft oder Hingabe kann sich Sympathie auch zu weiteren Formen von Liebe entwickeln. In den sozialpsychologischen Beschreibungen wird deutlich, dass Sympathie ein rein zwischenmenschliches Phänomen ist, das die positiven Bewertungen von Ideen, Sachverhalten oder Objekten nicht mit einschließt (ebd.).

Für die Entstehung von Sympathie werden häufig unterschiedliche Merkmale und Variablen dargestellt, die als indirekte oder direkte Ursache dafür gesehen werden können (ebd.). Vertrautheit und Nähe sind dabei die ersten wichtigen Merkmale. Vertrautheit ist ein elementarer Faktor für die Entstehung von Sympathie, da sie „the most basic principle of attraction“ (Berscheid und Reis 1998, S. 205) ist, also das grundlegendste Prinzip von

2.2 Sympathie in der Sozialpsychologie

Attraktion. Hintergrund davon ist, dass vertraute Menschen sympathischer wirken, was von Berscheid und Reis (ebd.) als *mere-exposure-effect*, also der Effekt des bloßen Ausgesetztseins, bezeichnet wird. Dieser besagt, dass Menschen einen Reiz mehr mögen, je öfter sie diesem ausgesetzt sind. Daher kann davon ausgegangen werden, dass es einen Zusammenhang zwischen Vertrautheit und räumlicher Nähe gibt. Für die Frage nach Sympathie ergibt dies laut Berscheid und Reis (ebd.) folgende Kausalkette: Menschen, die in der Nähe voneinander wohnen, werden häufiger getroffen als andere Menschen. Je häufiger ein unbekannter Mensch getroffen wird, desto vertrauter erscheint er aufgrund des *mere-exposure-effects* und als desto sympathischer wird er empfunden (ebd.). Räumliche Nähe kann also Sympathie bewirken. Außerdem gehen Menschen auch eher Beziehungen mit anderen Menschen ein, die sehr nah wohnen, als mit Menschen, die auch nur etwas weiter entfernt leben. Dies wird als *proximity effect*, also Effekt der Nähe, bezeichnet (Kassin et al. 2014). Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass räumliche Nähe auch mit dem sozialen Milieu zusammenhängt. In der eigenen Umgebung leben meist Personen, die der gleichen sozialen Schicht angehören als die eigene Person, weshalb mehr Gemeinsamkeiten vorliegen können. Insgesamt kann gesagt werden, dass „ein wechselseitiges Verhältnis zwischen psychischer und sozialer Nähe, Vertrautheit und interpersonaler Attraktion“ (Sodemann 2013, S. 41) besteht. Der Effekt der Nähe und des bloßen Ausgesetztseins kann nicht angewandt werden, wenn ein Reiz, in diesem Fall ein Mensch, von vornherein als negativ betrachtet wird. Zum Beispiel entwickelt eine Person die negativ von einer anderen denkt bei zunehmender Nähe keine Sympathie, sondern die Abneigung vergrößert sich (Aronson et al. 2010). Er wird immer unsympathischer empfunden, je öfter er gesehen wird. Es besteht demnach ein positiver Zusammenhang zwischen abnehmender

2.2 Sympathie in der Sozialpsychologie

Attraktion, sinkender Vertrautheit und zunehmender Distanz (Soddemann 2013).

Zusätzlich zum Faktor Nähe gibt es noch weitere Faktoren für die Entstehung von Sympathie, da nicht alle Menschen für die Personen in der näheren Umgebung Sympathie empfinden. Menschen fühlen sich zu Personen hingezogen, die sie als physisch attraktiv wahrnehmen (Miller et al. 2007). Diese Aussage ist auf beide Geschlechter anwendbar. Körperliche Attraktivität und Schönheit gelten als weitere Variablen, die mit der Sympathiebildung zusammenhängen (Hassebrauck 2006). Schönheit, bzw. Attraktivität zeigt sich als schwierig zu operationalisieren, weshalb in der Forschung darüber debattiert wird, was als Schönheit bezeichnet wird. Die verbreitetste These aus der Evolutionspsychologie besagt, dass die Menschen als körperlich attraktiv empfunden werden, die „ein Maximum an Fortpflanzungserfolg in ihrer äußeren Erscheinung erkennen lassen“ (ebd., S. 221). Berscheid und Reis (1998) und Brehm und Kollegen (2005) betonen zusätzlich gesellschaftliche und kulturelle Werte, Normen und Standards und individuelle Vorlieben und Neigungen bei der Bewertung von Schönheit, die die Sympathiebildung mit beeinflussen. Es ist bei ihnen unumstritten, dass als schön oder körperlich attraktiv gesehene Menschen sympathischer bewertet werden. Dies wird mit der *beauty is good*-Annahme begründet (Werth und Mayer 2008). Diese besagt, dass als attraktiv empfundene Personen als „geselliger, dominanter, mental gesünder, intelligenter und sozial kompetenter wahrgenommen werden als physisch wenig attraktive Personen“ (ebd., S. 124). Dieses Bild ist jedoch stark idealisiert und wirklichkeitsfremd, da Schönheit an sich noch keinen Rückschluss auf diese besagten Punkte zulassen kann (ebd.). Vielmehr ist davon auszugehen, dass die *beauty is good*-Annahme eine sich selbst erfüllende Prophezeiung zur Folge hat, da Menschen wärmer und sozialer mit als attraktiv wahrgenommenen Menschen interagieren (Aronson et al. 2010). Dadurch fällt es

2.2 Sympathie in der Sozialpsychologie

schöneren Menschen leichter einen sozialen Umgang mit ihren Mitmenschen zu pflegen, was sie sympathischer wirken lässt. Merton (1948) definierte die sich selbsterfüllende Prophezeiung folgendermaßen: „The Self-Fulfilling Prophecy is, in the beginning, a false definition of the situation evoking a new behavior which makes the originally false conception come true. The specious validity of the Self-Fulfilling Prophecy perpetuates a reign of error. For the prophet will cite the actual course of events as proof that he was right from the very beginning. [...] Such are the perversities of social logic.“ (ebd., S. 195). Die sich selbsterfüllende Prophezeiung baut auf einer anfangs falschen Definition einer Situation, die neues Verhalten hervorruft, welches die ursprüngliche falsche Definition wahr macht. Die dann entstandene Richtigkeit wird als Beweis für die eigentlich falsche Definition gesehen. Bestimmte Erwartungen können also eine Verkettung von Ereignissen auslösen, in deren Folge sich anfänglich falsche Einschätzungen bewahrheiten. Wenn eine Person also erwartet jemanden sympathisch zu finden, wird sie diese mit hoher Wahrscheinlichkeit auch sympathisch finden, auch wenn die Person anfänglich wenig sympathisch erscheint.

Ein weiterer Faktor von Sympathie ist die Ähnlichkeit zwischen Menschen, womit „ein Zusammentreffen zwischen [...] Interessen, Einstellungen, Werten, Hintergrund und Persönlichkeit“ (Aronson et al. 2010, S. 363) gemeint ist. Delhees (1994) schreibt in diesem Zusammenhang: „Sympathie ist ein Gefühl des Einander nahe-Seins. Es entsteht, wenn Menschen ähnliche Meinungen, Werturteile oder Interessen äußern und ähnliche Persönlichkeitseigenschaften aufweisen“ (ebd., S. 104). Kassin und Kollegen (2014) fanden eine enge Korrelation zwischen Sympathie und Ähnlichkeit besteht, da Menschen sich gerne mit denjenigen umgeben, die ihnen ähnlich sind. Dabei gibt es verschiedene Arten von Ähnlichkeit. Es gibt die (1) Ähnlichkeit hinsichtlich demographischer Merkmale, die (2) Ähnlichkeit bei Persönlichkeitsmerkmalen, die (3) Ähnlichkeit von

2.2 Sympathie in der Sozialpsychologie

Einstellungen und Werten, die (4) Ähnlichkeit hinsichtlich kommunikativer Fähigkeiten und die (5) Ähnlichkeit in Bezug auf die körperliche Attraktivität (ebd.). Bei der ersten Art, der soziodemographischen Ähnlichkeit, lässt sich beobachten, dass sich Freunde oder Partner in sehr vielen demographischen Faktoren, wie Alter, Schulabschluss, Rasse, Religion, Intelligenzniveau, etc., ähneln (ebd.). Als zweiter Faktor wird die Ähnlichkeit hinsichtlich Persönlichkeitsmerkmalen als Kriterium für die Sympathiebildung genannt. Der dritte Faktor der Ähnlichkeit ist der Einfluss von Ähnlichkeit von Werten, Einstellungen, Meinungen und Normen. Menschen mit ähnlichen Werten, Normen, etc. werden von Personen mehr gemocht und werden als sympathischer wahrgenommen als Personen mit unähnlichen Meinungen. Wenn Menschen der Meinung einer anderen Person nicht zustimmen, führt dies zu einer Abneigung dieser Person gegenüber (Berscheid und Reis 1998). Weiterhin wünschen sich Menschen die gleichen Überzeugungen und Einstellungen bei anderen Personen, die sie mögen (Heider und Deffner 1997). „Die Macht der Ähnlichkeit von Überzeugungen oder Einstellungen rührt von der Identität der Umwelt her, auf die sie sich beziehen, und von der Tatsache, dass es befriedigend ist, Unterstützung für den eigenen Standpunkt zu erhalten“ (ebd., S. 231f). Als vierter Faktor trägt die Ähnlichkeit der kommunikativen Fähigkeiten von Personen zur Entstehung von Sympathie bei (Aronson et al. 2010). Der fünfte Faktor der Ähnlichkeit ist die Ähnlichkeit in Bezug auf die eigene Attraktivität. Die *matching hypothesis* besagt, dass „die Partner innerhalb gegengeschlechtlicher Beziehungen einander im Ausmaß ihrer Attraktivität entsprechen“ (Mikula und Stroebe 1995, S. 83). Dabei ist jedoch unklar, ob Menschen mögliche Partner mit ähnlicher Attraktivität anziehender finden, oder ob das als Schutz vor Zurückweisung gesehen werden kann. Als Erklärung dafür, warum Ähnlichkeit Sympathie hervorruft, wird genannt, dass Ähnlichkeit eine Bestätigung für das eigene Denken und für das eigene Weltbild

2.2 Sympathie in der Sozialpsychologie

darstellt (Aronson et al. 2010). Eine weitere Erklärung wäre, dass Menschen davon ausgehen, dass sie mehr gemocht werden, wenn sie anderen Personen ähnlicher sind (ebd.).

Die Einstellung einer Person einer anderen gegenüber ist also auch von deren Bewertung und Einstellung einem selbst gegenüber abhängig. Das Wissen, dass eine andere Person einem selbst positiv gestimmt ist, kann Sympathie für diese Person auslösen (ebd.). Wenn ein negatives Selbstbild einer Person vorliegt, werden eher Personen als sympathisch empfunden, die das eigene negative Selbstbild bestätigen (Berscheid und Reis 1998). Als Faktoren eines negativen Selbstbildes beschreiben Mummendey und Eifler (1994): „Die Abwertung von Personen und Personengruppen, das Sich-Einschmeicheln, das Einschüchtern von Interaktionspartnern, das Hinweisen auf eigene Unzulänglichkeiten sowie Untertreiben“ (ebd., S. 5). Dementsprechend entscheidet auch das eigene Selbstbild einer Person, wen sie sympathisch findet. Sympathie entsteht vor allem durch die positive Bewertung von anderen (Saghafi 1989). Grundsätzlich wird festgestellt, dass bei neu getroffenen Personen die positiv wahrgenommenen Eigenschaften vorherrschen. Als Ehepartner hingegen werden auch Leute ausgewählt, die einer Person das negative Selbstkonzept bestätigen (Soddemann 2013). Die Sympathiebewertung hängt damit vom Kontext der Situation und der Art der Beziehung ab und ob eine positive oder mit dem Selbstbild kongruente Bewertung zu Attraktion oder Sympathie führt (ebd.).

Für die Bildung von Sympathie einer anderen Person gegenüber wird *Offenheit* bei dieser als wichtig erachtet (Schweiker 1983). Der Begriff Offenheit hat in der deutschen Umgangssprache mehrere Bedeutungen, er ist polysem (ebd.). So bedeutet Offenheit zum einen Ehrlichkeit. *Sich geben wie man ist* oder *sich nicht verstellen* wird häufig mit Offenheit gleichgesetzt. Dies wird häufig unter *authenticity* oder *honesty* thematisiert. Sich zu präsentieren kann auch eine negative Konnotation haben, es kann für manche Personen

2.2 Sympathie in der Sozialpsychologie

auch bedeuten: *sich verstellen, jemandem etwas vormachen*. Offenheit bedeutet zum anderen auch Selbsterfahrung und Selbstkenntnis: *neuen Erfahrungen gegenüber aufgeschlossen sein, weltoffen, unvoreingenommen, Selbstexploration*. Weiterhin bedeutet Offenheit persönliche Kritik: *jemandem sagen, was man von ihm hält/denkt* (ebd.). Diese Bedeutung befindet sich sehr nahe zu Konfrontation. Offenheit bedeutet außerdem ein Sich-Mitteilen: *sagen, was man gerade denkt und fühlt, sich-einbringen*. Im Englischsprachigen wird von *self-disclosure* oder *self-revelation*, wohingegen es im Deutschen kein direktes Gegenteil von Offenheit gibt, höchstens von *fehlender oder mangelnder Offenheit*. Sympathie und Offenheit zeigen einen engen korrelativen Zusammenhang (ebd.). Wenn eine Person nach außen offen wirkt, wird sie als sympathischer wahrgenommen (ebd.).

Bei der Sympathiebildung kann auch der Halo-Effekt eine Rolle spielen. Der Halo-Effekt wurde erstmals 1907 von Wells beschrieben (Thorndike 1920). „Der Halo-Effekt ist ein Phänomen, das bei der Bewertung von Personen auftritt. Wird eine Person aufgrund eines auffallenden Merkmals positiv oder negativ bewertet, so tendiert der Beurteiler dazu, diese Bewertung auch auf andere, nicht so auffällige Merkmale zu übertragen“ (Saghafi 1989, S. 69). Durch die Art der Kleidung, Verhalten, Sprache oder Geschlecht macht sich jeder ein nicht unbedingt gültiges Bild von einer anderen Person. Dies kann beispielsweise in einem Arztgespräch dazu führen, dass vor dem Gespräch bereits dem Patienten eine Symptomatik zugeordnet wird und andere Merkmale auf den Patienten übertragen werden können. Durch Eigenreflexion des Arztes und durch das Wissen des vorschnellen Generalisierungsprozesses kann dies verhindert werden. Auch der Patient kann dem Halo-Effekt unterliegen (ebd.).

2.3 Sympathie als Faktor der ersten Eindrucksbildung

Eine einzige als positiv bewertete Eigenschaft einer Person kann demnach dazu führen, dass diese als sympathisch angesehen wird.

Diese Faktoren zur Sympathiebildung beziehen sich auf den direkten Kontakt zwischen zwei Personen, sind also nicht eins zu eins auf Gruppen anzuwenden. Weiterhin finden die beschriebenen Prozesse meist in spezifischen sozialen Zusammenhängen statt und werden unterschiedlich stark gewertet. Beachtet werden muss auch der situative Kontext, in dem Untersuchungen gemacht werden. So werden beispielsweise Menschen im überfüllten Zug als eher unsympathisch gefunden (Delhees 1994).

Das Thema Sympathie ist in den letzten Jahren in den Hintergrund gerückt, was daran ersichtlich wird, dass ein Großteil der Literatur hauptsächlich aus den 1950er bis 1970er stammt. Die heutige Forschung beschäftigt sich deutlich mehr mit den Themen Freundschaft oder Liebe aus der Kategorie der interpersonalen Attraktion als mit Sympathie. Da das Thema Sympathie aber nach wie vor eine wissenschaftliche Relevanz hat, wird in dieser Arbeit genauer darauf eingegangen.

2.3 Sympathie als Faktor der ersten Eindrucksbildung

Die Entscheidung, ob eine Person einer anderen sympathisch ist, entsteht schon beim ersten Eindruck. Merkmale des ersten Eindrucks sind „(1) Unmittelbarkeit, Spontaneität, Eigenständigkeit, (2) Kurzfristigkeit seiner Entstehung, (3) Einprägsamkeit und Speicherung, (4) universelle Anwendung auf alle theoretisch möglichen Reize (Menschen, Landschaften, Kunstwerke, Unternehmen, Bücher etc.), (5) subjektive Richtigkeit der Diagnose, (6) Wechselseitigkeit der zwischenmenschlichen Beeindruckung“ (Bergler und Hoff 2001, S. 10). Der erste Eindruck wird als Ergebnis der Verarbeitung von auffälligen Reizen wie Aussehen, Stimme oder Geruch gesehen (ebd.). Er stellt den Beginn jeder Interaktion und

2.3 Sympathie als Faktor der ersten Eindrucksbildung

Kommunikation dar. Sympathie entsteht dadurch, dass Personen die eigene Umwelt wahrnehmen, sich einen Eindruck davon machen und diesen in Kategorien einordnen (Kordowski 1999). Die Eindrucksbildung ist Grundlage für die Orientierung einer Person gegenüber sich selbst und seiner Umwelt. Sie steuert das Erleben und Verhalten und lenkt die eigene Kommunikation und Interaktion. Damit ist sie für das Wohlbefinden einer Person und für den Kontakt zu anderen wichtig (ebd.). Eindrucksbildung ist laut Mann (1987) ein aktiver und konstruktiver Prozess. Dieser hilft dem Individuum mit Hilfe von Kategorienbildung und -aktualisierung aus dargebotenen Reizen auszuwählen, um schnellstmöglich einen Eindruck von einer anderen Person zu bekommen. Diese Verwendung von Kategorien, bzw. der Prozess der Kategorisierung anderer ist ein basaler Mechanismus der Eindrucksbildung. Die Kategorien sind wichtig, um in Gruppen zu interagieren, da sich eine Person dadurch auf wiederkehrende Verhaltensmuster der Gruppen konzentrieren kann, ohne über mögliche Fehler nachzudenken (ebd.). Auch Sympathie kann als Kategorie verstanden werden. Um die eigene Erfahrungen strukturieren zu können werden implizite Persönlichkeitstheorien, persönliche Konstrukte, Personentypologien und -prototypen, Stereotype und Vorurteile, Rollenerwartungen, Skripte und Verhaltenssettings als spezifische Formen von Kategorien verstanden (Kordowski 1999).

Geschlecht und Alter werden dabei als Primärkategorien angesehen, die in der ersten Eindrucksbildung automatisch aktiviert werden und jeweils mit Stereotypisierungsprozessen verbunden sind. So werden – in westlichen Industrieländern – Männer eher als *unabhängig*, *rational* oder *willensstark* bezeichnet, Frauen hingegen als *emotional*, *anlehnungsbedürftig* oder *warmherzig* angesehen (Eckes 2003). Im Bereich Alter werden nach Eckes (ebd.) für ältere Personen negativere Einstellungen formuliert als für jüngere. Dies zeigt, dass Kategorisierungsprozesse auch nachteilige Effekte haben

2.3 Sympathie als Faktor der ersten Eindrucksbildung

können, da sie mit Vereinfachungen, Verkürzungen oder Verzerrungen einhergehen. Die Entstehung dieser Urteilstendenzen wird von Hiebsch und Böttcher (1986) dadurch begründet, dass wahrgenommene Merkmale einer bereits vorhandenen Kategorie zugeordnet werden. Nicht-passende Merkmale finden jedoch keine Berücksichtigung. Der Beurteilende schreibt auch nicht vorhandene Informationen einer Kategorie, bzw. einem Merkmal zu (ebd.). Es konnte in einem Wahrnehmungsexperiment für die Zuordnung von Objekten bewiesen werden, dass die Unterschiede innerhalb von Klassen, bzw. Kategorien unterschätzt, die Unterschiede zwischen den Klassen jedoch überschätzt werden (Graumann 1979). Dies ist für die Personen- und damit auch für die Sympathiewahrnehmung wichtig, da es sich dabei um ein hochkomplexes, mehrdeutiges Material handelt, was zu einer stereotypen Wahrnehmung führt. Die kategorienbasierte Eindrucksbildung geht mit spezifischen, teilweise selbstwertdienlichen Einschätzungen einher. Die vorgenommenen Urteile werden als motiviert und wertbehaftet charakterisiert (Tajfel und Forgas 1981). Der erste Eindruck wird als geheime Einstufung gesehen, in der eine Person nach Persönlichkeit, Attraktivität, sozialem Hintergrund, Ähnlichkeit, usw. klassifiziert und in Abhängigkeit von inneren idealen Suchbildern eingestuft wird (Grammer 1996). Auch nach Sympathie kann eingeordnet werden. In die Beurteilung geht zusätzlich die Darstellungsweise von Körperhaltung, Kleidung und Sprechweise mit einher. Weitere persönliche Eigenschaften wie das äußere Erscheinungsbild, die physische Attraktivität, Freundlichkeit und Offenheit werden bewertet, jedoch nicht verbalisiert. Diese erste Einschätzbarkeit lässt die zukünftige Entwicklung einer Kontaktaufnahme besser vorhersagen (ebd.).

Es ist bisher nur wenig bekannt, welche Informationen zur Entscheidungsbildung beitragen (Bergler und Hoff 2001). Auch äußere Faktoren können dazu beitragen, es kann beispielsweise eine

2.4 Formen von Sympathie im Therapiekontext

Brille Intelligenz versprechen, obwohl das eine Scheinkorrelation ist (ebd.). Auch eigene Emotionen können den Beurteiler irreführen, da aktuelle Stimmungen die Entscheidungsfähigkeit beeinflussen können. Emotionen können Menschen dazu verleiten, nicht mehr alles Wichtige wahrzunehmen, die Entscheidungsgeschwindigkeit zu verändern oder Informationen sehr unterschiedlich zu verarbeiten (ebd.). Weiterhin gibt es Geschlechtsunterschiede bei der Betrachtung von Fotos. Frauen schauen Männern meist ins Gesicht, Männer blicken bei Frauen eher auf den mittleren Körperbereich (ebd.). Weiterhin achten Beurteiler vor allem auf Merkmale, die sie selbst besitzen, sie möchten damit eine mögliche Ähnlichkeit abgleichen (ebd.).

Die Bewertung einer Person wird sehr schnell vorgenommen, bei einem Bild reichen 100 Millisekunden aus, damit Personen einen Eindruck über die dargebotene Person erhält (Locher et al. 1993). Jeder Mensch scheint laut Locher eine Art ‚eingebaute‘ Vorurteile zu besitzen, die prototypisch abgerufen werden können. Vor allem die Attraktivität einer Person scheint viel bei der Urteilsbildung auszumachen. Sobald ein Foto länger als zwei Sekunden gezeigt wird, werden vor allem Frauen kritischer. Ist eine Entscheidung einmal getroffen, fällt es Menschen sehr schwer, diese Meinung zu verändern (ebd.).

2.4 Formen von Sympathie im Therapiekontext

Sympathie wird wie bereits beschrieben als eine „positive, vor allem auf der affektiven Komponente beruhende, Einstellung einer anderen Person gegenüber“ (Soddemann 2013, S. 34) verstanden. Sie ist ein Faktor, der in der Therapie in der Beziehung zwischen Therapeut und Klient eine Rolle spielt, der aber heute wenig Beachtung findet. Saghafi untersuchte im Jahr 1989, ob Sympathiebeziehungen zwischen Psychotherapeuten und Patienten einen Einfluss auf den

2.4 Formen von Sympathie im Therapiekontext

Heilerfolg der Therapie haben (Saghafi 1989). Im Rahmen der Studie wurden ärztliche Psychotherapeuten begleitet. Zu drei Zeitpunkten der Therapie wurden Daten sowohl der Patienten, als auch der Therapeuten mittels Prä-, Post- und Verlaufsmessung erhoben. Die drei Psychiater, die an der Studie teilnahmen, haben eine psychoanalytische Ausbildung und sind männlich, ihr Alter betrug im Mittel 41,3 Jahre. Die Patientenstichprobe bestand aus $n = 36$ Personen bei gleicher Geschlechteraufteilung. Der Mittelwert des Alters lag bei 27,5 Jahren bei einer Standardabweichung von 6,7 Jahren.

In Saghafis Untersuchung wurden sechs Hypothesen aufgestellt:

Der Zusammenhang zwischen der Sympathiebeziehung zwischen Therapeut und Klient und dem Heilerfolg einer psychotherapeutischen Behandlung ist stärker bei:

- (1): reaktiven als bei endogenen Depressionen
- (2): weniger schweren als bei sehr schweren Störungen
- (3): weiblichen als bei männlichen Klienten
- (4): Klienten, die ein anderes Geschlecht als der Therapeut haben
- (5): jüngeren als bei älteren Klienten
- (6): Klienten mit höherem sozioökonomischen Status als bei Klienten mit niedrigerem sozioökonomischen Status

Für diese Studie Saghafis wurden zu den drei Messzeitpunkten die gleichen für den Zweck der Studie entworfenen Fragebögen mit Ratingskalen verwendet. Es wurden jeweils die Therapeuten und die Klienten befragt, des Weiteren gab es einen Fragebogen für den Beobachter. In der Studie wurden auch die Bezugspersonen, vor allem Ehepartner, Elternteile oder andere enge Bezugspersonen befragt. Die Untersuchung wurde in der Praxis des jeweiligen Arztes

2.4 Formen von Sympathie im Therapiekontext

durchgeführt. Nach der betreffenden Sitzung wurden die Fragebögen ausgehändigt mit der Bitte um sofortiges Ausfüllen.

Die Ergebnisse Saghafis für die Sympathie des Therapeuten gegenüber dem Klienten lauten, dass die Vorliebe zur Behandlung des Klienten und das Interesse an seiner Heilung stark ausgeprägt ist und nur ein geringes Interesse an privaten Kontakten besteht. Die Sympathie des Therapeuten den Klienten gegenüber wird über die ganze Therapiedauer hinweg als ähnlich hoch bewertet. Für die Sympathie des Klienten gegenüber dem Therapeuten gibt es sehr unterschiedliche Werte an den drei Messzeitpunkten. Im Laufe der Behandlung entwickelt sich ein verstärktes Interesse an privatem Kontakt mit dem Therapeuten. Insgesamt neigen die Klienten zu mehr Sympathie dem Therapeuten gegenüber.

Der Beobachter konnte feststellen, dass sich das Verhalten des Therapeuten im Laufe der Behandlung positiv veränderte, wobei die größte Veränderung im ersten Behandlungszeitraum geschah. Ähnliches Verhalten wurde bei den Klienten sichtbar. Insgesamt werden die Sympathieeinschätzungen von Therapeut und Klient vom Untersucher geteilt. Das Interesse des Therapeuten an über die Behandlung hinausgehende Kontakte mit dem Klienten ist für Klienten mit stärkerer Symptomreduktion wesentlich geringer als für die mit geringerer Symptomreduktion.

Entgegen der Erwartung Saghafis konnte kein Zusammenhang zwischen dem Sympathieempfinden des Klienten gegenüber dem Therapeuten und dem Heilerfolg einer psychotherapeutischen Behandlung festgestellt werden. Der Heilerfolg in der Therapie ist jedoch größer bei hohem Sympathieempfinden des Therapeuten gegenüber dem Klienten. Dies ist stärker festzustellen bei einer reaktiven als bei einer endogenen Depression, bei einer schweren als bei einer sehr schweren Störung, für die im Vergleich zu den Therapeuten gegengeschlechtlichen weiblichen Klientinnen und

2.4 Formen von Sympathie im Therapiekontext

stärker bei Klienten mit einer höheren Schulbildung als bei solchen ohne höhere Schulbildung (Saghafi 1989).

In der Studie von Gottschalk, Mayerson und Gottlieb (1967) konnte gezeigt werden, dass es keine signifikante Korrelation zwischen Sympathie und Therapiedauer gibt. Die Einstellung des Therapeuten zum Klienten war jedoch stark vom ersten Eindruck und der ersten Begegnung abhängig. Die Forscher stellten fest, dass der Therapeut eine positivere Einstellung zu den weniger kranken Klienten entwickelte. Dies beruht vermutlich auf einer besseren Motivation, kürzeren Therapiezeiten und einer realistischeren und präziseren Darstellung ihrer Probleme (ebd.). Goldstein (1971) fand in einer Untersuchung heraus, dass je sympathischer ein Klient den Therapeuten findet, desto besser arbeitet dieser in der Therapie mit und kommt zu einer zweiten Behandlung zu ihm. Er fand keine Korrelationen zwischen der ‚Attraktivität‘ des Therapeuten und einem positiven therapeutischen Ergebnis. Die vermeintliche ‚Attraktivität‘ hat jedoch indirekte Folgen, da der Klient dadurch länger in Therapie bleibt und sich somit der Einfluss des Therapeuten steigert, da der Klient sich ihm mehr öffnen kann (ebd.). Goldstein konnte ebenfalls herausfinden, dass die Erfolgserwartung des Therapeuten Einfluss auf den therapeutischen Prozess und den Ausgang der Therapie hat. Dabei wird die Erfolgserwartung an die Wahrnehmung bestimmter Eigenschaften zu Beginn der Therapie gekoppelt. Klienten, denen günstigste Eigenschaften zugeschrieben werden, werden als YAVIS-Klienten (young, attractive, verbal, intelligent, successful) bezeichnet. Sie haben bessere Chancen eine erfolgreiche Therapie zu absolvieren. Dies kann entweder daran liegen, dass diese Klienten tatsächlich besser geeignet für den therapeutischen Prozess sind oder dass dabei Erwartungseffekte zum Tragen kommen. Falls letzteres zutreffen sollte, sollte dieser Effekt laut Goldstein durch Umstrukturierung von Erwartungshaltungen beim Therapeuten modifiziert werden, da die Therapeuten anscheinend

2.4 Formen von Sympathie im Therapiekontext

Therapiemethoden anwenden, die für die YAVIS-Klienten funktionieren, aber nicht für NON-YAVIS-Klienten (ebd.). Goldstein (ebd.) fand ebenfalls heraus, dass sich Sympathie-Werte, die Klienten Therapeuten entgegenbringen, steigern lassen. Dies gilt jedoch nur für YAVIS-Klienten, die Werte von NON-YAVIS-Klienten konnten sich nur teilweise verbessern lassen (ebd.). Wallach und Strupp (1960) konnten herausfinden, dass der Therapeut eher dazu neigt, den Klienten als weniger neurotisch gestört einzustufen, wenn der Klient seitens seines Therapeuten als sympathischer eingeschätzt wird. Dann ist er auch bereit günstigere Therapieprognosen abzugeben und den Klienten in die Therapie aufzunehmen. Weiterhin wird die normale therapeutische Vorgehensweise eher durchgehalten, wenn der Klient dem Therapeuten sympathisch ist. Therapeuten, die unterschiedliche Einstellungen als ihre Klienten haben, beurteilen die Klienten als gestörter, vermuten einen längeren Zeitraum bis zu den ersten therapeutischen Effekten und berichten im Verlauf der Therapie über geringere therapeutische Fortschritte. Außerdem vermuten Therapeuten bei ihren Klienten Wertvorstellungen, die ihren eigenen entsprechen, auch wenn dies nicht der Fall ist (Fietkau und Perrez 1977).

3. Sympathiebeeinflussende Faktoren in der Suchttherapie

Im Folgenden werden unterschiedliche Faktoren genauer betrachtet, von denen ausgegangen wird, dass sie einen Zusammenhang mit der Sympathiebildung zwischen Suchttherapeut und Klient aufweisen. Dazu gehört die therapeutische Beziehung mit der Unterscheidung zwischen Therapieschulen, mögliche Unterschiede im Sympathieempfinden von Klienten, die verschiedene Substanzen konsumieren oder Unterschiede aufgrund des Settings, in dem die Therapeuten arbeiten. Anschließend werden die Fragestellung und die Hypothesen der folgenden quantitativen Untersuchung herausgearbeitet und vorgestellt.

3.1 Die therapeutische Beziehung

Die Therapiebeziehung zwischen Klient und Therapeut ist ein wichtiger Wirkfaktor in der Psychotherapie (Schmidt-Traub 2003), welche durch die Bildung von Sympathie verbessert wird (Bents und Kämmerer 2018). Eine vertrauensvolle und kooperative Therapiebeziehung ist gekennzeichnet „durch gegenseitige Verbundenheit, Übereinstimmung in den Therapiezielen und therapeutischen Aufgaben sowie, auf Seiten des Therapeuten, durch Wertschätzung und emotionale Wärme für die Person des Patienten, wohlwollende Zuwendung und aufrichtiges Interesse an dessen Problemen“ (Pfammatter und Tschacher 2012, S. 71). Zur Therapiebeziehung gehören weiterhin Gefühle und Einstellungen von Patient und Therapeut füreinander und die Art und Weise, wie mit diesen umgegangen wird und sie zum Ausdruck gebracht werden (Schmidt-Traub 2003). Diese Beziehung wird durch den Faktor Sympathie stark mit beeinflusst, da durch die Bildung von Sympathie oder Antipathie, also von Abneigung, der Klient oder der Therapeut

3.1 Die therapeutische Beziehung

von Anfang an positiv oder negativ bewertet wird (Kahraman 2008). Dies könnte zu einer Veränderung der Therapiebeziehung führen, was den Verlauf der Therapie beeinflussen kann. Es konnte ein direkter Zusammenhang zwischen der persönlichen Einstellung des Therapeuten gegenüber dem Klienten und der klinischen Einschätzung des Klienten durch den Therapeuten nachgewiesen werden (Fietkau und Perrez 1977). Weiterhin zeigten sich Zusammenhänge zwischen der positiven Einstellung des Therapeuten und günstigen therapeutischen Prozessen und Effekten (ebd.). Fiedler (1953) konnte belegen, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen positiven Einstellungen des Therapeuten zu seinem Klienten und dem Ausmaß, in dem der Klient in der Therapie gefühlsmäßige Reaktionen zeigt. Eine positive Einstellung des Therapeuten kann auch Sympathie sein, die demnach eine Auswirkung auf den Therapieverlauf des Klienten haben kann.

Es lassen sich gemeinsame Ziele der unterschiedlichen Therapieschulen feststellen, die einen Einfluss auf die therapeutische Beziehung haben, die wiederum einen Einfluss auf das Sympathieempfinden hat. So geht es in der therapeutischen Beziehung darum den Patienten zu helfen. Unabhängig von der Therapieschule sind Therapeuten davon überzeugt, dass dem Patienten zu helfen ist, was das wesentliche psychotherapeutische Konzept Hoffnung entstehen lässt. Die Allianz des Patienten mit dem als hilfreich und mächtig eingeschätzten Therapeuten lässt zu Beginn der Therapie die Demoralisation bekämpfen (Holm-Hadulla 2000). Danach wird in der gelungenen Psychotherapie Selbstaktualisierung und Selbstwirksamkeit, also das Gefühl selbst etwas verändern zu können, erreicht. Weiterhin werden in der therapeutischen Beziehung Gefühle, Erinnerungen und Vorstellungen angeregt, die durch Aussprachen dieser bereits zur Symptomverbesserung führen können (ebd.). Die therapeutische Beziehung gewährleistet eine gewisse Form der Sicherheit, indem Patienten sich frei äußern und Dinge

3.1.1 Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie

aussprechen können, die sie außerhalb dieses geschützten Rahmens nicht sagen könnten. Dies wird unter anderem durch die Schweigepflicht des Therapeuten erreicht. Außerdem können durch den Rahmen der therapeutischen Beziehung Erklärungsmodelle für die Symptome des Patienten entwickelt werden, um diese verbessern zu können. In der Therapie steht der Patient als Individuum im Vordergrund mit seinen subjektiven Erfahrungen und Gefühlen. Dadurch befinden sich Therapeut und Patient auf einer Ebene mit eigenem Wahrheitsgehalt (ebd.). Weiterhin findet der Klient im Therapeuten jemanden, der als stärker oder weiser als er selbst erscheint. Der Klient kann mit einem Therapeuten seine Erfahrungen anders reflektieren (Dozier und Bates 2004). Zur therapeutischen Beziehung gehört es auch, dass diese Beziehung getestet wird und sich verändert (Sulz 2015). Da in verschiedenen Therapieschulen auf unterschiedliche Weise gearbeitet wird, werden diese in den nächsten Kapiteln im Hinblick auf die vermeintlich unterschiedliche Sympathiebildung noch genauer beleuchtet.

3.1.1 Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie

„Verhaltenstherapie ist ein komplexes interaktionelles Geschehen, bei dem ein professioneller Therapeut bestrebt ist, im Rahmen einer bestimmten Gesamtstrategie und unter Anwendung bewährter psychologischer Prinzipien für wünschenswert gehaltene Veränderungen bei Patienten zu bewirken“ (Hoffmann 2018, S. 468). Die Interaktion zwischen Therapeut und Klient soll dabei vom Beziehungsverhalten des Klienten geprägt werden (Holm-Hadulla 2000). Auf dieses Verhalten soll der Therapeut reagieren. Bei einer höheren Sympathie einem Klienten gegenüber würde der Therapeut anders auf den Klienten reagieren. In der Verhaltenstherapie soll der Klient mit seiner Selbst- und Weltsicht ernst genommen werden, wofür

3.1.1 Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie

die Beziehung zwischen Therapeut und Klient gleichberechtigt und partnerschaftlich gestaltet sein soll (ebd.). Ein gleichberechtigtes Verhalten kann ein höheres Sympathieempfinden eines Verhaltenstherapeuten zur Folge haben. In der Verhaltenstherapie wurde die therapeutische Beziehung lange vernachlässigt, sie fand über die Praxis eine Bedeutung und nicht über die Theorie (ebd.). Dieser Prozess gestaltete sich lange Zeit als schwierig, da die Verhaltenstherapie als wissenschaftlich begründete Technik nun mit den lebensweltlichen Elementen der therapeutischen Beziehung in Einklang gebracht werden musste. Den Einfluss der therapeutischen Beziehung wissenschaftlich zu erforschen wurde stark bezweifelt (ebd.). Deshalb hat die Verhaltenstherapie erst in den 1990er Jahren begonnen sich damit auseinanderzusetzen (ebd.). Die Verhaltenstherapie löste diese Problematik, indem sie die wesentlichen Elemente der therapeutischen Beziehung aus der Gesprächspsychotherapie nach Rogers übernahm. Diese Elemente sind Empathie, Wertschätzung, Echtheit und Bestätigung für die Klienten, die die Sympathiebildung mit beeinflussen können (ebd.). In der Verhaltenstherapie wird versucht die therapeutische Interaktion auch lerntheoretisch-wissenschaftlich zu begründen, indem etwa die Therapie als straffreier Raum definiert wird (ebd.). Grawe (1992) stellte in den frühen 1990ern fest, dass innerhalb der verhaltenstherapeutischen Ausbildung Konzepte zur gezielten Diagnostik und Gestaltung des Beziehungsverhaltens nur eine geringe Rolle spielten. Daher schlug er eine interaktionelle Verhaltenstherapie vor, in der die Analyse und bewusste Gestaltung des Beziehungsverhaltens im Mittelpunkt der Therapie stehen (ebd.). Im Laufe der weiteren Jahrzehnte wurde die therapeutische Beziehung in die Verhaltenstherapie integriert, so heißt es 2018 im Lehrbuch der Verhaltenstherapie: „Dabei bilden die [...] Interventionen und das zwischenmenschliche Klima, das heißt die Therapeut-Patient-Beziehung, eine untrennbare Einheit“ (Hoffmann 2018, S. 474). Damit

3.1.2 Die therapeutische Beziehung in der analytischen Psychotherapie

hat auch Sympathie Eingang in die Verhaltenstherapie gefunden, da diese mit der therapeutischen Beziehung in Zusammenhang steht.

3.1.2 Die therapeutische Beziehung in der analytischen Psychotherapie

In der Psychoanalyse spielt die therapeutische Beziehung seit deren Gründung eine sehr große Rolle. Freud machte bereits bei seiner ersten Patientin die Entdeckung, dass Patienten in ihrer Beziehung zum Therapeuten Muster aktualisieren, die aus ihrer Biographie stammen und eine Relevanz für die Symptombildung haben. Dies wurde von Freud *Übertragung* genannt, was für ihn zum wichtigen Bestandteil seiner Behandlung, bzw. sogar zur Bedingung für eine erfolgreiche Psychotherapie wurde (Holm-Hadulla 2000). Auch Sympathie kann eine Übertragung in der Psychoanalyse sein. Die unterschiedlichen Übertragungen werden dabei systematisch analysiert, um einen Therapieerfolg zu erreichen. Dies kann im Therapieverlauf zu Schwierigkeiten führen. Dort werden nicht nur die positiven Übertragungen genutzt, indem dem Patienten beispielsweise Zuwendung und Verständnis entgegengebracht wird, sondern auch aggressive, bzw. feindliche Übertragungen werden mit dem Therapeuten ausgetragen. Trotzdem soll die therapeutische Beziehung einen freundlichen Charakter aufweisen, wofür eine Sympathiebildung hilfreich sein kann. Freud beschreibt bereits 1912 in der Erstauflage, dass seiner Meinung nach die Übertragung bereits Leidenssymptome vorübergehend beseitigen kann. Dies bezeichnet er aber als Suggestivbehandlung und nicht als Psychoanalyse. Als Psychoanalyse würde er es erst benennen, wenn die Übertragung zur Überwindung der Widerstände führt und diese dann aufgelöst werden kann (Freud 1996). Die Nachfolger Freuds bemühten sich die tragfähige Arbeitsbeziehung von der Übertragungsbeziehung zu trennen. So wurde das Konstrukt *Arbeitsbündnis* mit eingeführt, das

3.1.3 Die therapeutische Beziehung in der Gestalttherapie

die „Motivation des Patienten, seine Krankheit zu überwinden, sein Gefühl der Hilflosigkeit, seine bewusste und rationale Bereitschaft mitzuarbeiten und seine Fähigkeit, den Anweisungen und Einsichten des Analytikers zu folgen“ (Goßmann und Paulinz 2014, S. 39f) beinhaltet. Diese Faktoren können durch eine höhere Sympathie schneller erreicht werden. Die therapeutische Haltung in der Psychoanalyse stützt sich auf eine unaufdringliche Präsenz und fördernde Empathie (Holm-Hadulla 2000). Diese soll den Erkenntnis- und Deutungsprozess begleiten. Auch in der analytischen Psychotherapieforschung wird zwischen dem therapeutischen Arbeitsbündnis und der Therapiebeziehung unterschieden. Das therapeutische Bündnis hat dabei einen eigenen therapeutischen Effekt und ist Vorbedingung für erfolgreiche Deutungen. Außerdem interagiert es mit anderen therapeutischen Interaktionen. So können unterstützende Strategien angewendet werden, wenn der Patient eine Beziehung nicht gut aufbauen kann. Eine hohe Sympathie wäre hilfreich, um eine gute Therapiebeziehung aufbauen zu können. Weiterhin geht das Empathiekonzept der Analyse über das humanistische Menschenbild hinaus, indem auch die negativen Übertragungen und Gegenübertragungen gedeutet und toleriert werden müssen. Dadurch wird die Gegenübertragung nicht als Störfaktor wahrgenommen, sondern als Grundlage den Patienten empathisch verstehen zu können.

3.1.3 Die therapeutische Beziehung in der Gestalttherapie

Die Gestalttherapie hat ihren Ursprung in der Psychoanalyse (Boeckh 2014). Sie geht davon aus, dass Wahrnehmung immer auf das Erkennen sinnhafter Ganzheiten, also Gestalten, ausgerichtet und somit ein aktiver Gestaltbildungsprozess ist (ebd.). Nicht der Therapeut weiß, was das Richtige für den Klienten ist, sondern der Klient bekommt in der Therapie Zugang zur eigenen Befindlichkeit,

3.1.4 Die therapeutische Beziehung in der systemischen Therapie

wodurch er Kontakt zu sich bekommen und vermeidendes Verhalten bemerken kann. Die Gestalttherapie ist aktionsorientiert, Bedürfnisse sollen als offene Gestalt benannt werden. Ziel ist es diese offene Gestalt zu schließen. In der Gestalttherapie deutet der Therapeut keine Aussagen oder Handlungen des Klienten, es soll eine Beziehung auf Augenhöhe entstehen. Grundlage der Gestalttherapie ist ein humanistisches Weltbild (ebd.). Im Zentrum der Behandlung steht der unmittelbare Umgang mit dem persönlichen Erleben. In der Gestalttherapie ist die therapeutische Beziehung Kern der Therapie, in der die therapeutische Beziehung bereits heilsam ist (ebd.). Als wichtige Faktoren der therapeutischen Beziehung in der Gestalttherapie wurden aktives Engagement, Verstehen und Authentizität festgestellt (Holm-Hadulla 2000). Diese werden aber nur als hilfreich wahrgenommen, wenn der Patient sich vom Therapeuten unterstützt und gesehen fühlt. Dafür zeigt sich eine höhere Sympathie als förderlich. Dies bedeutet auch, dass es für die Gestalttherapie ein großes Problem ist, wenn der Therapeut zu drängend ist. Ein zu abwartendes oder offenes Vorgehen des Therapeuten hingegen kann die Vulnerabilität von Patienten überfordern (ebd.).

3.1.4 Die therapeutische Beziehung in der systemischen Therapie

Die heutige systemische Therapie wurde zu ihrem Beginn als Familientherapie verstanden, da sie mit der gesamten Familie arbeitet, anstatt mit nur einer Person (Kriz 2015). Anfangs waren die typischen Klienten der systemischen Therapie psychisch auffällige Jugendliche oder junge Erwachsene, weshalb es – auch juristisch – wichtig war die ganze Familie oder zumindest wichtige Bezugspersonen mit in den Therapieverlauf mit einzubeziehen. Außerdem erkannten die systemischen Therapeuten, dass es die Familie stark verunsicherte, wenn der Jugendliche sich durch die Therapie verändert, da sie nicht

3.1.4 Die therapeutische Beziehung in der systemischen Therapie

nachvollziehen konnten was in der Therapie passiert. Die Verunsicherung hat ihren Ursprung darin, dass sich die Familie bereits an die Symptome des Jugendlichen gewöhnt hatte. Mit dessen Veränderung änderte sich die Familiendynamik, worauf sie sich neu einstellen musste. Durch das Hinzunehmen aller Familienmitglieder konnte gegen die Verunsicherung entgegengewirkt werden (ebd.). Der Beginn der Familientherapie war damals ein sehr praktisches Konzept, es gab nur wenig theoretische Grundlagen dafür. Im Laufe der 1950er bis 1970er kamen verschiedene theoretische und konzeptionelle Strömungen zur Familientherapie dazu, die die therapeutische Beziehung in der heutigen systemischen Therapie klar mit beeinflusst haben. Eine Strömung ist die psychodynamische, in der vor allem die Allparteilichkeit des Therapeuten, die Notwendigkeit in das Eingreifen von Prozessen, die Betonung des Positiven in der Familie und die Mobilisierung von Ressourcen in der Familie im Vordergrund stehen (ebd.). Die strukturelle Perspektive gibt ein direktes Arbeiten des Therapeuten vor, dieser übernimmt die Führung im Therapieprozess. Eine Sympathie von Seiten des Therapeuten kann dementsprechend eine unterschiedliche Gesprächsführung zur Folge haben. Die therapeutische Beziehung in der entwicklungs- und erfahrungszentrierten Perspektive legt den Schwerpunkt auf Wertschätzung, klare Regeln, Realitätsbezogenheit, Zuverlässigkeit und Zuversichtlichkeit (ebd.). Diese Punkte können die Sympathiebildung mit beeinflussen. Die Strömung der strategischen Perspektive brachte Konzepte wie Neutralität, Hypothesieren und Zirkularität mit ein. Im Zentrum der heutigen systemischen Therapie steht die kooperative Gestaltung im therapeutischen Prozess zwischen Therapeut und Klient. Dieser soll auf Augenhöhe sein und nach neuen Möglichkeiten suchen Probleme zu beschreiben oder umzudeuten. Das Ziel der Therapie liegt nicht in der Problem-, bzw. Symptombeseitigung, sondern darin eine Sprache zu entwickeln, in der das Problem nicht mehr existiert. Für den Therapeuten ist es daher

3.2 Ambulante vs. stationäre Therapie

wichtig gut zuhören zu können, er soll einen Raum schaffen, in dem ein dialogischer Austausch möglich ist. Das Handeln des Therapeuten soll von Gegenseitigkeit, Bescheidenheit und Respekt gekennzeichnet sein. Dies kann bei höherer Sympathie leichter erreicht werden (ebd.).

3.2 Ambulante vs. stationäre Therapie

Die Sympathiebildung im Rahmen der Suchttherapie kann auch von dem Setting der Therapie mit beeinflusst werden. Suchttherapie in Deutschland wird im Rahmen der ambulanten Therapie, meist in Suchtberatungsstellen, oder im Rahmen der stationären Therapie, in speziellen Suchtkliniken, geleistet (Holz 2000). In der Suchttherapie soll eine dauerhafte Abstinenz, eine weitgehende Behebung körperlicher und psychischer Störungen, aber auch die Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit Ziel sein. Dafür werden gezielt arbeits- und beschäftigungstherapeutische Maßnahmen angeboten, was beide Behandlungsmöglichkeiten gewährleisten. Voraussetzung für eine ambulante Rehabilitation sind Faktoren wie eine stabile Wohnsituation, ein intaktes soziales Umfeld, sowie die Bereitschaft und Fähigkeit während der ambulanten Rehabilitation abstinent bleiben zu können (Mühl 2000). Klienten einer Suchtklinik gelten als schwierigere, kränkere Klienten, da sie diese Merkmale meist nicht erfüllen können (Brand et al. 2016). Als prognostisch günstige Faktoren für eine erfolgreiche Therapie werden das Zusammenleben mit einem Partner, Wohneigentum, eine Arbeitsstelle in den letzten zwei Jahren, kein Arbeitsplatzverlust aufgrund von Alkohol und keine vorangegangene Entwöhnungsbehandlung genannt (Rist 2000). Dies sind häufig Faktoren, die Voraussetzungen für eine ambulante Therapie sind. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Prognose einer Suchttherapie bei ambulanten Klienten dadurch positiver ausfällt (ebd.). Drogenabhängige Personen kommen häufig

3.3 Substanzunterschiede

per gerichtliche Auflage in die ambulante Behandlung und Cannabisabhängige weisen dort die vergleichsweise kürzeste Behandlungsdauer auf. Im ambulanten Bereich zeigen diese Personen auch durchschnittlich gute Ergebnisse, im stationären Bereich hingegen eher schlechte, was mit der stärkeren Störungsausprägung im stationären Setting und mit der Zusatzbelastung durch weiteren Substanzkonsum und der psychosozialen Belastung zusammenhängt. Die soziale Situation der cannabisabhängigen Patienten im stationären Setting zeigt sich alarmierend (Brand et al. 2016). Für den stationären Bereich entscheiden die Klienten meist aufgrund einer hohen subjektiven Belastung und des erhöhten Leidensdrucks durch den Konsum. Dort weisen diese die längste Behandlungsdauer auf.

3.3 Substanzunterschiede

Die Sympathie in der suchtherapeutischen Behandlung kann davon mitbestimmt werden, welche Substanz eine Person konsumiert. Im Folgenden werden die Unterschiede von alkohol- und cannabisabhängigen Personen diskutiert und die Arbeit mit Angehörigen. In der Behandlung von suchtmittelerkrankten Personen ist ein Spektrum an Suchtmitteln vorhanden. Alkohol ist dasjenige Suchtmittel, das in der Gruppe von Klienten in der Suchthilfe am häufigsten konsumiert wird (Gomes de Matos et al. 2016). Einen klinisch relevanten Alkoholkonsum weisen 19% der deutschen Allgemeinbevölkerung auf (ebd.). Hierbei zeigt sich die Berücksichtigung des Geschlechterunterschiedes interessant, da bei Männern liegt der klinisch relevante Alkoholkonsum bei 28,3%, bei Frau liegt dieser bei 9,6% (ebd.). Verschiedene Substanzen rufen unterschiedliche Wirkungen hervor, weshalb sich die Konsumenten in ihren Persönlichkeitseigenschaften voneinander differenzieren (Schenk 1979). Dies könnte Auswirkungen auf die

3.3 Substanzunterschiede

Sympathieeinschätzung haben, weshalb auf die Persönlichkeitseigenschaften näher eingegangen wird.

Schenk führte 1979 eine Studie durch, in der Persönlichkeitskorrelate von verschiedenen Suchtmitteln in einer Querschnittsstudie herausgefunden werden sollten (Schenk 1979). Dafür wurden Diskriminanzanalysen bei den unterschiedlichen Konsumenten durchgeführt. Bei Alkoholkonsumenten differenzierte er verschiedene alkoholische Getränke. Als Alkoholkonsument bezeichnet Schenk die Personen die in der Woche zwei und mehr Gläser Wein, bzw. drei oder mehr Flaschen Bier trinken, dabei höchstens zehn Zigaretten pro Tag rauchen und ansonsten keine weiteren Drogen konsumieren. Bier- und Weintrinker haben den größten Unterschied hinsichtlich des Faktors politische Aktivität. Weintrinker werden als sehr politisch wahrgenommen, während Bierkonsumenten die Eigenschaften unpolitisch, konservativ, reizhungrig, durchsetzungsbereit, gesellig und erregbar zugeschrieben werden (ebd.). Je stärker der Bierkonsum ist, desto höher ist das Bedürfnis nach Stimulierung und Geselligkeit. Diese Eigenschaften verstärken sich bei höherem Alkoholkonsum. Sie können sich unterschiedlich auf die Sympathieeinschätzung von Therapeuten auswirken.

Die zweithäufigste konsumierte Substanz in Deutschland ist Cannabis. Diese ist die am Häufigsten konsumierte illegale Droge (Brand et al. 2016). Personen mit einer Cannabisabhängigkeit zeichnen sich durch junges Alter, geringes Bildungsniveau und hohe Arbeitslosigkeit aus. Weiterhin haben diese Personen einen vergleichsweise frühen Erstkonsum und Störungsbeginn (ebd.). Der klinisch relevante Konsum der Allgemeinbevölkerung liegt bei Cannabis bei 1,2%. Auch hierbei liegt der Anteil an männlichen Konsumenten höher (Gomes de Matos et al. 2016).

In Schenks Studie von Persönlichkeitseigenschaften untersuchte er auch Cannabiskonsumenten (Schenk 1979). Für die

3.3 Substanzunterschiede

hier vorliegende Untersuchung werden die Ergebnisse der Konsumenten vorgestellt, die Cannabis in ihrem Leben mehr als elf Mal konsumiert haben und/oder die in den letzten drei Monaten über vier Mal konsumiert hat. Diese Cannabiskonsumenten sind dadurch gekennzeichnet, dass sie ein hohes Bedürfnis nach neuen Reizen haben und wenig konservativ sind. Weiterhin sind sie extravertiert, spannungsgeladen, politisch entfremdet und zeigen eine insgesamt geringe Aktivität. Cannabiskonsumenten gelten als aufgeschlossen und erzielen bei dem Faktor *experience seeking* hohe Werte (ebd.). Schenk (ebd.) konnte nachweisen, dass Cannabiskonsum durch weltanschauliche Haltungen bestimmt ist, dazu gehört eine neurotische Erlebnisverarbeitung.

Drogenkonsumenten werden auch in einer weiteren Studie als weniger ängstlich, weniger belohnungsabhängig und stärker anreizsuchend wahrgenommen. Weiterhin sind Persönlichkeitseigenschaften wie *sensation seeking*, *novelty seeking* und Impulsivität für einen höheren Drogenkonsum förderlich (Rist und Reymann 2000). Da sich diese Eigenschaften stark von denen der Alkoholkonsumenten unterscheiden kann dies zur unterschiedlichen Bewertung von Sympathie bei diesen beiden Gruppen führen. Hierbei muss allerdings beachtet werden, dass die Droge als Interaktionsgeschehen zwischen Person und Droge zu sehen ist und keine direkte Beziehung zwischen Persönlichkeit und Drogenkonsum besteht. Die Person möchte eine bestimmte Wirkung erzielen um persönliche Bedürfnisse befriedigen zu können (Schenk 1979).

Im deutschen Suchthilfesystem erhalten auch Angehörige Suchtkranker die Möglichkeit sich Hilfe zu holen. Angehörige unterscheiden sich in ihrem Auftrag von den Suchtmittelkonsumenten, sie möchten Unterstützung im Umgang mit einer gefährdeten oder erkrankten Person. Daher ist es möglich, dass sich Angehörige von Konsumenten in der Sympathieeinschätzung von Suchttherapeuten unterscheiden. Die Versorgungssituation für die Angehörigen in

3.4 Fragestellung und Hypothesen

Deutschland ist vergleichsweise schlecht, da es im ambulanten Bereich nur wenige Ressourcen für diese Personen gibt (Bischof 2018). Für Angehörige zeigt sich der Zugang zum Hilfesystem auch erschwert, da sich nur 10% der suchtmittelabhängigen Klienten Hilfe holen (ebd.). Dadurch besteht für viele betroffene Angehörige auch nicht die Möglichkeit begleitend zur Behandlung an Gesprächen teilzunehmen. Angehörige sind von Schuld- und Schamgefühlen betroffen, diese sind auch Barrieren im Hinblick auf Inanspruchnahme von Hilfen (ebd.). Angehörige Suchtkranker weisen erhöhte Depressionswerte im Vergleich zur Gesamtbevölkerung auf (Bischof et al. 2018), weiterhin besteht bei ihnen eine „erhöhte Rate an Viktimisierung, Verletzungen, affektiven und Angststörungen, ein reduzierter allgemeiner Gesundheitszustand, deutlich erhöhte medizinische Behandlungskosten und Produktivitätsverluste“ (ebd., S. 64).

3.4 Fragestellung und Hypothesen

Sympathie ist in der Sozialpsychologie ein wenig empirisch erforschtes Phänomen. Bei genauerer Betrachtung des Konstruktes Sympathie fällt auf, dass die wissenschaftliche Definition von Sympathie kaum verbreitet ist, die Begriffe Sympathie oder sympathisch werden hauptsächlich umgangssprachlich verwendet. Das Thema Sympathie in der therapeutischen Beziehung wurde bisher nur wenig beachtet, was die mangelnde Studienlage verdeutlicht. Es hat sich noch keine vorliegende Studie damit befasst, welche Faktoren es bei Klienten und Therapeuten gibt, die die Sympathiebildung beeinflussen. Aufgrund des möglichen Einflusses von Sympathie auf das Therapieergebnis ist es von wissenschaftlicher Relevanz, dieses Thema genauer zu erforschen.

Sympathie ist als Begriff sehr schwierig zu operationalisieren. In der Sozialpsychologie wurden einige Kriterien gefunden, die einen

3.4 Fragestellung und Hypothesen

Zusammenhang mit Sympathie aufweisen. Dazu gehören Ähnlichkeit, Schönheit oder Nähe (Aronson et al. 2010). Allerdings wurde bisher noch nicht untersucht, ob diese Kriterien in der Beziehung zwischen Therapeut und Klient auch gültig sind, weshalb sie hier nochmals getestet werden. Es ist das Ziel dieser Arbeit mögliche Sympathiefaktoren in der Therapeut-Klienten-Beziehung festzustellen. Zu diesem Zweck wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

1. Therapeuten finden Klienten signifikant sympathischer, die das gleiche Alter wie sie selbst haben
2. Therapeuten finden Klienten signifikant sympathischer, die das gleiche Geschlecht wie sie selbst haben
3. Verhaltenstherapeuten finden Klienten signifikant weniger sympathisch als Therapeuten anderer Therapieschulen
4. Erfahrenere Therapeuten finden Klienten signifikant weniger sympathisch als Therapeuten mit weniger Berufserfahrung
5. Therapeuten in einer Suchtklinik finden Klienten signifikant sympathischer als Therapeuten in einer Suchtberatungsstelle
6. Therapeuten finden Klienten signifikant sympathischer, die ihre erste Therapie machen, als Klienten, die aufgrund einer chronischen Suchtmittelabhängigkeit behandelt werden
7. Therapeuten finden Klienten mit Cannabisabhängigkeit signifikant sympathischer als Klienten mit einer Alkoholabhängigkeit
8. Therapeuten finden Klienten signifikant sympathischer, die *therapiemotiviert, humorvoll, angepasst, krankheitseinsichtig, attraktiv, zuverlässig, reflektiert, aktiv in der Gesprächsführung* und *offen* wirken

Sympathie wurde anhand eines eigens entwickelten Fragebogens operationalisiert (s. Anhang A).

4. Methode

In diesem Kapitel wird die Methodik der in dieser Masterarbeit durchgeführten Umfrage vorgestellt. Zuerst werden Design und Stichprobe erläutert, anschließend werden das Material und die Messinstrumente besprochen, wobei die Erfassung von Sympathie und der soziodemographischen Daten beschrieben werden. Anschließend wird die Durchführung der Studie skizziert und die Ausführung näher beleuchtet.

4.1 Design und Stichprobe

Um ein besseres Verständnis dafür zu entwickeln, was Sympathie in der Therapeut-Klienten-Beziehung bedeutet, wurde eine Befragung durchgeführt. Die Befragung wurde online vorgenommen, um eine größtmögliche Stichprobe zu gewinnen. Sie war freiwillig und anonymisiert.

Von den insgesamt 278 Personen, die sich die Umfrage angesehen haben, haben 168 begonnen die Studie auszufüllen. Beendet wurde die Studie von 75 Personen, wobei 8 davon keine soziodemographischen Daten angegeben haben, weshalb diese nicht mit in die Auswertung einfließen. An der Umfrage nahmen demnach $n = 67$ Personen teil. Der Mittelwert des Alters lag bei 42 Jahren. Jeder vierte Teilnehmer war männlich. 52% der Probanden arbeiten in einer Beratungsstelle, 45% in einer Suchtklinik. 3% der Teilnehmer arbeiten in einer sonstigen suchttherapeutischen Einrichtung.

4.2 Material und Messinstrumente

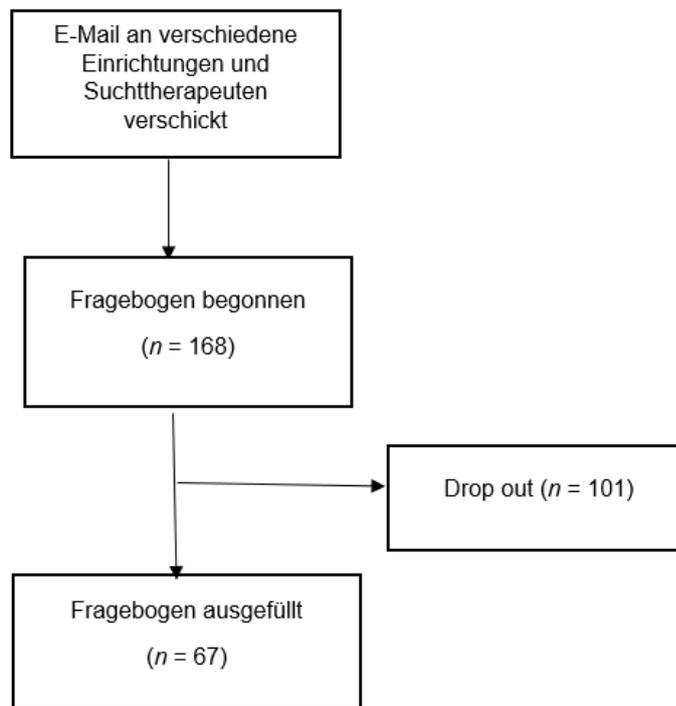


Abbildung 1: Verlaufsabbildung der Untersuchung

4.2 Material und Messinstrumente

In diesem Unterkapitel wird beschrieben, wie Sympathie für diese Umfrage erfasst wurde und wie die soziodemographischen Daten erhoben wurden.

4.2.1 Erfassung Sympathie

Der Fragebogen wurde online mit dem Programm QuestionPro entwickelt (QuestionPro GmbH 2017). Die Fragen wurden mit einem Single-Choice Antwortformat beantwortet. Für den Fragebogen wurden Fotos von 14 Klienten einer Suchtberatungsstelle gemacht (s. Anhang B). Diese wurden mit der Kamera Panasonic LUMIX G DMC-GX80EG-K Systemkamera, 16 Megapixel, gemacht. Unter den Klienten waren unterschiedlich lang erkrankte von Alkohol- und

4.2.1 Erfassung Sympathie

Cannabisabhängigkeit betroffene Männer und Frauen und deren Angehörige. Die Klienten die sich für die Fotos bereitgestellt hatten waren Beratungsstellenklienten aus verschiedenen Settings, aus dem Betreuten Einzelwohnen, der ambulanten Rehabilitation und aus der Angehörigenberatung. Bei den fotografierten Klienten mit einer Alkohol- oder Cannabisabhängigkeit liegt eine diagnostizierte Erkrankung vor. Diese besteht nach dem ICD-10 ab dem Zutreffen von drei der folgenden Kriterien: starker Wunsche oder Verlangen zu konsumieren; Kontrollverlust; Entzugserscheinungen; Toleranzentwicklung; Rückzug aus dem Sozialleben; verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. des Konsums (Dilling und Freyberger 2016).

Die Personen auf den Fotos unterschieden sich hinsichtlich ihrer soziodemographischen Daten, damit zum Beispiel auch Effekte des Geschlechts, des Alter, etc. sichtbar werden. Die Klienten gaben eine Einverständniserklärung ab, damit die Fotos in dieser Studie verwendet werden dürfen (s. Anlage C). Es wurden GIFs (Graphics Interchange Format) von jedem Foto mit Hilfe des Computerprogramms Adobe Photoshop CC erstellt, die jeweils für zwei Sekunden angezeigt wurden. Anschließend sahen die Probanden nur noch ein schwarzes Bild. Der Zeitrahmen von zwei Sekunden wurde gewählt, da ab der dritten Sekunde die Probanden anfangen würden über das Bild nachzudenken und kritischer zu werden (Locher et al.1993).

Zu jedem Foto wurden anschließend neun Fragen auf einer vierstufigen Likert-Skala (von *trifft überhaupt nicht zu* bis *trifft voll und ganz zu*) und eine Frage auf einer fünfstufigen Likert-Skala (von *ja* über *eher ja*, *neutral*, *eher nein* bis *nein*) beantwortet, um die Sympathieeinschätzung einzuordnen. Dafür wurden vorher in einer qualitativen Umfrage Kriterien bei Suchttherapeuten gesammelt, die für sie auf ein sympathisches Verhalten hindeuten (s. Anhang D). Diese Kriterien galt es dann in der Umfrage zu validieren. Die Umfrage war so aufgebaut, dass zu Beginn eine Instruktionseite erschien, auf

4.2.2 Soziodemographische Daten

der kurz der Inhalt der Umfrage beschrieben wurde und eine Einführung in die Thematik des Fragebogens gegeben wurde (s. Anhang A). Die Befragten wurden dazu aufgefordert spontan auf die Fotos zu antworten.

4.2.2 Soziodemographische Daten

Am Ende der Umfrage füllten die Teilnehmer soziodemographische Angaben zu ihrer Person aus. Dabei sollten sie ihr Alter auf einer fünfstufigen Likert-Skala (von *20-30 Jahre* bis *über 70 Jahre*) angeben, die Berufserfahrung wurde auf einer siebenstufigen Likert-Skala (von *0-5 Jahre Berufserfahrung* bis *über 30 Jahre Berufserfahrung*) abgefragt. Weiterhin wurde nach dem Geschlecht gefragt und die Art der Einrichtung in der die Teilnehmer arbeiten wurde erfasst. Es wurde ebenfalls nach der Therapierichtung der jeweiligen Therapeuten gefragt. Dabei sollte sich für die Therapierichtung entschieden werden nach der vorrangig gearbeitet wird.

4.3 Durchführung

Die Umfrage war für drei Wochen im Zeitraum vom 26.03.18 bis 19.04.18 freigeschaltet. Die Teilnehmer wurden per E-Mail dazu eingeladen an der Umfrage teilzunehmen. Dafür wurden E-Mails an verschiedene Suchtberatungsstellen und Suchtkliniken verschickt (s. Anhang E). In dieser Mail wurde kurz der Inhalt der Studie erklärt und es wurde um Teilnahme gebeten. Am Ende schlossen 67 Personen diese Umfrage vollständig ab. Im Durchschnitt hat jeder Teilnehmer, der die Umfrage vollständig ausgefüllt hat, neun Minuten für das Ausfüllen des Fragebogens verwendet.

4.4 Auswertung

Die gewonnenen Daten wurden mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics, Version 25, ausgewertet (IBM Corp. 2017). Die dafür verwendeten Daten wurden von QuestionPro direkt zu SPSS exportiert. Die Berechnung der Effektstärken wurde mit dem Effektstärkenrechner Psychometrica durchgeführt (Lenhard und Lenhard 2016).

5. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studie vorgestellt. Zuerst werden die deskriptiven Befunde vorgestellt, anschließend werden die inferenzstatistischen Befunde beschrieben.

5.1 Deskriptive Befunde

Für die Stichprobe der Suchttherapeuten ($n = 67$) ergaben sich folgende Werte für die Einschätzung der Klienten: Sympathie: $M = 2.64$, $SD = .31$, Therapiemotivation: $M = 2.61$, $SD = .27$; Humor: $M = 2.50$, $SD = .24$; Anpasstheit: $M = 2.52$, $SD = .30$; Krankheitseinsicht: $M = 2.52$, $SD = .32$; Attraktivität: $M = 2.51$, $SD = .34$; aktiv in Gesprächsführung: $M = 2.71$, $SD = .30$; Zuverlässigkeit: $M = 2.72$, $SD = .27$; Offenheit: $M = 2.57$, $SD = .28$; Reflexionsfähigkeit: $M = 2.46$, $SD = .27$. Für den Faktor „gerne mit dem Klienten arbeiten“ ergab sich der Wert von $M = 2.43$, $SD = .67$. In den folgenden Tabellen stehen die Werte von Untergruppen der Suchttherapeuten, eine ausführliche Tabelle ist dem Anhang zu entnehmen (s. Anhang F).

5.1 Deskriptive Befunde

Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen der Therapeuteneinschätzung in den Kategorien sympathisch, therapiemotiviert, humorvoll, angepasst und krankheitseinsichtig; aufgeteilt nach Geschlecht, Alter und Einrichtungsart

	sympathisch		therapiemotiviert		humorvoll		angepasst		krankheitseinsichtig	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
weiblich (<i>n</i> = 48)	2.67	.29	2.66	.25	2.54	.18	2.54	.29	2.59	.31
männlich (<i>n</i> = 17)	2.53	.31	2.43	.22	2.33	.30	2.48	.35	2.33	.30
20-30 Jahre (<i>n</i> = 12)	2.70	.12	2.68	.22	2.51	.14	2.56	.28	2.55	.30
30-40 Jahre (<i>n</i> = 16)	2.69	.44	2.57	.34	2.56	.37	2.59	.37	2.50	.41
40-50 Jahre (<i>n</i> = 21)	2.63	.33	2.66	.24	2.51	.20	2.47	.29	2.55	.24
50-60 Jahre (<i>n</i> = 16)	2.59	.21	2.52	.25	2.45	.20	2.50	.28	2.48	.35
60-70 Jahre (<i>n</i> = 2)	2.32	.05	2.67	.03	2.18	.05	2.31	.22	2.57	.10
Suchtberatung (<i>n</i> = 35)	2.66	.27	2.63	.25	2.54	.21	2.57	.30	2.55	.35
Suchtklinik (<i>n</i> = 30)	2.60	.35	2.58	.28	2.46	.28	2.47	.29	2.50	.27

Tabelle 2: Mittelwerte und Standardabweichungen der Therapeuten-
einschätzungen in den Kategorien attraktiv, aktiv in der Gesprächsführung, zuverlässig, offen und reflektiert; aufgeteilt nach Geschlecht, Alter und Einrichtungsart

	attraktiv		aktiv i.G.		zuverlässig		offen		reflektiert	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
weiblich (<i>n</i> = 48)	2.09	.35	2.77	.28	2.78	.23	2.63	.25	2.51	.25
Männlich (<i>n</i> = 17)	1.98	.28	2.49	.26	2.54	.31	2.37	.28	2.32	.30
20-30 Jahre (<i>n</i> = 12)	2.01	.41	2.76	.32	2.70	.27	2.70	.24	2.48	.24
30-40 Jahre (<i>n</i> = 16)	1.93	.32	2.76	.33	2.82	.34	2.59	.31	2.41	.36
40-50 Jahre (<i>n</i> = 21)	2.16	.28	2.81	.24	2.73	.20	2.59	.25	2.55	.24
50-60 Jahre (<i>n</i> = 16)	2.11	.34	2.49	.25	2.62	.25	2.42	.28	2.38	.24
60-70 Jahre (<i>n</i> = 2)	1.89	.25	2.61	.05	2.57	.20	2.50	.10	2.46	.05
Suchtberatung (<i>n</i> = 35)	2.02	.37	2.77	.29	2.76	.25	2.60	.25	2.47	.28
Suchtklinik (<i>n</i> = 30)	2.11	.29	2.65	.31	2.66	.28	2.52	.31	2.46	.27

5.2 Inferenzstatistische Befunde

Die Überprüfung der Hypothese, dass Therapeuten Klienten im gleichen Alter wie sie selbst sympathischer finden, wurde mittels einfaktorieller ANOVA berechnet. Für die Hypothese wurden die Therapeuten in verschiedene Altersgruppen aufgeteilt, die dann in Bezug auf die Sympathiebildung mit Klienten des gleichen Alters verglichen wurden. Die Annahme ließ sich in keiner der unterschiedlichen Altersgruppen signifikant bestätigen. Im Vergleich aller Altersgruppen für den Sympathiewert zwischen Suchttherapeuten und Klienten wurde ein nicht signifikanter Wert von $F(4,62) = .86$, $p = .492$, $d = .70$ berechnet. Die Hypothese, dass das gleiche Alter von Therapeuten und Klienten zu einer höheren Sympathie führt wird abgelehnt.

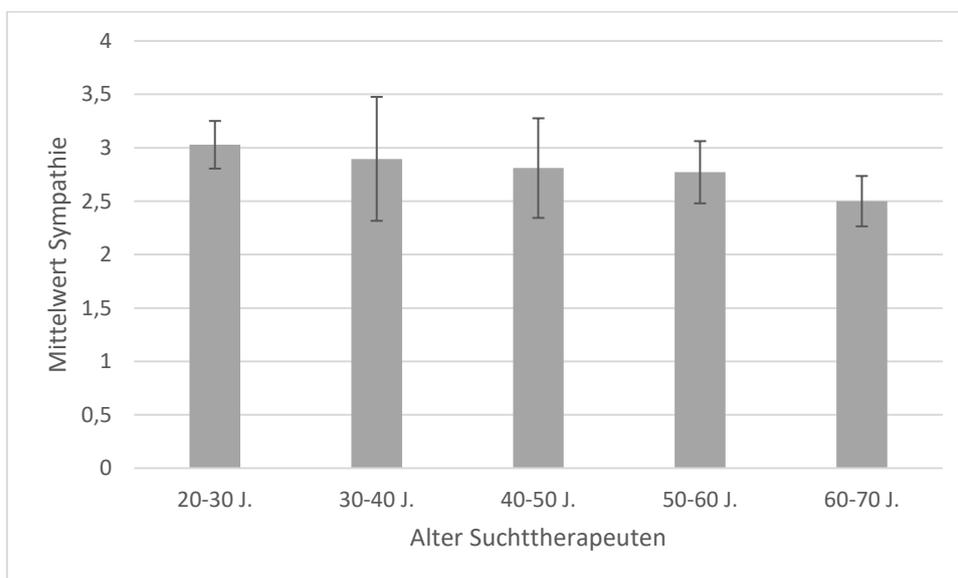


Abbildung 2: Sympathiewerte bei Therapeuten in verschiedenen Altersgruppen in Bezug auf Klienten im gleichen Alter

Die Überprüfung der Hypothese, dass Therapeuten Klienten sympathischer finden, die das gleiche Geschlecht wie sie selbst haben, wurde mit einem t -Test für unabhängige Variablen berechnet.

5.2 Inferenzstatistische Befunde

Für die Hypothese, dass männliche Therapeuten männliche Klienten sympathischer finden wurden die Therapeuten nach Geschlecht aufgeteilt. Es wurden die weiblichen Therapeutinnen auf das Sympathieempfinden von männlichen Klienten getestet ($n = 48$, $M = 2.47$, $SD = .34$) und das Sympathieempfinden von männlichen Therapeuten auf männliche Klienten ($n = 17$, $M = 2.35$, $SD = .30$). Im Vergleich beider Gruppen durch den t -Test ergab sich der Wert von $t(63) = 1.37$, $p = .177$, $d = -.39$, es gibt also keinen signifikanten Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Therapeuten in Bezug auf das Sympathieempfinden bei männlichen Klienten. Für die Hypothese, dass weibliche Therapeutinnen weibliche Klientinnen sympathischer finden, wurden die Therapeuten wieder in zwei Gruppen aufgeteilt. Eine Gruppe bestand aus männlichen Therapeuten in Bezug auf weiblichen Klientinnen ($n = 17$, $M = 2.85$, $SD = .45$), die andere Gruppe bestand aus weiblichen Therapeutinnen in Bezug auf weiblichen Klientinnen ($n = 48$, $M = 3.02$, $SD = .36$). Auch hier erfolgte kein signifikantes Ergebnis ($t(63) = 1.56$, $p = .123$, $d = -.44$). Wenn die Klienten und Therapeuten beider Geschlechter in Bezug auf die Sympathiebildung verglichen werden, ist das Ergebnis ebenfalls nicht signifikant ($t(63) = 1.69$, $p = .097$, $d = -.46$). Die Hypothese wird abgelehnt

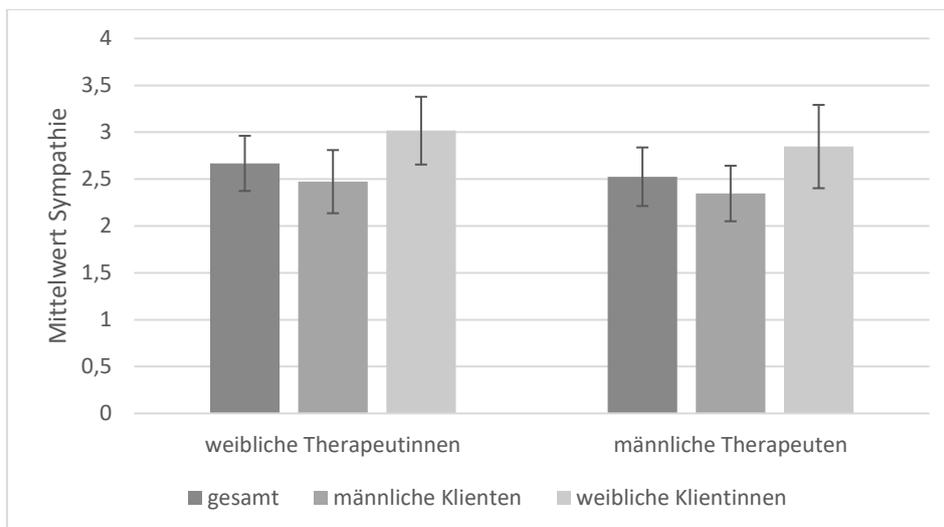


Abbildung 3: Sympathiewerte bei männlichen und weiblichen Therapeuten

5.2 Inferenzstatistische Befunde

Um die Hypothese zu prüfen, dass Verhaltenstherapeuten ihre Klienten als sympathischer wahrnehmen als Therapeuten anderer Therapieschulen, wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet. Die Therapierichtungen wurden in fünf Gruppen in Bezug auf die Sympathiebildung aufgeteilt: die verhaltenstherapeutisch orientierten Therapeuten ($n = 37$, $M = 2.70$, $SD = .31$), die analytisch orientierten Therapeuten ($n = 18$, $M = 2.44$, $SD = .20$), die gestalttherapeutisch orientierten Therapeuten ($n = 7$, $M = 2.85$, $SD = .32$), die systemisch orientierten Therapeuten ($n = 2$, $M = 2.60$, $SD = .05$) und sonstig orientierte Therapeuten ($n = 2$, $M = 2.39$, $SD = .35$).

Es gibt einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen allen verschiedenen therapeutischen Richtungen für das Sympathieempfinden, $F(4, 61) = 3,92$, $p = .007$, $d = 1.00$. Die hohe Effektstärke weist auf eine große praktische Bedeutung der Ergebnisse hin. Über Post-hoc-Tests konnte untersucht werden, zwischen welchen einzelnen Gruppen signifikante Unterschiede zu finden sind. Signifikante Unterschiede zwischen zwei Gruppen bestehen zwischen den Gruppen der verhaltenstherapeutisch orientierten Therapeuten mit den analytisch orientierten Therapeuten ($t(53) = 3.22$, $p = .002$, $d = -.93$). Ein weiteres signifikantes Ergebnis zeigt sich zwischen den analytisch orientierten Therapeuten mit den gestalttherapeutisch orientierten Therapeuten ($t(23) = -3.82$, $p = .001$, $d = -.45$). Beim Vergleich der anderen Therapierichtungen miteinander entstand kein signifikantes Ergebnis. Die Hypothese, dass verhaltenstherapeutisch orientierte Therapeuten Klienten als signifikant sympathischer wahrnehmen, muss verworfen werden.

5.2 Inferenzstatistische Befunde

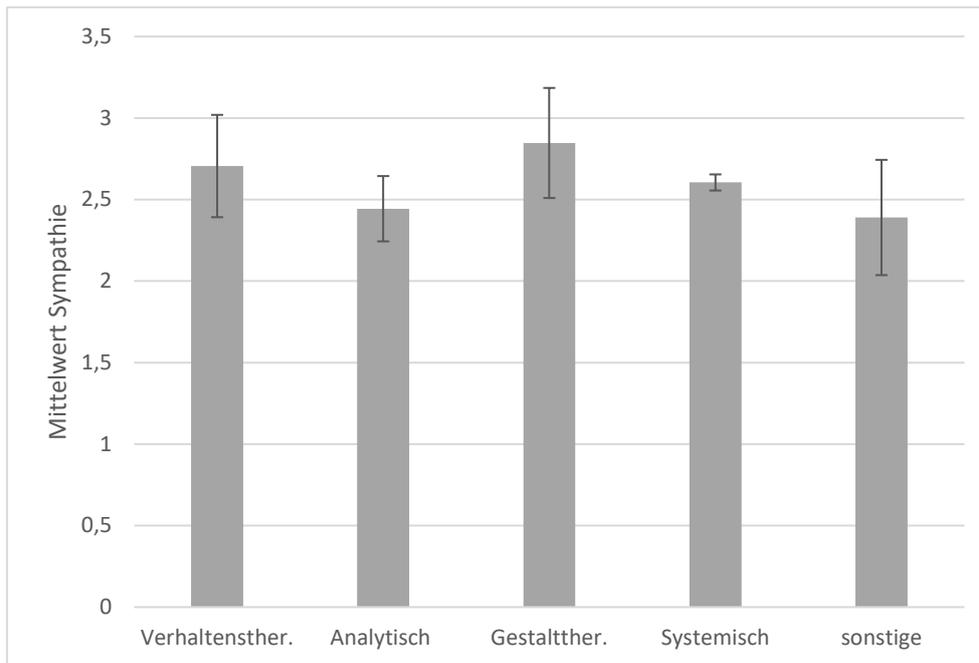


Abbildung 2: Sympathiewerte bei Therapeuten nach unterschiedlichen Therapieschulen

Eine weitere Hypothese lautet, dass Therapeuten mit mehr Berufserfahrung Klienten weniger sympathisch empfinden als Therapeuten mit weniger Berufserfahrung. Diese Hypothese wurde mittels einfaktorieller ANOVA überprüft. Dafür wurden die Therapeuten in sieben Gruppen eingeteilt und auf das Sympathieempfinden ausgewertet. Die erste Gruppe bestand aus Therapeuten mit bis zu fünf Jahren Berufserfahrung ($n = 17$, $M = 2.62$, $SD = .34$), die nächste aus Therapeuten zwischen fünf und zehn Jahren Berufserfahrung ($n = 17$, $M = 2.71$, $SD = .28$), eine weitere Gruppe aus den Therapeuten mit Berufserfahrung zwischen zehn und fünfzehn Jahren ($n = 8$, $M = 2.56$, $SD = .41$). Die nächste Gruppe bestand aus denjenigen Therapeuten die zwischen fünfzehn und zwanzig Jahren Berufserfahrung haben ($n = 9$, $M = 2.67$, $SD = .30$), den Suchttherapeuten mit Berufserfahrung zwischen zwanzig und fünfundzwanzig Jahren ($n = 11$, $M = 2.66$, $SD = .29$), denjenigen die zwischen fünfundzwanzig und dreißig Jahren Berufserfahrung haben ($n = 3$, $M = 2.54$, $SD = .18$) und aus der Gruppe von Therapeuten mit

5.2 Inferenzstatistische Befunde

Berufserfahrung ab dreißig Jahren ($n = 2$, $M = 2.36$, $SD = .10$). Der nicht signifikante errechnete Wert beim Vergleich beider Gruppen lautet $F(6,60) = .61$, $p = .720$, $d = 1.00$. Die Hypothese wird nicht angenommen.

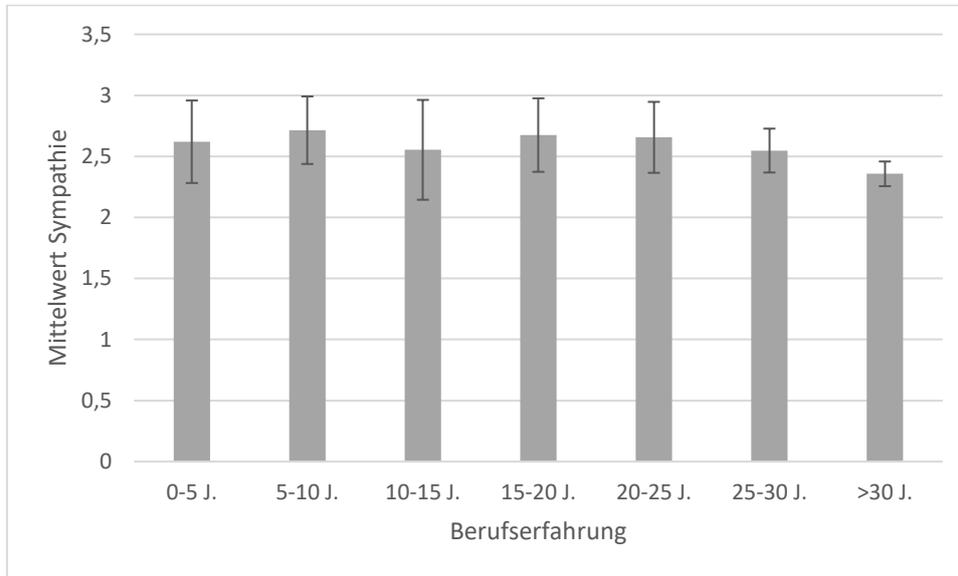


Abbildung 5: Sympathiewerte bei Therapeuten mit verschiedener Berufserfahrung

Als weitere Hypothese wurde postuliert, dass es einen Unterschied im Sympathieempfinden zwischen Therapeuten gibt, die ambulant oder stationär arbeiten. Dafür wurden die Therapeuten nach Einrichtungsart eingeteilt. Es wurden die Therapeuten von Suchtberatungsstellen ($n = 35$, $M = 2.66$, $SD = .27$) und die Therapeuten aus Suchtkliniken ($n = 30$, $M = 2.60$, $SD = .35$) verglichen. Damit wurde ein t -Test bei unabhängigen Variablen durchgeführt, das Ergebnis war für den Faktor Sympathie nicht signifikant ($t(63) = .74$, $p = .462$, $d = -.184$). Die Hypothese, dass sich das Sympathieempfinden von Suchttherapeuten in Suchtberatungsstelle und Suchtklinik unterscheidet, wird verworfen.

5.2 Inferenzstatistische Befunde

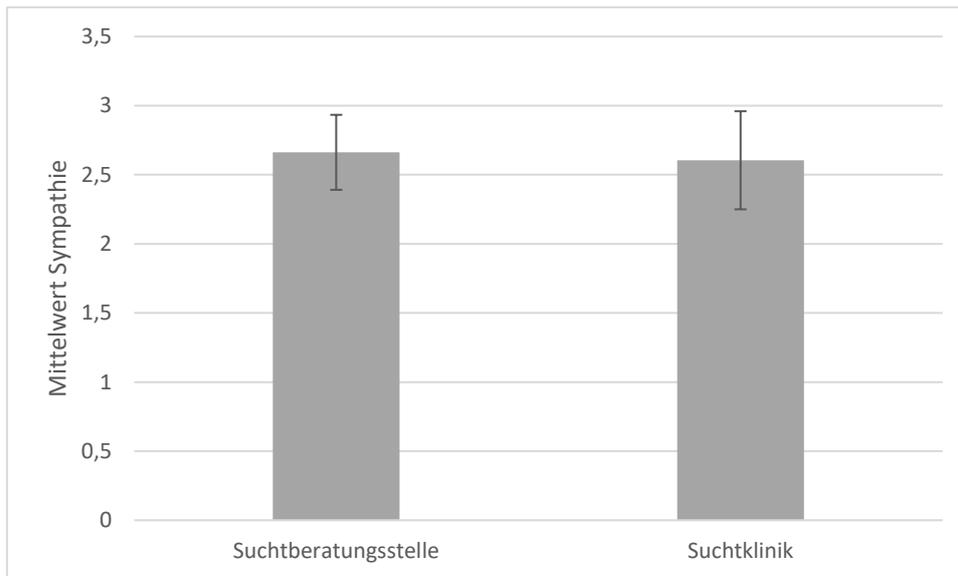


Abbildung 6: Sympathiewerte bei Therapeuten in verschiedenen Einrichtungen

Um die Hypothese zu überprüfen, dass Therapeuten Klienten sympathischer finden, die noch nicht so lange erkrankt sind wie andere, wurde ein *t*-Test bei gepaarten Stichproben durchgeführt. Dafür wurden die Klienten in verschiedene Gruppe unterteilt und in Bezug auf das Sympathieempfinden von Therapeuten untersucht. Die Gruppen bestanden hierbei aus der Gruppe der chronisch erkrankten Klienten, die aktuell Klienten des Betreuten Einzelwohnens sind ($M = 2.44$, $SD = .37$), aus der Gruppe der Klienten, die sich das erste Mal in ambulanter Therapie befindet ($M = 2.83$, $SD = .34$) und der Gruppe der Angehörigen ($M = 2.87$, $SD = .50$). Für den Vergleich der Sympathie zwischen chronisch abhängigen und Klienten, die sich in ihrer ersten Rehabilitation befinden, wurde ein signifikanter Wert von $t(66) = -8.33$, $p = .000$, $d = 1.11$ ermittelt. Die errechnete Effektstärke ergab einen hohen Wert, der auf eine große praktische Bedeutung dieser Hypothese hinweist. Zwischen chronisch abhängigen Klienten und Angehörigen lautet der ebenfalls signifikante Wert $t(66) = -7.62$, $p = .000$, $d = .99$. Der Wert zwischen Reha-Klienten und Angehörigen Klienten ist nicht signifikant, er liegt bei $t(66) = -.78$, $p = .436$, $d = .10$.

5.2 Inferenzstatistische Befunde

Die Hypothese, dass die Erkrankungsdauer eine Auswirkung auf das Sympathieempfinden hat, kann also angenommen werden.

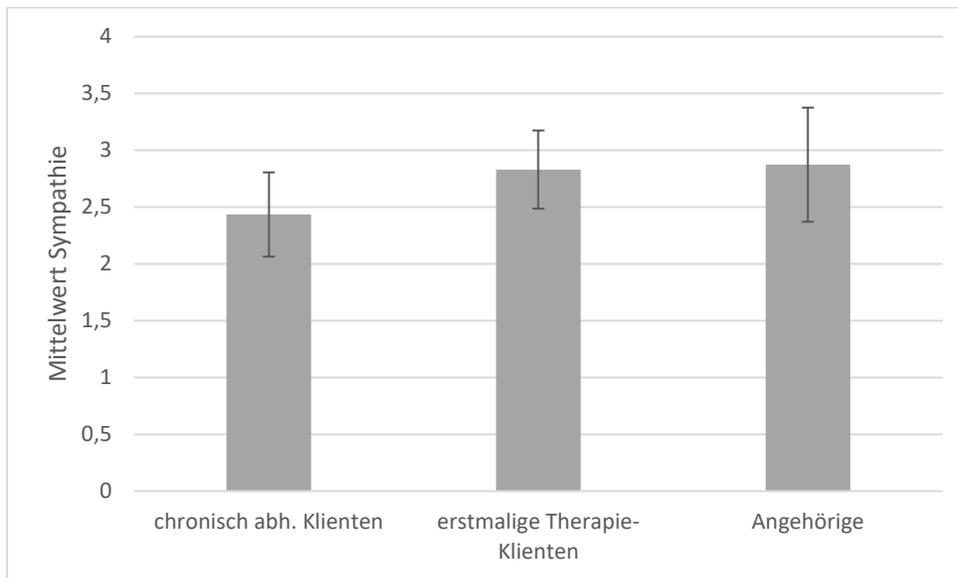


Abbildung 7: Sympathiewerte bei Therapeuten für Klienten mit unterschiedlicher Erkrankungsdauer

Für die Hypothese, dass die Sympathie von Klienten mit verschiedener Substanzmittelabhängigkeit unterschiedlich ist, wurde ein t -Test bei gepaarten Stichproben durchgeführt. Die Klienten wurden hierbei in drei Gruppen aufgeteilt, die auf das Sympathieempfinden von Therapeuten getestet wurden. Diejenigen, die von Alkohol abhängig sind ($M = 2.49$, $SD = .33$), diejenigen, die von Cannabis abhängig sind ($M = 2.92$, $SD = .36$) und Angehörige ($M = 2.87$, $SD = .50$). Beim Vergleich der Gruppen im Hinblick darauf, ob Therapeuten Klienten mit Alkohol- oder Cannabisproblematik sympathischer finden, wurde ein signifikanter Wert von $t(66) = -10.07$, $p = .000$, $d = 1.22$ berechnet. Die hohe Effektstärke weist auf eine hohe Relevanz für die Praxis hin. Zwischen alkoholabhängigen Klienten und Angehörigen wurde ein signifikanter Wert von $t(66) = 7.18$, $p = .000$, $d = .89$ berechnet. Die Hypothese wird angenommen. Für den Vergleich zwischen Klienten mit Cannabisabhängigkeit und Angehörigen wurde ein nicht signifikanter Wert von $t(66) = -.73$, $p = .470$, $d = .10$ errechnet. Die Hypothese,

5.2 Inferenzstatistische Befunde

dass cannabisabhängige Klienten als signifikant sympathischer wahrgenommen werden als alkoholabhängige Klienten, wird angenommen.

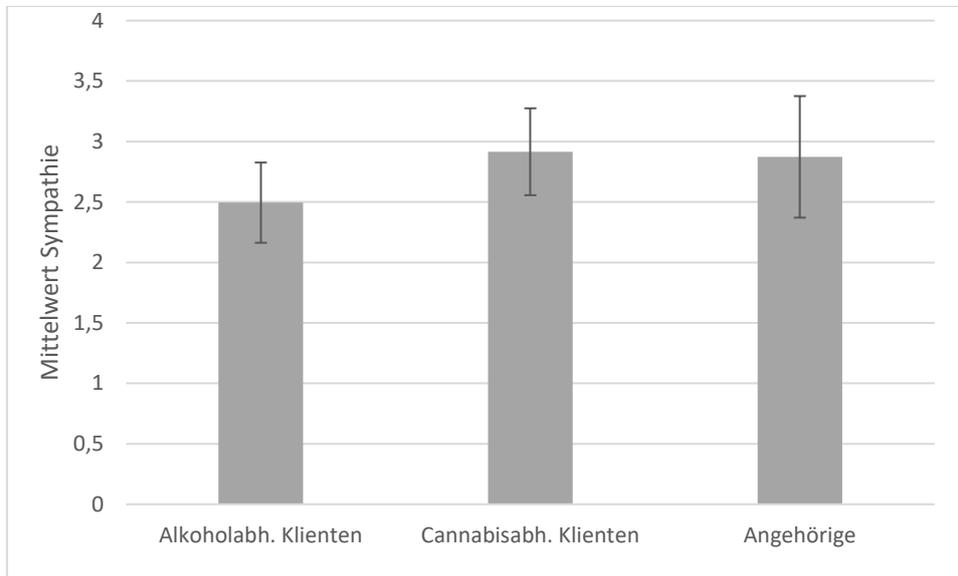


Abbildung 8: Sympathiewerte bei Therapeuten für Klienten mit unterschiedlicher Problematik

In einer weiteren Hypothese wurde überprüft, mit welchen weiteren Klienteneigenschaften Sympathie zusammenhängt. Diese Korrelationen wurden durch die Pearson Produkt-Moment-Korrelation ermittelt. Sympathie korreliert signifikant mit Offenheit ($r = .48$, $p = .000$), mit Therapiemotivation ($r = .68$, $p = .000$), mit Humor ($r = .59$, $p = .000$), mit Anpasstheit ($r = .27$, $p = .029$), mit Krankheitseinsicht ($r = .43$, $p = .000$), mit Attraktivität ($r = .30$, $p = .016$), mit Aktivität in Gesprächsführung ($r = .35$, $p = .003$), mit Zuverlässigkeit ($r = .47$, $p = .000$), und mit Reflexionsfähigkeit ($r = .49$, $p = .000$). Weiterhin korreliert Sympathie mit dem Faktor „möchte gerne mit dieser Person zusammenarbeiten“, hier liegt der signifikante Wert bei $r = -.56$, $p = .000$.

6. Diskussion

In der vorliegenden Studie konnte herausgefunden werden, dass Suchttherapeuten ihre Klienten unterschiedlich sympathisch einschätzen. Vor allem Klienten mit Cannabisabhängigkeit und diejenigen Klienten die ihre erste Therapie machen werden als sympathischer wahrgenommen als andere. Weiterhin empfinden Verhaltens- und Gestalttherapeuten ihre Klienten als sympathischer als analytisch orientierte Therapeuten. Keine Unterschiede in der Sympathiebildung wurden bei verschiedenen Altersstrukturen und beim Vergleich der Therapeutengeschlechter festgestellt. Außerdem macht das Setting der Therapie keinen Unterschied für die Sympathiebildung bei Therapeuten. Auch die Berufserfahrung der Suchttherapeuten wirkt sich nicht auf die Sympathieeinschätzung von Klienten aus. Sympathie korreliert mit den Faktoren *Offenheit, Therapiemotivation, Humor, Anpasstheit, Krankheitseinsicht, Attraktivität, Aktivität in der Gesprächsführung, Zuverlässigkeit* und *Reflexionsfähigkeit*. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass Suchttherapeuten lieber mit den Klienten zusammenarbeiten, die sie als sympathisch ansehen.

Die erste Hypothese dieser Studie lautet, dass Sympathie signifikant höher ist bei Therapeuten und Klienten mit dem gleichen Alter. Laut den Ergebnissen dieser Studie ist das gleiche Alter von Therapeuten und Klienten aber nicht entscheidend für eine vermehrte Bildung von Sympathie. Auch unterschiedliche Altersgefälle haben keine Auswirkung auf die Sympathiebildung. Diese Hypothese hat als theoretische Grundlage unter anderem das Konstrukt der Ähnlichkeit (Kassin et al. 2014). Das Konzept der Ähnlichkeit besteht aus verschiedenen Unterpunkten. Dazu gehören die (1) demographische Ähnlichkeit, die (2) Ähnlichkeit bei Persönlichkeitsmerkmalen, die (3) Ähnlichkeit von Einstellungen und Werten, die (4) Ähnlichkeit hinsichtlich kommunikativer Fähigkeiten und die (5) Ähnlichkeit in Bezug auf die körperliche Attraktivität. Gleiches Alter fällt in den

6. Diskussion

Unterpunkt der demographischen Ähnlichkeit. Aronson und Kollegen (2010) beschreiben, dass Ähnlichkeit zwischen zwei Personen ein Faktor für die Entstehung von Sympathie ist, was von der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden kann. Newcomb (1961) fand heraus, dass Personen, die sich vorher nicht kennen, eher Freundschaften mit Personen aufbauen, die ihnen demographisch und in Einstellungen und Werten ähnlich waren. Dafür ließ er Studenten aus unterschiedlichen Städten über einige Monate hinweg kostenfrei in einem Studentenwohnheim wohnen, um das Kennenlernverhalten zu untersuchen (ebd.). Die Unterschiedlichkeit der Ergebnisse Newcombs mit denen der vorliegenden Studie kann daraus resultieren, dass die Sympathiebildung bei Newcomb (ebd.) zwischen gleichwertigen Personen, also Studenten, untersucht wurde, die sich in einem neutralen Umfeld aufhalten. Die hier vorliegende Stichprobe bestand aus Suchttherapeuten, die kein gleichwertiges Verhältnis zu den Patienten haben. Folglich lässt sich das Konzept der demographischen Ähnlichkeit als Faktor der Sympathiebildung nicht im Ganzen auf die therapeutische Beziehung übertragen, vermutlich beeinflussen andere Punkte der Ähnlichkeit die Sympathiebildung. Vor allem am Anfang der Therapie ist es dem Klienten wichtig sich willkommen zu fühlen und dazuzugehören. Dies lässt sich durch eine gemeinsame Verständigung auf Inhalte und Ziele der Therapie erreichen. Daher kann vermutet werden, dass die Ähnlichkeit in Bezug auf gleiche Werte und Einstellungen für die Sympathiebildung entscheidender ist als die demographische Ähnlichkeit, da diese Themen einen deutlich höheren Wert im psychotherapeutischen Verlauf haben. In der Literatur konnten hingegen einige Therapiefaktoren ausgemacht werden, die vom unterschiedlichen Therapeutenalter beeinflusst werden. Fietkau und Perrez (1977) fanden heraus, dass jüngere Therapeuten bis 35 Jahre die Eigenschaft *Gleichgültigkeit* als negativen Einflussfaktor in der Therapie beurteilen. Von ihnen wird er als günstiger für die Therapie

6. Diskussion

angesehen, wenn der Klient *beeinflussbar* ist, wohingegen dies für die älteren Therapeuten ab 50 Jahren als ungünstig erachtet wird. Für über 50jährige Therapeuten wurde die *Gewissenhaftigkeit* als bedeutsamer gewichtet als für die 36-50jährigen Therapeuten. Von ihnen wird auch die *Intelligenz* und *kritische Haltung* als wichtiger erachtet (ebd.). Diese Eigenschaften wurden in dieser Studie mit den Items *krankheitseinsichtig*, *zuverlässig* und *reflektiert* abgedeckt. Diese Eigenschaften korrelieren alle in dieser Umfrage mit dem Faktor Sympathie, zeigen sich in der spezifischen Auswertung des Alters als Einflussfaktor auf die Sympathiebildung jedoch als nicht signifikant. Es scheint also Faktoren zu geben, die von Therapeuten unterschiedlichen Alters verschieden eingeordnet werden, Sympathie gehört jedoch laut den Ergebnissen dieser Studie nicht mit dazu.

Ein weiteres Ergebnis dieser Studie sagt aus, dass das gleiche Geschlecht von Therapeuten und Klienten nicht signifikant für die Entstehung von Sympathie ist. Gleiches Geschlecht fällt ebenfalls ins Konzept der Ähnlichkeit in den Unterpunkt der demographischen Ähnlichkeit. Diez Grieser (2002) konnte jedoch nachweisen, dass das Geschlecht des Therapeuten einen starken Einfluss auf traumatisierte Kinder oder Jugendliche hat, was einen Widerstand im Laufe der Therapie deutlich verringern kann. Auch Rudolf (2002) konnte Unterschiede in Bezug auf das Therapeutengeschlecht herausfinden. Er belegte, dass Beziehungssituationen in der Therapie von weiblichen Therapeutinnen als positiver bewertet werden als von männlichen Therapeuten. Dies widerspricht den Ergebnissen der vorliegenden Studie, da weibliche Therapeutinnen Klienten nicht als signifikant sympathischer oder weniger sympathisch bewerten als männliche Therapeuten und Sympathie einen Faktor der therapeutischen Beziehung darstellt. Die höchste Symptomreduktion bei Klienten war in Therapien von männlichen Klienten bei weiblichen Therapeutinnen zu finden (ebd.). Auf Seiten der Klienten gab es einige Unterschiede in der Behandlungszufriedenheit hinsichtlich des

6. Diskussion

Geschlechts der Therapeuten, so waren weibliche Klientinnen bei männlichen Therapeuten am Zufriedensten (ebd.). Auf Seiten der Therapeuten konnte hingegen belegt werden, dass der Geschlechtereinfluss für Therapeuten in der Therapie nicht bedeutend ist, was das Ergebnis dieser Studie stützt. Weibliche Therapeutinnen bevorzugen laut Fietkau (1977) Klienten, die Merkmale aufweisen, die dem männlichen Stereotyp entsprechen, dazu gehören die Merkmale *tatkräftig* und *willensstark*. Männliche Therapeuten empfinden die Merkmale *gewissenhaft*, *exzentrisch* und *fantasiearm* als günstiger, bzw. weniger therapiebehindernd als weibliche Therapeutinnen (ebd.). Weiterhin nehmen männliche Therapeuten weibliche Klientinnen als ängstlicher wahr, als dies durch weibliche Therapeutinnen wahrgenommen wird (Cowan et al. 1974). Es gibt also Unterschiede in der Bewertung von Klienten durch das Geschlecht der Therapeuten. Laut den Ergebnissen dieser Studie hat das Geschlecht des Therapeuten jedoch keinen Effekt auf die Sympathiebildung der Therapeuten gegenüber den Klienten.

Als dritte Hypothese in dieser Masterarbeit wurde aufgestellt, dass Verhaltenstherapeuten Klienten als signifikant weniger sympathisch wahrnehmen als Therapeuten anderer Therapieschulen. Verhaltenstherapeutisch orientierte Therapeuten nehmen Klienten jedoch als signifikant sympathischer wahr als analytisch orientierte Therapeuten. Weiterhin empfinden gestalttherapeutisch orientierte Therapeuten Klienten auch als signifikant sympathischer als analytisch arbeitende Therapeuten. Zwischen anderen Therapieschulen, wie systemisch orientierter Therapie und sonstigen Therapierichtungen wurden keine signifikanten Unterschiede gefunden. Therapeuten unterscheiden sich also je nach eigener Therapieausbildung signifikant in der Sympathieeinschätzung von Klienten. Faller (2000) konnte bereits nachweisen, dass verhaltenstherapeutische Erstdiagnostiker ihre Patienten als sympathischer wahrnehmen als analytisch orientierte, was die

6. Diskussion

Ergebnisse dieser Studie stützt. Weiterhin stellen Verhaltenstherapeuten prognostisch günstigere Beurteilungen aus im Hinblick auf Therapiemotivation und Krankheitseinsicht. Es kann davon ausgegangen werden, dass Verhaltenstherapeuten die Klienten als sympathischer wahrnehmen, da die Menschenbildannahme und die partnerschaftliche Beziehung für die Sympathiebildung förderlicher sind. Außerdem kann das empathische Bemühen den Alltag der Klienten nachzuempfinden die Sympathieentwicklung fördern, da der Therapeut näher an den Emotionen und der Biographie des Klienten ist (ebd.). Dies könnte die gefundenen Ergebnisse dieser Studie erklären. Die positive therapeutische Arbeitsbeziehung wird sowohl durch das empathische Eingehen auf Situationen als auch auf die Grundhaltung der Verhaltenstherapeuten bestimmt (ebd.). Da Verhaltenstherapeuten davon ausgehen, dass Verhalten er- und umlernbar ist, können sie optimistischer in die Behandlung gehen und fokussieren sich eher auf aktuelle Probleme auf Basis des biographischen Hintergrundes, weshalb es ihnen leichter fallen könnte, die Klienten sympathischer zu finden. Verhaltenstherapeuten sehen es als förderlicher an, wenn der Klient *beherrscht* und *beeinflussbar* ist (Fietkau und Perrez 1977). Weiterhin bewerten Klienten in verhaltenstherapeutischer Therapie deren Qualität als signifikant höher im Vergleich zu anderen Therapieschulen (Faller et al. 2000). Diese Bewertung von Klienten gegenüber den Verhaltenstherapeuten kann sich auch auf das Ergebnis im Hinblick auf die Sympathiebildung auswirken, da Therapeuten die Klienten als sympathischer wahrnehmen, die ihre Therapie als qualitativ hoch einschätzen. Ähnliches wie für die Verhaltenstherapie gilt für die Gestalttherapie. Dort entsteht eine Therapeut-Klienten-Beziehung auf Augenhöhe, sie ist begegnungs- und kontaktorientiert. Ziel dabei ist es dem Klienten seinen blinden Fleck zu zeigen (Boeckh 2014). Daher zeigen sich Gestalttherapeuten als sehr zugewandt und sind an aktuellen Problemen interessiert. Dies

6. Diskussion

kann das Ergebnis, dass Gestalttherapeuten Klienten signifikant sympathischer als analytisch arbeitende Therapeuten finden, erklären. Die Gestalttherapie hat ihren Ursprung in der Psychoanalyse, deshalb ist eine ähnliche Sympathiebildung erwartet worden. Analytische Therapeuten nehmen ihre Klienten als signifikant weniger sympathisch wahr als Verhaltens- und Gestalttherapeuten. Sie haben in ihrer eigenen Selbsterfahrung gelernt Schwierigkeiten innerhalb der therapeutischen Beziehung wahrzunehmen, die anfangs verdeckt sind. Durch das Durcharbeiten ihrer Übertragungen haben sie gelernt ihre eigenen Abwehrmechanismen zu reflektieren, weshalb ihre Einschätzungen im Hinblick auf die Klienten hinsichtlich der Arbeitsbeziehung, Krankheitseinsicht und Veränderungsmöglichkeiten kritisch-realistisch gemacht werden (Faller et al. 2000). Aufgrund ihres Krankheitsverständnisses bemühen sich analytische Therapeuten eine vom Klienten unabhängige Perspektive einzunehmen (ebd.), was die geringere Sympathiebildung von ihnen erklären kann. Dass analytisch orientierte Suchttherapeuten die Klienten als weniger sympathisch empfinden, kann Verschiedenes bedeuten. Da der analytische Therapeut in der Therapie viel auf seine eigenen Übertragungen achten muss, könnte die Bildung von weniger Sympathie als ein Schutz vor der inneren Dynamik des Klienten und vor weiteren Übertragungen gesehen werden. Analytische Therapeuten achten mehr auf strukturelle Konflikte und deren biographische Entstehung, weshalb prognostische Aussichten als nicht so günstig angesehen werden können. Außerdem zeigt sich die Reichweite von den Therapieschulen als unterschiedlich. Verhaltens- und Gestalttherapeuten sind sehr auf den aktuellen Konflikt bezogen, während analytisch arbeitende Therapeuten umfassendere Ziele im Blick haben wie die Bewältigung pathogener Persönlichkeitsteile.

Die vierte Hypothese dieser Studie besagt, dass je erfahrener ein Therapeut ist, desto weniger sympathisch ist ihm ein Klient. Laut den Ergebnissen der vorliegenden Umfrage macht die

6. Diskussion

Berufserfahrung der Therapeuten jedoch keinen signifikanten Unterschied auf die Sympathiebildung bei Klienten. Berufserfahrung wird zum einen definiert als Jahre, in denen eine Tätigkeit ausgeübt wird, zum anderen als Mengenangabe der bisher ausgeübten Tätigkeit. Berufserfahrung kann auch als Maß der Erfahrung hinsichtlich einer bestimmten Aufgabe, Tätigkeit oder Organisation gewertet werden (Molter et al. 2013). Berufserfahrung stellt ein hochkomplexes, mehrdimensionales Konstrukt dar (Sandell et al. 1999), wobei einige Faktoren dabei nicht berücksichtigt werden, wie beispielsweise die Anzahl der Weiterbildungen. Erfahrene und unerfahrene Therapeuten unterscheiden sich in mehreren Hinsichten. Erfahrene Therapeuten berücksichtigen eine größere Anzahl von Gesichtspunkten und situationsübergreifenden Zusammenhängen und können das Klientenverhalten besser beurteilen. Außerdem können sie das Therapieziel situationsangepasster und längerfristig verfolgen (Wedel 1984). Daher ist für diese Umfrage erwartet worden, dass erfahrene Therapeuten die Klienten als weniger sympathisch einschätzen. Rogers (2003) fand heraus, dass sich die Einstellung des Therapeuten zu seinem Klienten im Verlauf seiner therapeutischen Erfahrung verändert. Anfangs habe ein Therapeut nur geringes Vertrauen in die Selbsteinsicht des Klienten und dessen Fähigkeit sich selbst in konstruktiver Weise zu entwickeln, später könne er seinen Klienten mehr Vertrauen geben. Das geringe Vertrauen bei unerfahrenen Therapeuten hat aber laut den Ergebnissen dieser Studie keine Auswirkung auf die Sympathiebildung der Therapeuten. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass weniger erfahrene Therapeuten den Klienten gegenüber ein größeres persönliches Interesse entgegenbringen und ihnen gegenüber eine optimistischere Einstellung haben (Fietkau und Perrez 1977). Stein und Lambert (1984) fanden heraus, dass Berufserfahrung nur wenig Einfluss auf das Therapieergebnis hat, was das Ergebnis dieser Studie stützt. Dies konnte von Jacobi und Kollegen (2011) bestätigt werden, sie stellten

6. Diskussion

fest, dass weniger erfahrene Therapeuten sich nicht in ihrer Misserfolgsrate von erfahrenen Therapeuten unterscheiden. Auch dies entspricht den Ergebnissen dieser Studie, da Sympathie auch eine Auswirkung auf das Heilergebnis hat. Trotz der verschiedenen Faktoren, die erfahrene von unerfahrenen Therapeuten unterscheiden, unterscheiden sich diese nicht in der Bildung von Sympathie bei Klienten. Es ist wahrscheinlich, dass die Berufserfahrung von Therapeuten einen höheren Effekt auf Klienten hat, als dass sie Auswirkungen auf das Erleben von Therapeuten hat.

In der fünften Hypothese wurde postuliert, dass es einen Unterschied in der Sympathieempfindung zwischen Therapeuten im ambulanten, bzw. stationären Setting gibt. Es konnte jedoch kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Cowan und Kollegen (1974) fanden heraus, dass Therapeuten dazu neigen die typischen Klienten ihres Praxisfeldes, in seiner Studie war es eine Beratungsstelle, als ängstlicher, depressiver und feindseliger wahrnehmen, als die Klienten sich selbst einschätzen würden. Das widerspricht dem Ergebnis der hier vorliegenden Studie. Es wäre damit zu rechnen gewesen, dass stationär arbeitende Therapeuten die fotografierten Klienten aus der Umfrage sympathischer finden, da sie alle aus dem Beratungsstellen-Setting kommen und damit als ‚einfachere‘ Klienten wirken könnten. Eine mögliche Erklärung für die in dieser Studie gefunden Ergebnisse wäre, dass Therapeuten aus der Beratungsstelle die Therapieklienten im Vergleich zu Beratungsklienten oder Angehörigen von Abhängigen sehen, womit bereits ein Gefälle im Arbeitsfeld entsteht, weshalb die Klienten als weniger sympathisch wahrgenommen werden. Eine alternative Erklärung könnte sein, dass Therapeuten aus dem stationären Bereich die fotografierten Klienten in ihren Arbeitsbereich hineindenken und so zu einem ähnlichen Ergebnis im Hinblick auf die Sympathiebildung kommen. Auffällig ist jedoch, dass zu diesem Thema kaum Literatur gefunden wurde.

6. Diskussion

Die sechste Hypothese dieser Arbeit besagt, dass Suchttherapeuten chronisch abhängige Klienten als weniger sympathisch wahrnehmen, als Klienten, die sich das erste Mal in Therapie befinden. Diese Hypothese konnte bestätigt werden. Auch Angehörige werden als sympathischer wahrgenommen als Klienten, die chronisch abhängig sind. Bei chronisch erkrankten Klienten spielen meist mehr Faktoren in der Therapie eine Rolle, als bei Klienten, die ihre erste Therapie machen (Fleischmann 2001). Chronisch erkrankte Suchtklienten zeichnen sich durch mehrfache Beeinträchtigung aus. Darunter fallen Eigenschaften wie ein höheres Lebensalter, männliches Geschlecht, alleinstehend, schlechtere Bildung, ein hoher Grad an Behandlungserfahrung, vorbestehende und/oder erworbene Funktionsbeeinträchtigung des Gehirns, soziale Folgeschäden, Behandlung gegen den eigenen Willen oder eine unrealistische Selbsteinschätzung (ebd.). Ein hohes Maß an Behandlungserfahrung im Vorfeld, wie häufige Behandlungen oder lange Behandlungszeiten, spricht für einen ungünstigen weiteren Verlauf (ebd.). Auch die daraus entstehende Resignation auf Seiten der Klienten kann zu Schwierigkeiten in der Therapie führen. Diese Punkte können Auslöser dafür sein, dass Suchttherapeuten sie als weniger sympathisch wahrnehmen. Chronisch erkrankte Klienten werden auch als HOUND-Klienten (homely, old, unattractive, nonverbal, dump) bezeichnet (Goldstein 1971). Es könnte die Möglichkeit bestehen, dass diese Klienten weniger gut therapierbar sind, da die therapeutischen Techniken und deren zugrunde liegenden Theorien für diese Gruppe von Klienten nicht angemessen sind. Daher sollten angemessene therapeutische Interventionstechniken entwickelt werden. Eine Alternativerklärung dazu könnte sein, dass die therapeutischen Techniken zwar gleichermaßen für unterschiedliche Klientengruppen geeignet sind, die Therapeuten jedoch bei dieser Klientengruppe nicht in der Lage sind diese angemessen zu realisieren, wie durch falsche Sprache oder negative Vorerwartungen.

6. Diskussion

Dies könnte eine Begründung dafür sein, dass chronisch erkrankte Klienten als weniger sympathisch gefunden werden, da der Therapeut bereits im Vorhinein weiß, wie schwierig eine Heilung bei diesem Klienten sein würde, bzw. wie anstrengend die gesamte Therapie werden wird. Als Indikator für eine erfolgreiche Therapie kann also immer die Therapieerfolgs-Einschätzung durch Therapeuten genannt werden. Wenn sowohl der Therapeut als auch der Klient nicht an eine Heilung glauben wird es schwer sein diese auch zu erreichen, wofür die self-fulfilling-prophecy eine Erklärung sein kann. Die Chance auf einen Misserfolg in der Therapie ist höher, wenn der Klient kränker ist (Nelson und Hiller 2013), was von Fischer-Klepsch und Kollegen (2018) bestätigt werden konnten. Sie fanden heraus, dass die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Therapie mit steigender Chronifizierung der Störung abnimmt. Dies kann eine Erklärung für die geringere Sympathiebildung bei Suchttherapeuten sein. Auch Jacobi und Kollegen (2011) stellten fest, dass therapeutischer Misserfolg mit dem Schweregrad der Erkrankung zu Beginn der Therapie korreliert. Dadurch erschwert sich das Ergebnis dieser Hypothese. Je öfters Therapeuten die Erfahrung machen, dass chronisch erkrankte Klienten keine erfolgreiche Therapie machen, desto weniger gern werden sie mit diesen Klienten arbeiten wollen. Da chronisch erkrankte Personen zusätzlich zum geringen Heilerfolg auch noch mehr Themen als andere Klienten mitbringen wird die Freude an der Arbeit geringer ausfallen, da die Therapie anstrengender werden wird, weshalb diese Klienten auch weniger sympathisch wirken als andere. Auffällig ist, dass zu chronisch erkrankten Klienten einige Literatur zu finden ist, wohingegen es zu erstmaligen Therapieklienten kaum Untersuchungen gibt. Es wird häufig mit ihnen verglichen, aber es gibt wenig eigene Literatur dazu. Dies könnte sein, da diese Klientengruppe als ‚einfach‘ gelten könnte, weshalb keine genaueren Studien als nötig erachtet werden.

6. Diskussion

Eine weitere Hypothese dieser Studie lautet, dass cannabisabhängige Klienten als sympathischer eingeschätzt werden, als alkoholabhängige. Dies konnte bestätigt werden, Suchttherapeuten nehmen cannabisabhängige Klienten als signifikant sympathischer wahr als alkoholabhängige Klienten. Cannabisabhängige Personen gelten als jung, arbeitslos und mit geringem Bildungsniveau (Brand et al. 2016). Sie werden nach Schenk (1979) als wenig konservativ, extravertiert und als gering aktiv beschrieben, weiterhin ist der Faktor experience seeking bei ihnen stark ausgeprägt. Außerdem werden sie als weniger ängstlich und weniger belohnungsabhängig wahrgenommen (Rist und Reymann 2000). Dies scheinen Eigenschaften zu sein, die die Sympathiebildung bei Suchttherapeuten fördern. Bei alkoholabhängigen Klienten stehen eher Persönlichkeitsfaktoren wie konservativ, reizhungrig, erregbar oder gesellig im Vordergrund (Schenk 1979), die eine scheinbar geringere Sympathie zur Folge haben. Diese Faktoren müssten in einer weiteren Studie noch genauer im Zusammenhang mit der Sympathiebildung untersucht werden. Was in der Unterscheidung zwischen alkohol- und cannabisabhängigen Klienten beachtet werden muss ist das Machtgefälle zwischen Therapeuten und Klienten, das bei Klienten mit Cannabisabhängigkeit höher liegen kann. Cannabisabhängige Klienten kommen öfters mit Auflage in die Therapie, da sie beispielsweise Straftaten unter Drogeneinfluss begangen haben, oder sie wegen Besitz oder Handel von Betäubungsmitteln angeklagt wurden. Durch die Suchttherapie bekommen sie teilweise die Möglichkeit, einem Gefängnisaufenthalt zu entgehen, indem die Strafe auf Bewährung ausgesetzt wird, wenn sie eine Therapie machen. Dies kann allerdings bedeuten, dass die bereits bestehende Asymmetrie zwischen Therapeuten und Klienten noch verstärkt wird, da der Klient vom Therapeuten abhängig ist, um nicht ins Gefängnis zu gehen. Das könnte durch einen möglichen vorzeitigen Therapieabbruch seitens des Therapeuten passieren.

6. Diskussion

Daher sind die Ergebnisse dieser Studie umso relevanter, da Suchttherapeuten scheinbar lieber mit einer Klientengruppe arbeiten, die zu einem Teil aus Auflagen Klienten bestehen. Es konnte weiterhin festgestellt werden, dass Angehörige als sympathischer wahrgenommen werden als alkoholabhängige Klienten. Beim Vergleich zwischen cannabisabhängigen Klienten und Angehörigen gab es keine signifikanten Ergebnisse. Insgesamt werden Alkoholabhängige also als weniger sympathisch wahrgenommen als Cannabisabhängige und als Angehörige.

Die achte Hypothese dieser Arbeit postuliert, dass Sympathie mit allen untersuchten Faktoren signifikant zusammenhängt. Die Faktoren waren *therapiemotiviert, humorvoll, angepasst, krankheitseinsichtig, attraktiv, zuverlässig, reflektiert, aktiv in der Gesprächsführung* und *offen*. Diese untersuchten Faktoren waren das Ergebnis einer qualitativen Befragung bei Suchttherapeuten. *Therapiemotivation* korreliert mit Sympathie. Sie gilt als Prädiktor für den Verbleib und das Engagement von Klienten in der Therapie, dabei wird zwischen extrinsischer und intrinsischer Motivation unterschieden. Als Einflussfaktoren auf die Therapiemotivation werden Intelligenz, positive Therapieerwartung und erhöhte Gehemmtheit gesehen (Köhler et al. 2008). Da eine positive Therapieerwartung für die Therapie förderlich ist, ist es nachvollziehbar, dass Therapiemotivation und Sympathiebildung in Zusammenhang stehen. Auch der Faktor *Humor* steht in signifikantem Zusammenhang mit Sympathie. Humor gilt als Eigenschaft sozialer Erwünschtheit und steht ebenfalls in starkem Zusammenhang mit Intelligenz. Gemeinsames Lachen schafft ein Gefühl von Verbundenheit und Übereinstimmung. Daher kann Humor in der Therapie auch gut genutzt werden, da dadurch Ängste und Spannungen reduziert, aggressive Inhalte gegenüber dem Therapeuten besser angesprochen oder verbotenen Emotionen und das Vertrauen gestärkt werden können (Wicki 1992). Da für die

6. Diskussion

Sympathiebildung eine Übereinstimmung an Werten und Einstellung förderlich ist, passt es zusammen, dass Humor mit Sympathie korreliert. Der Faktor *Angepasstheit* hat ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang mit Sympathie. Angepasste Klienten haben sich den Gegebenheiten arrangiert, sie haben sich damit abgefunden, was ihre Umwelt von ihr erwartet. Im Vorfeld der Studie wurde im Rahmen der qualitativen Umfrage angegeben, dass die nicht angepassten Klienten als sympathischer wahrgenommen werden. Das Ergebnis der vorliegenden Studie widerspricht damit klar den Erwartungen. Dies könnte daraus resultieren, dass Klienten zwar interessanter wirken, wenn sie nicht angepasst sind, da sie mehr zu erzählen haben. Weiterhin könnte es sein, dass eine vermehrte Zahl der Klienten in Suchtberatungsstellen und in Suchtkliniken eher angepasst sind, da dies vor allem alkoholabhängigen Klienten zugeschrieben wird, die die größte Gruppe an Suchtmittelabhängigen darstellen. Da sich somit die größere Anzahl an Klienten angepasst verhält, kennen die Suchttherapeuten dieses Verhalten gut und wissen damit umzugehen und damit therapeutisch zu arbeiten. Weiterhin wirkt angepasstes Verhalten wenig bedrohlich, es kann von Therapeuten abgeschätzt werden. Daher ist es nachvollziehbar, dass angepasste Klienten sympathischer wirken. *Krankheitseinsicht* ist ebenfalls ein Faktor, der mit Sympathie signifikant zusammenhängt. Dieser wird mit Adhärenz, besserem Krankheitsverlauf, besserem Funktionsniveau und besserem Rehabilitationsverlauf in Verbindung gebracht, allerdings auch mit stärkerer Depression, Hoffnungslosigkeit und Suizidalität (Pruß et al. 2014). Daher kann sich die Krankheitseinsicht je nach Bewertung der eigenen Krankheit als positiv oder negativ darstellen (ebd.). Da Krankheitseinsicht mit Sympathie korreliert, scheinen also vor allem die positiven Eigenschaften von Krankheitseinsicht im Vordergrund der Bewertung von dieser durch Therapeuten zu stehen. Der Faktor *Attraktivität* steht ebenfalls in signifikantem Zusammenhang mit Sympathie. Personen, die dem Attraktivitäts-

6. Diskussion

stereotypen entsprechen, werden positivere Persönlichkeitsmerkmale zugeschrieben als Personen, die diesem nicht entsprechen. Weiterhin wird mit diesen Personen freundlicher umgegangen (Greitemeyer und Brodbeck 2000). Mit diesen theoretischen Befunden ist die vorliegende Untersuchung vereinbar. Je attraktiver ein Klient auf einem Foto wirkt, desto sympathischer wirkt diese auch auf Therapeuten, da dieser Person positivere Merkmale zugeschrieben werden, Sympathie zeigt sich als eins dieser Merkmale. Auch der Faktor *Aktivität* steht in signifikantem Zusammenhang mit Sympathie. Über Aktivität in der Gesprächsführung gibt es keine wissenschaftlichen Untersuchungen, die auf diese Umfrage bezogen werden können. In der Depressionsforschung konnte nachgewiesen werden, dass eine geringe Aktivität im Gespräch auf eine schwerere Erkrankung deuten lässt (Hiebinger 1981). Für Suchtklienten mit einer depressiven Komorbidität kann dies ebenfalls angenommen werden. Der Gesprächsanteil eines Klienten im Therapiegespräch soll deutlich über dem des Therapeuten liegen, was bei einer geringen Aktivität nur schwierig machbar ist. Daher muss der Therapeut mehr in den Gesprächen arbeiten und darin investieren. Er muss sich teilweise vor dem Gespräch Gedanken machen, was Inhalt der nächsten Therapiestunde sein könnte. Deshalb ist nachvollziehbar, dass eine hohe Aktivität im Gespräch auf Seiten des Klienten auch mehr Sympathie auf Seiten des Therapeuten bedeutet. Sympathie korreliert ebenfalls signifikant mit dem Faktor *Zuverlässigkeit*. Auch dieser wurde empirisch wenig erforscht. Zuverlässige Klienten kommen sicher zu ihren Terminen oder sagen rechtzeitig vorher ab. Dies gibt Therapeuten eine gewisse Planungssicherheit, die vor allem im ambulanten Setting zu beachten ist. Es wird vermutet, dass solche Klienten auch als sympathischer beurteilt werden, da keine negativen Gefühle auf Seiten des Therapeuten entstehen, die durch Unzuverlässigkeit entstehen könnten. Daher ist es nachvollziehbar, dass Zuverlässigkeit mit Sympathie zusammenhängt. Der Faktor

6. Diskussion

Reflexionsfähigkeit steht in signifikantem Zusammenhang mit Sympathie. Dieser bedeutet in der Psychologie ein Zurück-Wenden des Denkens und des Bewusstseins auf sich selbst (Lutz 2017). Dazu gehört auch die Fähigkeit eigenes Verhalten, Gefühle und Haltungen wahrzunehmen und zu hinterfragen. Reflexion ist wichtig, um schädliches Verhalten zu verändern (ebd.). Für die Therapie ist Reflexion ein wichtiger Teil, da der Klient nur dadurch Erkenntnisse über sich gewinnen kann. Ohne eine gewisse Reflexionsfähigkeit ist eine Therapie nur schwer möglich, weshalb eine höhere Sympathie für reflektierte Klienten verständlich ist. Auch mit dem Faktor *Offenheit* korreliert Sympathie. Offene Klienten sind dadurch gekennzeichnet, dass sie als neugierig, flexibel, unkonventionell und liberal gelten. Weiterhin sind sie wenig dogmatisch, vorurteilsbehaftet oder konform (Wirtz 2017). Vor allem die Neugier und Flexibilität sind für den Verlauf einer Therapie förderlich, da der Klient eher dazu bereit ist neue Therapiemethoden auszuprobieren und er dem Therapieverlauf wertfrei gegenübersteht. Dies macht die Arbeit für den Therapeuten auch einfacher, weshalb Offenheit und Sympathie signifikant zusammenhängt. Dieser Zusammenhang wurde durch Schweiker (1983) bestätigt. Diese Faktoren wurden im Vorfeld der quantitativen Befragung von Suchttherapeuten bestimmt. Die Therapeuten scheinen also einige der Faktoren die zur Sympathiebildung dazugehören, bereits zu kennen, trotzdem scheint dies erst auf Nachfrage bewusst zu werden. Auffällig ist weiterhin, dass diese Faktoren bereits auf dem Foto erkennbar werden und nicht erst im Laufe eines oder mehrerer Gespräche. Weiterhin konnte in dieser Studie herausgefunden werden, dass Suchttherapeuten lieber mit Klienten arbeiten wollen, die ihnen sympathisch sind.

Einschränkend muss bei dieser Studie beachtet werden, dass hier nur die Sympathie auf Basis eines Fotos beurteilt wurde. Daher kann in der Arbeit nicht auf alle Faktoren eingegangen werden, die für die Sympathiebildung wichtig sein können. Es fehlen unter anderem

6. Diskussion

Gestik, Mimik oder Stimme, bzw. Stimmfarbe. Weiterhin weiß der Betrachter der Fotos nicht welchen biographischen Hintergrund eine Person auf dem Foto hat. Unbekannt ist ebenfalls aus welchem Grund sie die Hilfe eines Suchttherapeuten aufsucht, zum Beispiel ob der Klient freiwillig in der Maßnahme ist oder aufgrund einer Auflage. Außerdem kann der Therapeut rein von dem Foto keine Einstellungen, Werte oder die Denkweise des Klienten kennen, was wichtig wäre um zusätzliche Informationen zur Sympathiebildung gewinnen zu können. Dies könnte durch das Drehen von Videos von Klienten oder die Verlaufsbeobachtung der Suchttherapie erreicht werden. In dieser Umfrage konnte nur die demographische Ähnlichkeit zwischen Therapeuten und Klienten abgedeckt werden und keine weiteren Faktoren des Konzeptes der Ähnlichkeit (Kassin et al. 2014). Weiterhin liegt eine mangelnde interne Validität vor, da es keine Kontrolle gibt, wie konzentriert die Teilnehmer der Studie waren, da diese im Rahmen einer Online-Befragung durchgeführt wurde. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich manche Teilnehmer einige Fotos genauer, bzw. ungenauer angesehen und die Fragen dazu dementsprechend beantwortet haben. Für diese Umfrage war es sehr wichtig konzentriert zu sein, da die Fotos nur für je zwei Sekunden sichtbar waren. Sollten die Fotos nicht genau betrachtet worden sein, könnten sich die Ergebnisse verfälschen. Bei ungenauer Betrachtung konnten die Fragen dazu auch nur ungenau beantwortet werden. Da die Durchführungszeit bei den meisten Probanden nicht lange war, kann davon ausgegangen werden, dass ein gewisses Maß an Konzentration vorlag. Die Anzahl an männlichen und weiblichen Klienten auf den Fotos war nicht exakt ausgeglichen. Eine weitere Einschränkung dieser Studie ist, dass dort nur ein Teil der Klienten der Suchthilfe dargestellt werden. Die Fotos wurden von Klienten einer Suchtberatungsstelle gemacht, die entweder das erste Mal eine ambulante Entwöhnungsbehandlung durchführen oder die sich in der soziotherapeutischen Maßnahme Betreutes Einzelwohnen befinden.

6. Diskussion

Darüber hinaus wurden Angehörige fotografiert. Dadurch wurden Klienten unter anderem aus dem reinen Beratungssetting, der stationären Suchthilfe oder Klienten aus dem niedrigschweligen Bereich nicht mit abgedeckt. Daher wäre es interessant die gleiche Umfrage mit anderen Klienten weiteren Bereichen der Suchthilfe durchzuführen. Dies könnte diese Umfrage noch um einige Aspekte erweitern. In dieser Studie wurden außerdem nur Fotos von Angehörigen, alkohol- und cannabisabhängigen Klienten gemacht. Dadurch fehlen Klienten mit dem Konsum, bzw. in der Abstinenz von anderen Substanzen. Durch das Hinzunehmen von Klienten in die Studie, die stimulierende Drogen konsumieren, Klienten mit einer langjährigen Polytoxikomanie oder einer Glücksspielabhängigkeit könnten weitere Bereiche der Suchthilfe mit abgedeckt werden. Dies hätte den Rahmen dieser Arbeit allerdings gesprengt, weshalb sich auf Alkohol- und Cannabisabhängige, sowie Angehörige von Suchtmittelabhängigen konzentriert wurde. Es konnte vorher nicht beeinflusst werden, wer an dieser Umfrage teilnimmt, weshalb die Teilnehmenden in einigen soziodemographischen Punkten nicht die gleiche Aufteilung haben, es konnte beispielsweise nicht erreicht werden gleich viele Männer und Frauen zu befragen. Außerdem konnte keine genaue Verteilung der Therapieschulen und des Arbeitsfeldes in der Suchttherapie erreicht werden.

Für die Praxis können durch diese Studie neue Erkenntnisse gewonnen werden. So gibt es Unterschiede im Sympathieempfinden von Therapeuten Suchtklienten gegenüber, was die tägliche Arbeit als Therapeut vor neue Herausforderungen stellt. Für das Thema Sympathie in der Therapeut-Klienten-Beziehung muss eine Sensibilität und ein Bewusstsein geschaffen werden. Die Ergebnisse könnten bedeuten, dass alkoholabhängigen Klienten im Vergleich zu cannabisabhängigen Klienten eine höhere Stigmatisierung entgegengebracht wird. Cannabisabhängige werden als sympathischer wahrgenommen als Alkoholabhängige, weshalb

6. Diskussion

Suchttherapeuten laut dieser Umfrage lieber mit ihnen arbeiten. Dies kann zum Problem werden, wenn Alkoholabhängige das bemerken sollten. Die Selbststigmatisierung bei Alkoholabhängigen ist sehr stark ausgeprägt (Stolzenburg et al. 2014) und Aufgabe der Therapie ist es dies zu reflektieren und das Selbstbild und den Selbstwert der Klienten zu stärken. Wenn Therapeuten alkoholabhängige Klienten allerdings bereits selbst stigmatisieren und weniger gerne mit ihnen arbeiten, verstärkt sich die Selbstabwertung. Cannabisabhängige Klienten sind durch den illegalen Besitz und Kauf des Suchtmittels als risikofreudiger gekennzeichnet, alkohol-abhängige Klienten werden als angepasster erlebt und neigen dazu sich selbst auszugrenzen, bzw. zu verstecken. Das bedeutet, dass sich alkoholabhängige Klienten eher sozial zurückziehen, was ein Punkt für das niedrigere Abschneiden in der Sympathiebildung von alkoholabhängigen Klienten sein könnte. Dies erschwert zum einen den Verlauf der Therapie, zum anderen fällt es Alkoholabhängigen dadurch schwerer sich in der Therapie zu öffnen. Wenn diesen Klienten dann auch noch weniger Sympathie seitens des Therapeuten entgegengebracht wird, kann dies als zusätzliche Zurückweisung verstanden werden, die die soziale Integration noch mehr verlangsamt. Weiterhin kann es sein, dass der Glaube an sich selbst die Abhängigkeit überwinden zu können langsamer geschaffen werden kann als bei cannabisabhängigen Klienten. Eine mögliche Auflösung der Selbststigmatisierung könnte dadurch erreicht werden, dass die Selbstwirksamkeit bei Klienten im Therapieverlauf mehr gestärkt wird. Durch eine geringere Selbstwirksamkeit werden Heilerfolge auch erst später möglich, was den Eindruck erwecken könnte, dass dieser bei alkoholabhängigen Klienten langsamer zu erreichen ist. Interessant wäre es auch herauszufinden, ob die Sympathie bei alkoholabhängigen Klienten steigt, je länger diese abstinent sind, bzw. sich mehr vom Alkohol distanzieren können. Das Ergebnis dieser Umfrage stellt auch die Gruppentherapie vor neue

6. Diskussion

Herausforderungen, falls es substanzmittelunabhängige Gruppen gibt. Dort könnte die Unterschiedlichkeit in der Sympathie deutlich werden und alkoholabhängige Klienten sich zurückgewiesen fühlen, wenn sie bemerken, dass Cannabisabhängige vom Therapeuten als sympathischer gesehen werden. Möglich wäre es auch, dass sich cannabisabhängige Klienten als bevorzugt wahrnehmen und somit die Stigmatisierung der Alkoholabhängigen verstärken. Cannabisabhängige Klienten werden im Alltag als trägere Personen wahrgenommen, denen Vieles egal scheint. Diese Faktoren sind jedoch schon zu einem Großteil ausgeklammert, wenn die sich cannabisabhängigen Personen in Suchttherapie befinden, da sie dort etwas für sich tun möchten und regelmäßig zu Gesprächen erscheinen. Diesen vermeintlichen Vorteil haben alkoholabhängige Klienten nicht, da die ihnen zugeschriebenen Attribute nicht so schnell verändert werden können. Welche Frage die Umfrage zusätzlich aufwirft ist, ob sich alkoholabhängige Klienten selbst als weniger sympathisch empfinden als cannabisabhängige Klienten. Durch das Konzept der self-fulfilling-prophecy scheint es wahrscheinlich, dass sich die Alkoholabhängigen nach einer gewissen Therapiedauer selbst als weniger sympathisch fühlen. Daher sollten Suchttherapeuten die Ursachen der Studienergebnisse diskutieren, um gegen diese Entwicklung bei Klienten zu arbeiten. Fraglich ist auch, ob diese Ergebnisse von den Suchttherapeuten überhaupt als problematisch angesehen werden oder als Ist-Zustand, bzw. ob die einzelnen Suchttherapeuten Handlungsbedarf sehen. Cannabis ist eine illegale Droge, die jedoch als nicht so gefährlich gilt wie viele andere Drogen. Dies kann für Suchttherapeuten auch ein Anreiz sein, vermeintlich interessantere Biographien zu hören, die von anderen Klienten nicht zu hören sind. Die erhöhte Sympathie für Cannabisabhängige im Vergleich zu Alkoholabhängigen ist auch ein interessanter Aspekt in der aktuellen politischen Diskussion über die Forderung der Legalisierung von Cannabis. Mit sympathischen

6. Diskussion

Personen, die Cannabis konsumieren, kann besser Politik gemacht werden, bzw. dies vereinfacht den Prozess eine mögliche Legalisierung zu erreichen, weil die Befürworter als sympathischer wahrgenommen werden könnten. Dadurch wird die Droge allerdings auch verharmlost, indem suggeriert wird, dass die Substanz hauptsächlich von sympathischen Personen konsumiert wird. Daher kann es sein, dass der Droge Cannabis weniger Gefahr zugeschrieben wird, wenn die Konsumenten positiv eingeschätzt werden. In der politischen Diskussion wird häufig das Argument genannt, dass Alkohol gefährlicher sei als Cannabis, aber legal, und daher Cannabis legalisiert werden soll. Durch die Unterschiede im Sympathieempfinden gegenüber Cannabis- und Alkoholkonsumenten scheint dieses Argument an Bedeutung zu gewinnen, da die Therapeuten lieber mit den Cannabisabhängigen arbeiten.

Was die Ergebnisse dieser Studie über die mögliche Stigmatisierung von alkoholabhängigen Klienten aussagt, sagt diese auch über die mögliche Stigmatisierung von chronisch erkrankten Klienten aus. So werden chronisch erkrankte Klienten als weniger sympathisch wahrgenommen als Klienten, die ihre erste Suchttherapie machen. Auch dies bedeutet, dass Suchttherapeuten mit chronisch erkrankten Klienten weniger gern arbeiten. Das kann zur Folge haben, dass die Therapeuten an diese Klientel weniger glauben und daher weniger für die Erkrankten tun. Dadurch kann es schneller zu einem Misserfolg, bzw. Abbruch der Therapie durch die Klienten kommen, was womöglich weitere Therapien und damit Kosten zur Folge hätte. In der Therapiesituation könnten die Klienten auch bemerken, dass sie als sehr krank abgestempelt werden, weshalb sich eine latente Aggression gegen den Therapeuten richten kann. Dieses Verhalten könnte aber auch gegen andere Klienten gezeigt werden, beispielsweise in einer Therapiegruppe, was Schwierigkeiten im Gruppenprozess zur Folge haben könnte. Chronisch erkrankten Klienten sieht man ihre Suchterkrankung häufig an, da die Suchtmittel

6. Diskussion

körperlich bereits Spuren hinterlassen haben. Dadurch werden diese Personen von der Gesellschaft häufig stigmatisiert, bzw. nicht vollständig mit integriert. Daher ist es sehr wichtig, dass die Klienten diese Problematik im Rahmen der Therapie und im Umgang mit anderen Klienten reflektieren. Auch Suchttherapeuten sollten dies im Blick behalten, damit die Stigmatisierung nicht im Therapieprozess weitergeht. Dieses Ergebnis der Studie bedeutet auch, dass Therapeuten sich mehr Gedanken machen sollten, wie sie mit chronisch erkrankten Klienten besser arbeiten können, um die Erfolgchancen zu steigern, da Sympathie den Heilerfolg mit beeinflusst. Weiterhin sollen sich Suchttherapeuten überlegen, wie sie die Ausgrenzung von chronisch Suchtmittelabhängigen verhindern, bzw. verändern können. Dafür ist es wichtig in Gruppenprozessen keine Unterschiede zwischen Klienten zu machen. Weiterhin ist das Bewusstsein wichtig, dass Suchttherapeuten dazu neigen die chronisch Erkrankten als weniger sympathisch zu sehen, um dagegen arbeiten zu können. Weniger Sympathie für die chronisch erkrankten Klienten birgt die Gefahr, dass sie zu einem anderen Zeitpunkt weitere Therapien machen oder langfristig in andere kostenintensivere Maßnahmen wie beispielsweise in Soziotherapie wechseln müssen.

Ein weiteres zu beachtendes Ergebnis dieser Studie lautet, dass analytisch orientierte Suchttherapeuten Klienten als weniger sympathisch wahrnehmen als Verhaltenstherapeuten und Gestalttherapeuten. Dass Sympathie ein Indikator für den Heilerfolg in einer Therapie ist wurde empirisch von Saghafi (1989) bestätigt, der seine Umfrage bei Analytikern durchführte. Es scheint also innerhalb der Analytiker eine Sympathiebildung zu geben, die allerdings nicht so hoch ist wie bei Verhaltens- oder Gestalttherapeuten. Daher stellt sich die Frage was es für Analytiker bedeutet, dass sie weniger Sympathie für Klienten entwickeln, bzw. was es für Verhaltens- und Gestalttherapeuten bedeutet, dass sie mehr Sympathie entwickeln. Weniger Sympathie bedeutet auch weniger gerne mit den Klienten

6. Diskussion

arbeiten zu wollen und sich weniger für sie einbringen (bzw. zu viel bei Verhaltens- und Gestalttherapeuten). Das heißt, dass hierfür ein hohes Bewusstsein geschaffen werden muss, damit es keine Gräben zwischen den Klienten der Schulen gibt. Eine Reflexion dieser Thematik kann im Rahmen von Gruppen- oder Einzelsupervision passieren. In Suchtberatungsstellen und –kliniken wird meist per Zufall entschieden, bei welchen Therapeuten die Klienten in Therapie sind. Sollten Klienten Unterschiede im Handeln der Therapeuten feststellen, besteht die Gefahr, dass sie sich im Vergleich zu anderen benachteiligt oder bevorzugt fühlen. Dies könnte Auswirkungen auf den Therapieverlauf haben. So könnten sich dadurch Klienten weniger auf die Therapie einlassen, da sie nicht die Unterstützung des Therapeuten spüren könnten, bzw. das Gefühl haben mehr für ihre eigene Therapie machen zu müssen als andere. Dies bedeutet auch, dass ein Bewusstsein dafür innerhalb des Teams geschaffen werden muss, damit dort keine Spannungen entstehen, wie unterschiedlich mit Klienten umgegangen wird. Gleichzeitig müssen sich Verhaltens- und Gestalttherapeuten im Klaren sein, dass sie stärker auf ihre eigenen Grenzen achten müssen. Interessant hierbei wäre eine Untersuchung, ob Übergriffe seitens der Therapeuten auch eher von Verhaltens- oder Gestalttherapeuten unternommen werden. Die Qualität der Beziehung von Klienten zu Analytikern gestaltet sich im Vergleich zu Verhaltens- und Gestalttherapeuten grundsätzlich anders. Bei analytisch arbeitenden Therapeuten wächst die Beziehung im Laufe der Zeit, bei den anderen beiden Schulen zeigt sich der Beginn der Therapie vereinfacht, da hauptsächlich über aktuelle Probleme gesprochen wird. Für die Beziehungsgestaltung bedeuten diese Ergebnisse, dass mehr Beachtung in den Start einer Therapie gelegt werden muss, um dem Klienten auch ein Bild seiner eigenen Therapieschule aufzuzeigen und wie in dieser gearbeitet wird, damit ein Klient weiß, was auf ihn zukommt. Für diesen Punkt interessant zeigt sich auch, dass in der Suchthilfe deutlich weniger

6. Diskussion

analytisch orientierte Therapeuten arbeiten, was auch ein Beleg für die geringere Sympathie gegenüber dem Klientel sein könnte. Mit diesen Ergebnissen stellt sich insgesamt die Frage, ob Verhaltens- oder Gestalttherapeuten eine bessere Beziehung eingehen können als Analytiker. In der analytischen Therapie ist die Beziehung einer der wichtigsten Faktoren des Therapieverlaufs, da die Verantwortung des Prozesses beim Klienten liegt, der nur etwas von sich preisgibt, wenn er das Gefühl hat ein hilfreiches Gegenüber gefunden zu haben. Damit werfen die gefundenen Ergebnisse neue Fragen auf. In diesem Kontext stellt sich die Frage, inwieweit sich eine möglicherweise erschwerte Beziehungsgestaltung auf den Therapieprozess im analytischen Kontext auswirkt und ob mehr Sympathie zwischen Therapeuten und Klienten einen höheren Therapieerfolg bedeutet. Dies müsste eine neue Umfrage untersuchen.

Eine weitere Frage, die sich aus den Ergebnissen der Studie ergibt, ist die was es für Klienten bedeutet, wenn Therapeuten weniger gerne mit ihnen arbeiten. Neben der bereits erwähnten möglichen Stigmatisierung könnte es die Klienten auch dazu ermutigen mehr von sich zeigen zu wollen, um den Therapeuten von sich zu überzeugen. Dadurch könnten Klienten zuverlässiger werden und versuchen alles umzusetzen was der Therapeut ihnen sagt, um es im nächsten Therapiesgespräch präsentieren zu können. Bei diesem vermeintlichen Vorteil würden die Klienten aber möglicherweise in ihre frühkindlichen Rollen zurückgeworfen werden. So kennen manche Klienten Zurückweisung von Seiten ihrer Eltern oder anderen Bezugspersonen und haben sich daher die Eigenschaft angeeignet durch Leistung überzeugen zu wollen und dadurch geliebt zu werden. Dies wäre natürlich eine maligne Auswirkung in der Therapie, da genau diese Rollenbilder dort reflektiert und verändert werden sollen. Allerdings könnte eine geringere Sympathie in Bezug auf den Klienten auch die Wirkung haben, dass sich die Klienten den Therapeuten gegenüber stark zurückziehen und die Therapie abbrechen, bzw. bewusst oder

6. Diskussion

unbewusst boykottieren, indem beispielsweise Absprachen nicht eingehalten werden, oder sich Widerstand in der Therapiegruppe zeigen könnte. Hierbei wäre eine Untersuchung interessant, in welchem Kontext Therapieabbrüche mit hoher oder niedriger Sympathie zusammenhängen.

In dieser Umfrage wird deutlich, dass Klienten als unterschiedlich sympathisch wahrgenommen werden. Daraus ergibt sich die Frage, was es für Klienten bedeutet, als sympathisch oder weniger sympathisch wahrgenommen zu werden. Als sehr sympathisch wahrgenommen zu werden kann auch ein Problem in der Therapie werden, sollte der Therapeut in manchen Aspekten die Fachlichkeit verlieren, da dieser den Klienten sympathisch findet, bzw. sogar mag. So könnte es passieren, dass der Therapeut auf manche Punkte nicht eingeht oder sich mehr für den Klienten einsetzt, als er es für andere macht. Das kann zur Folge haben, dass der Klient eine Sonderrolle beim Therapeuten bekommt. So erwartet der Therapeut bei diesen Klienten möglicherweise, dass alles glatt läuft und dieser große Fortschritte macht. Ein möglicher Rückfall könnte die Therapeut-Klienten-Beziehung nachhaltig verschlechtern, da die Erwartungen des Therapeuten nicht erfüllt werden konnten. Diese Sonderrolle ist damit sehr schwierig aufrechtzuerhalten und kann zum Nachteil werden. Auch dies bedarf eines hohen Bewusstseins der Therapeuten. Die Rolle als sympathische Person kennt der Klient möglicherweise bereits und hat lernen können dadurch Vieles von sich hinter der Fassade als sympathische Person verstecken, da möglicherweise nicht so viel nachgefragt wird. Dies gilt es in der Therapie auf jeden Fall zu hinterfragen und zu reflektieren, da sich hierbei die Frage stellt, wie der Klient davon persönlich profitiert als sympathisch gesehen zu werden. Daher kann es passieren, dass sympathischere Klienten eine schlechtere Therapie machen, da weniger auf sie geachtet wird.

6. Diskussion

Fraglich ist auch, wie sich die unterschiedliche Sympathieeinschätzung seitens der Therapeuten auf die therapeutische Beziehung auswirkt, da diese ein hoher Wirkfaktor für die Therapie ist. Eine höhere Sympathie den Klienten gegenüber kann auch eine bessere Therapiebeziehung bedeuten, da der Therapeut dem Klienten gegenüber positiv gestimmt ist. Dadurch kann sich die Bereitschaft erhöhen dem Klienten öfters Termine zu geben, bzw. mehr aufwendigere Methoden durchzuarbeiten, was zu einem verbesserten Heilerfolg führen kann. Es scheint aber fraglich, ob die Therapiebeziehung tatsächlich nur positiver wird, es kann auch sein, dass aus der Beziehung keine tragfähige Arbeitsbeziehung entsteht, da von den Therapeuten eventuell nur die positiven Eigenschaften gesehen werden wollen und diese gerne sympathische Klienten behalten wollen. Dadurch würde zu wenig auf mögliche negative Eigenschaften gesehen werden, die den Status des Klienten verändern würde.

Eine Forderung die sich aus den Ergebnissen der Studie ergibt, ist die nach Reflektion von vermeintlich sympathischen Klienten in der Supervision, sowohl in der Team- als auch in Einzelsupervision. Sympathie kann für Klienten ein Hindernis in der Therapie darstellen. Deshalb müssen diese Klienten mindestens genauso besprochen werden wie vermeintlich schwierigere Klienten. Es zeigt sich dafür wichtig sich als Therapeuten zu reflektieren, wieso diese Klienten in Besprechungen weniger Raum einnehmen als andere. Dafür müssen auch eigene Themen des Therapeuten reflektiert werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Sympathie ein Faktor in der Therapiebeziehung ist, der Auswirkungen auf die Therapie hat. Die Ergebnisse bedeuten, dass manche Klienten tatsächlich wie vermutet bevorzugt werden, wenn sie als sympathischer wahrgenommen werden. Daher zeigt es sich als wichtig, ein Bewusstsein bei Therapeuten dafür zu schaffen. Es muss noch untersucht werden, wie genau sich eine höhere, bzw. niedrigere

6. Diskussion

Sympathie auf den Verlauf einer Therapie auswirkt. Es zeigt sich auch noch unklar, wie damit in der Praxis umgegangen werden muss, da dieses Thema von Therapeuten vermieden wird.

7. Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit war es zu prüfen, ob es Merkmale gibt, die Suchttherapeuten suchtmittelabhängige Klienten oder deren Angehörige sympathisch machen. Dafür wurde eine quantitative Studie durchgeführt. Es wurden 67 Suchttherapeuten insgesamt vierzehn Fotos von Klienten gezeigt, die nach verschiedenen Kriterien beurteilt werden sollten. Die Suchttherapeuten wurden per E-Mail dazu eingeladen an der Online-Umfrage teilzunehmen. Dabei waren 72% der Therapeuten weiblich und 28% männlich. Die Verteilung der Therapeuten auf Suchtberatungsstelle und -klinik war dabei ausgeglichen. Die Hälfte der Suchttherapeuten hatte bis zehn Jahre Berufserfahrung. Die Therapeuten arbeiten nach unterschiedlichen Therapierichtungen, 55% der befragten Therapeuten arbeiten verhaltenstherapeutisch orientiert, 29% arbeiten als analytische Therapeuten, die anderen gestalttherapeutisch, systemisch oder anderweitig orientiert. Auch das Alter der Therapeuten unterschied sich, die jüngste Gruppe der Therapeuten, die 20-30jährigen, stellten 17% der Probanden dar. Die größte Gruppe waren die 40 bis 50 Jahre alten Therapeuten, die 33% der Teilnehmer abdeckten. Jeweils 23% der Probanden waren zwischen 30 und 40 Jahre, bzw. zwischen 50 und 60 Jahre alt. Die 60 bis 70jährigen stellten 4% der Teilnehmer. In der Auswertung wurde mit den statistischen Verfahren t -Test bei unabhängigen und gepaarten Stichproben, sowie ANOVA gerechnet. Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen dem Sympathieempfinden von analytisch orientierten Therapeuten und verhaltenstherapeutisch orientierten Suchttherapeuten gefunden werden. Auch analytisch und gestalttherapeutisch orientierte Therapeuten unterscheiden sich signifikant in Bezug auf ihr Sympathieempfinden. Analytisch orientierte Therapeuten empfinden suchtmittelabhängige Klienten als weniger sympathisch als Verhaltens- oder Gestalttherapeuten. Ein weiteres signifikantes

7. Zusammenfassung

Ergebnis konnte bei der unterschiedlichen Erkrankungsdauer von Klienten gefunden werden. So empfinden Suchttherapeuten chronisch erkrankte Klienten signifikant weniger sympathisch als Klienten, die sich in ihrer ersten Rehabilitation befinden oder als Angehörige. Im Gegensatz dazu ist der Unterschied in der Sympathiebildung zwischen den Rehabilitationsklienten und den Angehörigen nicht signifikant. Das Sympathieempfinden bei Klienten mit verschiedener Substanzabhängigkeit unterscheidet sich. Suchttherapeuten empfinden cannabisabhängige Klienten und Angehörige signifikant sympathischer als alkoholabhängige Klienten. In dieser Studie wurde zusätzlich geprüft, mit welchen anderen Faktoren Sympathie zusammenhängen kann. Sympathie korreliert dabei mit allen anderen aufgestellten Faktoren. Diese sind *Offenheit, Therapiemotivation, Humor, Anpasstheit, Krankheitseinsicht, Attraktivität, Aktivität in Gesprächsführung, Zuverlässigkeit* und *Reflexionsfähigkeit*. Sympathie korreliert ebenfalls mit dem Faktor *möchte gerne mit dieser Person arbeiten*. Es lässt sich also feststellen, dass Suchttherapeuten lieber mit Klienten arbeiten, die sie als sympathisch wahrnehmen. Folgende Hypothesen konnten nicht bestätigt werden: Die Hypothesen, dass gleiches Alter, bzw. gleiches Geschlecht von Therapeuten und Klienten eine höhere Sympathiebildung hervorruft, können nicht signifikant belegt werden. Die Annahme, dass berufserfahrene Suchttherapeuten Klienten weniger sympathisch finden, konnte nicht bestätigt werden. Die Hypothese, die postulierte, dass das Sympathieempfinden bei Therapeuten, die in einer Suchtberatungsstelle oder einer Suchtklinik arbeiten, unterschiedlich ist, musste verworfen werden.

Für die Praxis bedeuten die Ergebnisse, dass ein höheres Bewusstsein für den Faktor Sympathie bei Therapeuten geschaffen werden muss, da dieser relevant für den Therapieverlauf ist. Weiterhin gilt es das Augenmerk in der Therapie auch auf sympathische Klienten

7. Zusammenfassung

zu legen, da Sympathie auf Seiten des Klienten auch ein Hindernis für die Therapie darstellen kann.

Literaturverzeichnis

- Aronson, Elliot; Wilson, Timothy D.; Akert, Robin M. (2010): Sozialpsychologie. 6., aktualisierte Aufl., [Nachdr.]. München: Pearson Studium (Pearson Studium - Psychologie).
- Bergler, Reinhold; Hoff, Tanja (2001): Psychologie des ersten Eindrucks: die Sprache der Haare. Eine empirische Analyse zur Psychologie des Alltagsverhaltens in den baltischen Staaten, Deutschland, Rumänien, Russland, der Türkei und Ukraine. Köln: Dt. Inst.-Verl. (Schriftenreihe zur angewandten Sozialpsychologie, 7).
- Berscheid, Ellen; Reis, Harry T. (1998): Attraction and Close Relationships. In: Daniel Todd Gilbert, Susan T. Fiske und Gardner Lindzey (Hg.): The handbook of social psychology. 4th ed. Boston, New York: Distributed exclusively by Oxford University Press, S. 193–281.
- Brehm, Sharon S.; Kassin, Saul M.; Fein, Steven (2005): Social psychology. 6th ed. Boston: Houghton Mifflin.
- Cowan, M. L.; Weiner, E. A.; Weiner, B. (1974): Therapist perceptions of clients and client self-report. In: *Journal of clinical Psychology* 30 (2), S. 227–230.
- Delhees, Karl H. (1994): Soziale Kommunikation. Psychologische Grundlagen für das Miteinander in der modernen Gesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Diez Grieser, Maria Teresa (2002): Die Bedeutung des Geschlechts des Therapeuten in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien. In: Mann oder Frau? Wie bestimmend ist das Geschlecht in der psychotherapeutischen Interaktion? ; [... erste Tagung ..., am 1. September 2001 in Zürich ...]. Tübingen: Ed. diskord, S. 59–74.
- Dilling, Horst; Freyberger, Harald J. (Hg.) (2016): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen ICD-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR. Unter Mitarbeit von J. E. Cooper. Weltgesundheitsorganisation. 8., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäss ICD-10-GM (German Modification) 2016. Bern: Hogrefe.
- Dozier, M.; Bates, M. C. (2004): Attachment state of mind and the treatment relationship. In: Leslie Atkinson und Susan Goldberg (Hg.): Attachment issues in psychopathology and intervention. Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum, S. 167–180.
- Düsing, Edith (2007): Die heilsame Kraft der Beziehung bei Sándor Ferenczi. In: *Balint-Journal* (3), S. 73–84.
- Eckes, Thomas (2003): Geschlechterstereotype. Frau und Mann in sozialpsychologischer Sicht. 2. Aufl. Herbolzheim: Centaurus-Verl.-Ges (Frauen, Männer, Geschlechterverhältnisse, 5).

Literaturverzeichnis

- Ferenczi, Sándor (1999): Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Ungekürzte Ausg. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl. (Fischer Geist und Psyche, 14269).
- Fietkau, Hans-Joachim; Perrez, Meinrad (Hg.) (1977): Die Einstellung in der Psychotherapie. Theoretische Grundlegungen und empirische Befunde am Beispiel der Gesprächspsychotherapie. Salzburg: O. Müller (Beiträge zur klinischen Psychologie).
- Freud, Sigmund (1996): Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet. 9. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer.
- Gottschalk, Louis A.; Mayerson, Peter; Gottlieb, Anthony A. (1967): Prediction and evaluation of outcome in an emergency brief psychotherapy clinic. In: *Journal of Nervous and Mental Disease* (144), 77-69.
- Grammer, Karl (1996): Signale der Liebe. Die biologischen Gesetze der Partnerschaft. 2. Aufl. München: Deutscher Taschenbuch-Verl. (dtv, 30498).
- Graumann, Carl Friedrich (1979): Wahrnehmung und Beurteilung der anderen und der eigenen Person. In: Annelise Heigl-Evers (Hg.): Lewin und die Folgen. Sozialpsychologie, Gruppendynamik, Gruppentherapie. Zürich: Kindler (Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, ; 8), S. 154–183.
- Grawe, Klaus (1992): Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In: Jürgen Margraf (Hg.): Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. Themen der 22. Verhaltenstherapiewoche 1991. München: Röttger (Therapieforschung für die Praxis, 12), S. 215–245.
- Greitemeyer, Tobias; Brodbeck, Felix C. (2000): Wer schön ist "wird" auch gut. In: *Zeitschrift für Sozialpsychologie* 31, S. 73–86.
- Hassebrauck, Manfred (2006): Physische Attraktivität. In: Hans-Werner Bierhoff, Dieter Frey und Jürgen Bengel (Hg.): Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie. Göttingen: Hogrefe (Handbuch der Psychologie / hrsg. von J. Bengel, Bd. 3), S. 219–225.
- Hassebrauck, Manfred; Küpper, Beate (2010): Theorien interpersonaler Attraktion. In: Dieter Frey und Martin Irle (Hg.): Gruppen-, Interaktions- und Lerntheorien. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl., 2. Nachdr. Bern: Huber (Psychologie-Lehrtexte, / hrsg. von Dieter Frey und Martin Irle ; Bd. 2), S. 156–177.
- Heider, Fritz; Deffner, Gerhard (1977): Psychologie der interpersonalen Beziehungen. 1. Aufl. Stuttgart: Klett (Konzepte der Humanwissenschaften).
- Hiebinger, Solveig (1981): Kommunikatives Verhalten im Verlauf der endogenen Depression. Dissertation. Universität Salzburg, Salzburg. Naturwissenschaftliche Fakultät, Fachbereich Psychologie.
- Hiebsch, Hans; Böttcher, Hans R. (1986): Interpersonelle Wahrnehmung und Urteilsbildung. Psychologische Grundlagen der Beurteilung von Menschen. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaft.

Literaturverzeichnis

- Hoffmann, Nicolas (2018): Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. In: Jürgen Margraf und Silvia Schneider (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie. 4., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 467–474.
- Holz, A. (2000): Versorgungssystem der Suchtkrankenhilfe in Deutschland. In: Thomas Poehlke, Ingo Flenker, Anke Follman, Georg Kremer und Fred Rist (Hg.): Grundlagen der Behandlung. Berlin: Springer (Suchtmedizinische Versorgung, Orientierung am Weiterbildungs-Curriculum der Bundesärztekammer / Hrsg.: Thomas Poehlke ... ; 1), S. 101–113.
- Kassin, Saul M.; Fein, Steven; Markus, Hazel Rose (2014): Social psychology. Ninth edition. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.
- Kordowski, Christian (1999): Zur Genese der sozialen Eindrucksbildung. Situative und generalisierte Selbst- und Fremdkonzepte als Phänomene interpersoneller Wahrnehmung. Zugl.: Göttingen, Univ., Diss., 1998. Frankfurt am Main: Lang (Europäische Hochschulschriften Reihe 6, Psychologie, 626).
- Lutz, Gabriele (2017): Reflexion, kognitionspsychologisch. In: Markus Antonius Wirtz (Hg.): Dorsch - Lexikon der Psychologie. Unter Mitarbeit von Janina Strohmer. 18., überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe, S. 1419.
- Mann, Leon (1987): Sozialpsychologie. 8. Aufl., (50. - 52. Tsd.). München: Psychologie-Verlags-Union (Kleine Bibliothek der Psychologie).
- Merton, Robert K. (1948): The Self-Fulfilling Prophecy. In: *Antioch Review* 8 (2), S. 193–210.
- Mikula, Gerold (1975): Theoretische und methodische Probleme der Attraktionsforschung. In: W. H. Tack (Hg.): Bericht über den 29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Salzburg 1974, S. 295–309.
- Mikula, Gerold (1977): Interpersonale Attraktion: Ein Überblick über den Forschungsgegenstand. In: Gerold Mikula und Wolfgang Stroebe (Hg.): Sympathie, Freundschaft und Ehe. Psychologische Grundlagen zwischenmenschlicher Beziehungen. Bern: Huber, S. 13–40.
- Mikula, Gerold; Stroebe, Wolfgang (1995): Theorien und Determinanten der zwischenmenschlichen Anziehung. In: Manfred Amelang und Hans-Joachim Ahrens (Hg.): Attraktion und Liebe. Formen u. Grundlagen partnerschaftlicher Beziehungen, Bd. 3. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie (Brennpunkte der Persönlichkeitsforschung, / hrsg. von Manfred Amelang; Hans-Joachim Ahrens ; Bd. 3), S. 61–104.
- Miller, Rowland S.; Perlman, Daniel; Brehm, Sharon S. (2007): Intimate relationships. 4. ed. Boston: McGraw-Hill Higher Education (The McGraw-Hill social psychology series).
- Mühl, J. (2000): Psychosoziale Betreuung inkl. Kooperationsansätze und -modelle. In: Thomas Poehlke, Ingo Flenker, Anke Follman, Georg Kremer

Literaturverzeichnis

- und Fred Rist (Hg.): Grundlagen der Behandlung. Berlin: Springer (Suchtmedizinische Versorgung, Orientierung am Weiterbildungs-Curriculum der Bundesärztekammer / Hrsg.: Thomas Poehlke ... ; 1), S. 115–128.
- Mummendey, Hans D.; Eifler, Stefanie (1994): Ein Fragebogen zur Erfassung "positiver" Selbstdarstellung (Impression-Management-Skala). In: Universität Bielefeld: Fakultät für Soziologie (Hg.): Bielefelder Arbeiten zur Sozialpsychologie, Bd. 170. Bielefeld.
- Newcomb, Theodore Mead (1961): The acquaintance process. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Platōn (1960): Platon, Fruhdialoge. Laches, Charmides, Lysis ; Der Grossere Hippias ; Der Kleinere Hippias ; Protagoras, Euthydemos ; Ion, Menexenos. Stuttgart: Artemis & Winkler (Die Bibliothek der alten Welt).
- Richter, Jürgen (1996): Die Theorie der Sympathie. Zugl.: Frankfurt (Main), Univ., Diss., 1993 u.d.T.: Richter, Jürgen: Die Theorien der Sympathie. Frankfurt am Main: Lang (Europäische Hochschulschriften Reihe 20, Philosophie, 478).
- Rist, Fred (2000): Effektivität und Effizienz der Behandlung von Suchtkrankheiten. In: Thomas Poehlke, Ingo Flenker, Anke Follman, Georg Kremer und Fred Rist (Hg.): Grundlagen der Behandlung. Berlin: Springer (Suchtmedizinische Versorgung, Orientierung am Weiterbildungs-Curriculum der Bundesärztekammer / Hrsg.: Thomas Poehlke ... ; 1), S. 73–83.
- Rist, Fred; Reymann, G. (2000): Entwicklung und Aufrechterhaltung von Drogengebrauch und Drogenabhängigkeit. In: Thomas Poehlke, Ingo Flenker, Anke Follman, Georg Kremer und Fred Rist (Hg.): Grundlagen der Behandlung. Berlin: Springer (Suchtmedizinische Versorgung, Orientierung am Weiterbildungs-Curriculum der Bundesärztekammer / Hrsg.: Thomas Poehlke ... ; 1), S. 31–52.
- Rizzolatti, Giacomo; Sinigaglia, Corrado; Giese, Friedrich (2012): Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgefühls. Orig.-Ausg., 4. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Edition Unseld, 11).
- Rogers, Carl R. (2003): Client-centered therapy. Its current practice, implications and theory. London: Constable.
- Rubin, Zick (2013): Foundations of interpersonal attraction. Patterns of attraction in dating relationships. In: Ted L. Huston (Hg.): Foundations of Interpersonal Attraction. Burlington: Elsevier Science, S. 383–402.
- Rudolf, Gerd (2002): Gibt es nachweisbare Einflüsse der Geschlechtszugehörigkeit in der Psychotherapie? In: Mann oder Frau? Wie bestimmend ist das Geschlecht in der psychotherapeutischen Interaktion? ; [... erste Tagung ..., am 1. September 2001 in Zürich ...]. Tübingen: Ed. diskord, S. 75–95.
- Saghafi, Badrolmolok (1989): Sympathiebeziehungen zwischen Arzt und Patient in der psychotherapeutischen Behandlung. Zusammenhänge zum

Literaturverzeichnis

Heilerfolg. Zugl.: Hamburg, Univ., Diss., 1986. Frankfurt am Main: Lang (Europäische Hochschulschriften Reihe 6, Psychologie, 203).

Schenk, Josef (1979): Die Persönlichkeit des Drogenkonsumenten. Göttingen: Hogrefe.

Schweiker, Ulrich (1983): Offenheit und Sympathie in Gruppen. Dissertation. Westfälische Wilhelms-Universität, Münster. Philosophische Fakultät.

Sodemann, Kilian (2013): Sympathie und Kommunikation. Wie Sympathieurteile Einfluss auf das Zustandekommen, den Verlauf und den Erfolg interpersonaler Interaktionen nehmen können. Aachen: Shaker (Essener Studien zur Semiotik und Kommunikationsforschung, ESKK, Bd. 37).

Thorndike, Edward Lee (1920): A constant error in psychological rating. In: *Journal of Applied Psychology* 4, S. 25–29.

Wallach, M. S.; Strupp, H. H. (1960): Psychotherapists' clinical judgements and attitudes towards patients. In: *Journal of consulting Psychology* 24, S. 316–323.

Wedel, Beatrix von (1984): Zur Bedeutung therapeutischer Erfahrung. Ein Vergleich von erfahrenen und unerfahrenen Therapeuten im Hinblick auf die Handlungsstruktur und das Erfahrungswissen. Dissertation. Universität Kiel, Kiel. Philosophische Fakultät.

Werth, Lioba; Mayer, Jennifer (2008): Sozialpsychologie. Heidelberg: Spektrum Akad. Verl.

Wirtz, Markus Antonius (Hg.) (2017): Dorsch - Lexikon der Psychologie. Unter Mitarbeit von Janina Strohmmer. 18., überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe.

Wiswede, Günter; Haferkamp, Alexandra; Gresser, Franz; Gabriel, Mathias (2015): Sozialpsychologie-Lexikon. Berlin, Boston: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Literaturverzeichnis Internetquellen

Bents, Hinrich; Kämmerer, Annette (Hg.) (2018): Psychotherapie und Würde. Herausforderung in der psychotherapeutischen Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Psychotherapie). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-662-54310-8>, zuletzt geprüft am 25.07.2018.

Bischof, Gallus (2018): Auswirkungen von Suchterkrankungen auf Angehörige. In: *SUCHT* 64 (2), S. 61–62. DOI: 10.1024/0939-5911/a000528, zuletzt geprüft am 27.07.2018.

- Bischof, Gallus; Meyer, Christian; Batra, Anil; Berndt, Johannes; Besser, Bettina; Bischof, Anja et al. (2018): Angehörige Suchtkranker: Prävalenz, Gesundheitsverhalten und Depressivität. Prävalenz, Gesundheitsverhalten und Depressivität. In: *SUCHT* 64 (2), S. 63–72. DOI: 10.1024/0939-5911/a000530, zuletzt geprüft am 27.07.2018.
- Boeckh, Albrecht (2014): Gestalttherapie und Psychodrama. In: *Z Psychodrama Soziom* 13 (2), S. 261–274. DOI: 10.1007/s11620-014-0247-8, zuletzt geprüft am 22.06.2018.
- Brand, Hanna; Künzel, Jutta; Pfeiffer-Gerschel, Tim; Braun, Barbara (2016): Cannabisbezogene Störungen in der Suchthilfe. Inanspruchnahme, Klientel und Behandlungserfolg. In: *SUCHT* 62 (1), S. 9–21. DOI: 10.1024/0939-5911/a000404, zuletzt geprüft am 08.06.2018.
- Dudenredaktion (o. J.): sympathetisch. Online verfügbar unter <https://www.duden.de/node/654649/revisions/1612493/view>, zuletzt geprüft am 20.07.2018.
- Dudenredaktion (o. J.): Sympathie (Duden online). Online verfügbar unter <https://www.duden.de/node/654650/revisions/1318255/view>, zuletzt geprüft am 20.07.2018.
- IBM Corp. (2017): IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY., zuletzt geprüft am 15.08.2018.
- Faller, Hermann; Wagner, Rudolph F.; Wei, Heinz (2000): Therapeutische Orientierung und Wahrnehmung des Patienten bei der Erstuntersuchung. Ein empirischer Vergleich von tiefenpsychologisch /analytisch und kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Therapeuten. In: *Psychotherapeut* 45 (2), S. 108–115. DOI: 10.1007/s002780050208, zuletzt geprüft am 22.06.2018.
- Fischer-Klepsch, Martina; Münchau, Nicole; Hand, Iver (2018): Misserfolge in der Verhaltenstherapie. In: Jürgen Margraf und Silvia Schneider (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie. 4., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 261–275. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-540-79541-4.pdf>, zuletzt geprüft am 08.06.18.
- Fleischmann, Heribert (2001): Chronisch mehrfach beeinträchtigte Alkoholabhängige (CMA) und Alkoholranke in Entwöhnungstherapie (EWT) – zwei unterschiedliche Gruppen Alkoholabhängiger im psychiatrischen Krankenhaus. In: *SUCHT* 47 (5), S. 321–330. DOI: 10.1024/suc.2001.47.5.321, zuletzt geprüft am 08.06.2018.
- Goldstein, Arnold P. (1971): Psychotherapeutic attraction. New York: Pergamon Press (Pergamon general psychology series, PGPS-14). Online verfügbar unter <http://catalog.hathitrust.org/api/volumes/oclc/117887.html>, zuletzt geprüft am 15.09.2017.

Literaturverzeichnis

- Holm-Hadulla, Rainer M. (2000): Die Therapeutische Beziehung. In: Michael Bruch (Hg.): Fallformulierung in der Verhaltenstherapie. Vienna, s.l.: Springer Vienna, S. 103–122, zuletzt geprüft am 27.07.2018.
- Jacobi, Frank; Uhmann, Stefan; Hoyer, Jürgen (2011): Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 40 (4), S. 246–256. DOI: 10.1026/1616-3443/a000122, zuletzt geprüft am 08.06.2018.
- Kahraman, Birsan (2008): Die kultursensible Therapiebeziehung. Störungen und Lösungsansätze am Beispiel türkischer Klienten. Zugl.: München, Univ., Diss., 2006. Orig.-Ausg. Gießen: Psychosozial-Verl. (Forschung psychosozial). Online verfügbar unter http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=3133217&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm, zuletzt geprüft am 02.08.2018.
- Köhler, Denis; Hinrichs, Günter; Baving, Lioba (2008): Therapiemotivation, Psychische Belastung und Persönlichkeit bei Inhaftierten des Jugendvollzuges. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 37 (1), S. 24–32. DOI: 10.1026/1616-3443.37.1.24, zuletzt geprüft am 23.06.2018.
- Kriz, Jürgen (2015): Die therapeutische Beziehung in der Systemischen Therapie. In: *Psychotherapie* 20 (20-2), S. 207–225, zuletzt geprüft am 28.07.2018.
- Lenhard, W.; Lenhard, A. (2016): Berechnung von Effektstärken. Dettelbach: Psychometrica. Online verfügbar unter <https://www.psychometrica.de/effektstaerke.html>, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- Locher, Paul; Unger, Rhoda; Sociedade, Paula, Wahl, Janet (1993): At first glance: Accessibility of the physical attractiveness stereotype. In: *Sex Roles* (28), S. 729–743. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2FBF00289990.pdf>, zuletzt geprüft am 30.10.2017.
- Molter, Beate; Noefer, Katrin; Stegmaier, Ralf; Sonntag, Karlheinz (2013): Die Bedeutung von Berufserfahrung für den Zusammenhang zwischen Alter, entwicklungsbezogener Selbstwirksamkeit und Anpassung an organisationale Veränderungen. In: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O* 57 (1), S. 22–31. DOI: 10.1026/0932-4089/a000100, zuletzt geprüft am 07.06.2018.
- Nelson, Nicole E.; Hiller, Wolfgang (2013): Therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Therapie. Daten aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 42 (4), S. 217–229. DOI: 10.1026/1616-3443/a000223, zuletzt geprüft am 15.09.2017.
- Pfammatter, Mario; Tschacher, Wolfgang (2012): Wirkfaktoren der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 60 (1), S. 67–76. DOI: 10.1024/1661-4747/a000099, zuletzt geprüft am 15.09.2017.

Pruß, Linda; Wiedl, Karl Heinz; Waldorf, Manuel (2014): Der Beitrag subjektiver Krankheitsrepräsentationen zur Erklärung beeinträchtigter Krankheitseinsicht bei Schizophrenie. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 43 (3), S. 162–170. DOI: 10.1026/1616-3443/a000263, zuletzt geprüft am 23.06.2018

QuestionPro GmbH (2017): Online Umfragen erstellen, durchführen und auswerten. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.questionpro.de/>, zuletzt geprüft am 05.08.2018.

Sandell, Rolf; Blomberg, Johan; Lazar, Anna; Schubert, Johan; Carlsson, Jan; Broberg, Jeanette (1999): Wie die Zeit vergeht. Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien. In: *Forum der Psychoanalyse* 15 (4), S. 327–347, zuletzt geprüft am 10.06.2018.

Schloßberger, Matthias (2010): Sympathie. In: Sandkühler und Hans Jörg Sandkühler (Hg.): *Enzyklopädie Philosophie*. In drei Bänden, Bd. 3. [Neuauf]. Hamburg: Meiner, S. 2660–2664. Online verfügbar unter <https://www.academia.edu/11455335/Sympathie>, zuletzt geprüft am 18.09.2017.

Schmidt-Traub, Sigrun (2003): Therapeutische Beziehung - ein Überblick. In: *Forum Psychotherapeutische Praxis* 3 (3), S. 111–129. DOI: 10.1026//1616-1041.3.3.111, zuletzt geprüft am 15.09.2017.

Stein, David M.; Lambert, Michael J. (1984): On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome. In: *Clinical Psychology Review* 4 (2), S. 127–142, zuletzt geprüft am 10.06.2018.

Stolzenburg, Susanne; Tessmer, Claudia; Melchior, Hanne; Schäfer, Ingo; Schomerus, Georg (2017): Selbststigmatisierung und soziale Integration bei Alkoholabhängigkeit. In: *SUCHT* 63 (5), S. 269-275. DOI: 10.1024/0939-5911/a000503, zuletzt geprüft am 07.07.2018.

Sulz, Serge (2015): Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie heute. Von der Strategie der Übertragung zur heilenden Beziehungserfahrung. In: *Psychotherapie* 20 (2), S. 84–116, zuletzt geprüft am 10.06.2018.

Wicki, Werner (1992): Psychologie des Humors: Eine Übersicht. In: *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie* 51 (3), S. 151–163, zuletzt geprüft am 23.06.2018.

Anhang

Anhang A: Screenshots der Online-Umfrage

Aufgrund des Datenschutzes können die Fotos der Klienten in der veröffentlichten Version dieser Masterarbeit nicht angezeigt werden.

Umfrage abbrechen

Sehr geehrte Damen und Herren,
vielen Dank, dass Sie an dieser Umfrage teilnehmen.

Ich bin Studentin im Master-Studiengang "Suchthilfe" der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen und schreibe meine Master-Arbeit zum Thema "Sympathie als Faktor der ersten Eindrucksbildung in der Therapeut-Klienten-Beziehung", wofür diese Umfrage Antworten geben soll.

Die Umfrage wird folgendermaßen ablaufen:

Ihnen werden nacheinander 14 Fotos von Personen gezeigt.
Die Fotos werden jeweils für zwei Sekunden angezeigt, es ist danach nicht mehr möglich ein Foto ein zweites Mal anzusehen.
Diese Personen sollen anschließend von Ihnen eingeschätzt werden.
Dafür wird Ihnen ein Manual zur Verfügung gestellt, das Ihnen bereits Antwortmöglichkeiten vorgibt. Sie müssen sich keine eigenen Antworten überlegen.
Ich bitte Sie spontan auf die Fotos zu reagieren und die Antworten anzukreuzen, die Sie als Erstes ansprechen.

An dieser Umfrage werden etwa 50 Suchttherapeuten teilnehmen, sie wird ca. 10 Minuten dauern.

Alle erhobenen Daten werden vertraulich behandelt und Ihre Informationen werden verschlüsselt. Wenn Sie Fragen zu dieser Umfrage oder der gesamten Studie haben, können Sie mich gerne unter marie.lehner@web.de erreichen.

Um die Umfrage zu starten, klicken Sie unten auf den Next Button.

Next

Umfrage-Software Unterstützt von QuestionPro

Umfrage abbrechen

Wie schätzen Sie die Person aufgrund des Bildes ein?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
sympathisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
therapiemotiviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
humorvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
angepasst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
krankheitseinsichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
attraktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beteiligt sich aktiv in Gesprächen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zuverlässig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
offen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reflektiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Würden Sie mit dieser Person gerne therapeutisch arbeiten?

ja eher ja neutral eher nein nein

Next

Umfrage-Software Unterstützt von QuestionPro

Anhang

14%

Umfrage abbrechen

Wie schätzen Sie die Person aufgrund des Bildes ein?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
sympathisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
therapiemotiviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
humorvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
angepasst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
krankheitseinsichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
attraktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beteiligt sich aktiv in Gesprächen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zuverlässig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
offen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reflektiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Würden Sie mit dieser Person gerne therapeutisch arbeiten?

ja eher ja neutral eher nein nein

Next

Umfrage-Software Unterstützt von QuestionPro

20%

Umfrage abbrechen

Wie schätzen Sie die Person aufgrund des Bildes ein?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
sympathisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
therapiemotiviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
humorvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
angepasst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
krankheitseinsichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
attraktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beteiligt sich aktiv in Gesprächen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zuverlässig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
offen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reflektiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Würden Sie mit dieser Person gerne therapeutisch arbeiten?

ja eher ja neutral eher nein nein

Next

Umfrage-Software Unterstützt von QuestionPro

27%

Umfrage abbrechen

Wie schätzen Sie die Person aufgrund des Bildes ein?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
sympathisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
therapiemotiviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
humorvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
angepasst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
krankheitseinsichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
attraktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beteiligt sich aktiv in Gesprächen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zuverlässig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
offen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reflektiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Würden Sie mit dieser Person gerne therapeutisch arbeiten?

ja eher ja neutral eher nein nein

Next

Umfrage-Software Unterstützt von QuestionPro

Anhang

33%

Umfrage abbrehen >

Wie schätzen Sie die Person aufgrund des Bildes ein?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
sympathisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
therapiemotiviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
humorvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
angepasst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
krankheitseinsichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
attraktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beteiligt sich aktiv in Gesprächen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zuverlässig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
offen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reflektiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Würden Sie mit dieser Person gerne therapeutisch arbeiten?

ja eher ja neutral eher nein nein

Next

Umfrage-Software Unterstützt von QuestionPro

Umfrage abbrehen >

Wie schätzen Sie die Person aufgrund des Bildes ein?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
sympathisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
therapiemotiviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
humorvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
angepasst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
krankheitseinsichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
attraktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beteiligt sich aktiv in Gesprächen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zuverlässig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
offen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reflektiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Würden Sie mit dieser Person gerne therapeutisch arbeiten?

ja eher ja neutral eher nein nein

Next

Umfrage-Software Unterstützt von QuestionPro

45%

Umfrage abbrehen >

Wie schätzen Sie die Person aufgrund des Bildes ein?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
sympathisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
therapiemotiviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
humorvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reflektiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
krankheitseinsichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
attraktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beteiligt sich aktiv in Gesprächen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zuverlässig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
offen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reflektiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Würden Sie mit dieser Person gerne therapeutisch arbeiten?

ja eher ja neutral eher nein nein

Next

Umfrage-Software Unterstützt von QuestionPro

Anhang

52%

[Umfrage abbrehen](#)

Wie schätzen Sie die Person aufgrund des Bildes ein?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
sympathisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
therapiemotiviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
humorvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
angepasst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
krankheitseinsichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
attraktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beteiligt sich aktiv in Gesprächen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zuverlässig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
offen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reflektiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Würden Sie mit dieser Person gerne therapeutisch arbeiten?

ja eher ja neutral eher nein nein

[Next](#)

Umfrage-Software Unterstützt von [QuestionPro](#)

58%

[Umfrage abbrehen](#)

Wie schätzen Sie die Person aufgrund des Bildes ein?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
sympathisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
therapiemotiviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
humorvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
angepasst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
krankheitseinsichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
attraktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beteiligt sich aktiv in Gesprächen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zuverlässig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
offen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reflektiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Würden Sie mit dieser Person gerne therapeutisch arbeiten?

ja eher ja neutral eher nein nein

[Next](#)

Umfrage-Software Unterstützt von [QuestionPro](#)

64%

[Umfrage abbrehen](#)

Wie schätzen Sie die Person aufgrund des Bildes ein?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
sympathisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
therapiemotiviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
humorvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
angepasst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
krankheitseinsichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
attraktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beteiligt sich aktiv in Gesprächen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zuverlässig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
offen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reflektiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Würden Sie mit dieser Person gerne therapeutisch arbeiten?

ja eher ja neutral eher nein nein

[Next](#)

Umfrage-Software Unterstützt von [QuestionPro](#)

Anhang

70%

Umfrage abbrechen

Wie schätzen Sie die Person aufgrund des Bildes ein?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
sympathisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
therapiemotiviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
humorvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
angepasst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
krankheitseinsichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
attraktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beteiligt sich aktiv in Gesprächen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zuverlässig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
offen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reflektiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Würden Sie mit dieser Person gerne therapeutisch arbeiten?

ja eher ja neutral eher nein nein

Next

Umfrage-Software Unterstützt von QuestionPro

77%

Umfrage abbrechen

Wie schätzen Sie die Person aufgrund des Bildes ein?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
sympathisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
therapiemotiviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
humorvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
angepasst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
krankheitseinsichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
attraktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beteiligt sich aktiv in Gesprächen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zuverlässig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
offen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reflektiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Würden Sie mit dieser Person gerne therapeutisch arbeiten?

ja eher ja neutral eher nein nein

Next

Umfrage-Software Unterstützt von QuestionPro

83%

Umfrage abbrechen

Wie schätzen Sie die Person aufgrund des Bildes ein?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
sympathisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
therapiemotiviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
humorvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
angepasst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
krankheitseinsichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
attraktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beteiligt sich aktiv in Gesprächen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zuverlässig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
offen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reflektiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Würden Sie mit dieser Person gerne therapeutisch arbeiten?

ja eher ja neutral eher nein nein

Next

Umfrage-Software Unterstützt von QuestionPro

Anhang

89%

Umfrage abbrehen

Wie schätzen Sie die Person aufgrund des Bildes ein?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
sympathisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
therapiemotiviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
humorvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
angepasst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
krankheitseinsichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
attraktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beteiligt sich aktiv in Gesprächen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zuverlässig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
offen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reflektiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Würden Sie mit dieser Person gerne therapeutisch arbeiten?

ja eher ja neutral eher nein nein

Next

Umfrage-Software Unterstützt von QuestionPro

100%

Umfrage abbrehen

Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie in der Suchttherapie?

0-5 Jahre

5-10 Jahre

10-15 Jahre

15-20 Jahre

20-25 Jahre

25-30 Jahre

länger als 30 Jahre

In was für einer Einrichtung arbeiten Sie?

Suchtberatungsstelle

Suchtklinik

Sonstige:

Umfrage-Software Unterstützt von QuestionPro

Sonstige:

Welche Therapieausbildung haben Sie?

verhaltenstherapeutisch orientiert

analytisch orientiert

gestalttherapeutisch orientiert

systemisch orientiert

sonstige

Welches Geschlecht haben Sie?

weiblich

männlich

anderes

Wie alt sind Sie?

Umfrage-Software Unterstützt von QuestionPro

Anhang

Welches Geschlecht haben Sie?

weiblich

männlich

anderes

Wie alt sind Sie?

20-30 Jahre

30-40 Jahre

40-50 Jahre

50-60 Jahre

60-70 Jahre

über 70 Jahre

Umfrage-Software Unterstützt von 

Vielen herzlichen Dank für die Teilnahme an der Umfrage!

Wenn Sie Fragen zu dieser Umfrage haben und/oder die Ergebnisse dieser Studie erfahren wollen, können Sie mir gerne unter marie.lehner@web.de schreiben.

[Thank you for completing this survey.](#)

SHARE THIS SURVEY:   

Powered By 

Umfrage-Software Unterstützt von 

Anhang

Anhang B: Fotos der Klienten

Aufgrund des Datenschutzes können die Fotos der Klienten in der veröffentlichten Version dieser Masterarbeit nicht angezeigt werden.

Anhang

Anhang C. Einverständniserklärung für Klienten für die Anfertigung und Veröffentlichung von Fotoaufnahmen

Einverständniserklärung für Anfertigung und Veröffentlichung von Fotoaufnahmen

Bezeichnung der Fotoaufnahme

am: _____

durch: Marie Lehner

Zweck: Verwendung in quantitativer Umfrage in Master-Arbeit zum Thema „Sympathie als Faktor der ersten Eindrucksbildung in der Therapeut-Klienten-Beziehung“

Hiermit erkläre ich,

Name: _____

geboren am: _____,

mich damit einverstanden, dass die oben bezeichneten Fotoaufnahmen von mir angefertigt, zum genannten Zweck eingesetzt und auf wie aufgeführt veröffentlicht werden.

Aus der Zustimmung zur Veröffentlichung leite ich keine Rechte (z. B. Entgelt) ab. Diese Einverständniserklärung ist gegenüber dem Veranlasser jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar. Im Falle des Widerrufs werden die Aufnahmen von der jeweiligen Plattform entfernt. Waren die Aufnahmen im Internet verfügbar, erfolgt die Entfernung soweit sie den Verfügungsmöglichkeiten des Veranlassers unterliegt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Anhang

Anhang D: Befragungsvorlage für Suchttherapeuten zum Thema Sympathie

Befragung zum Thema Sympathie zwischen Therapeut und Klient

Anlass: Masterthesis von Marie Lehner mit dem Titel „Sympathie als Faktor der ersten Eindrucksbildung in der Therapeut-Klienten-Beziehung“

1. Wie definiert sich für Sie Sympathie in der Therapiebeziehung?

2. Welche Komponenten gehören für Sie für die Sympathieentstehung mit dazu?

3. Welche Erfahrungen haben Sie mit Sympathie zwischen Therapeut und Klient gemacht?

4. Welche Faktoren meinen Sie bedingen die Sympathieentstehung unbewusst (z.B. Lächeln)?

Anhang E: E-Mail an Suchttherapeuten

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin Studentin im Masterstudiengang „Suchthilfe“ der KathO Köln und schreibe aktuell an meiner Masterarbeit zum Thema „Sympathie in der Therapeut-Klienten-Beziehung“.

Um dieses Thema genauer zu untersuchen befrage ich Suchttherapeuten anhand von Klientenfotos zu deren Sympathieeinschätzung. Für diese Umfrage suche ich noch weitere Teilnehmer. Daher würde ich Sie bitten an der Studie teilzunehmen, die Befragung wird etwa 15 Minuten dauern. Wenn Sie Rückfragen dazu haben oder gerne die vollendete Masterarbeit zugeschickt bekommen wollen, können Sie mir gerne unter marie.lehner@web.de schreiben.

Zur Umfrage gelangen Sie hier: <https://eu.questionpro.com/t/AB3unxuZB3upiO>

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme,

Marie Lehner

Anhang

Anhang F: Deskriptive Ergebnisse der Befragung

	Sympa- thisch		Therapie- motiviert		Humor- voll		Ange- passt		Krankheits- einsichtig	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Weiblich (<i>n</i> = 48)	2.67	.29	2.66	.25	2.54	.18	2.54	.29	2.59	.31
Männlich (<i>n</i> = 17)	2.53	.31	2.43	.22	2.33	.30	2.48	.35	2.33	.30
Anderes (<i>n</i> = 0)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Verhaltenstherapeutisch Orientiert (<i>n</i> = 37)	2.71	.31	2.62	.28	2.49	.28	2.49	.29	2.52	.31
Analytisch orientiert (<i>n</i> = 18)	2.44	.20	2.48	.16	2.43	.17	2.54	.32	2.44	.24
Gestalttherapeutisch Orientiert (<i>n</i> = 7)	2.85	.32	2.78	.34	2.64	.27	2.57	.39	2.58	.43
Systemisch orientiert (<i>n</i> = 2)	2.67	.05	2.79	.10	2.66	.13	2.42	.38	2.68	.25
Sonstig orientiert (<i>n</i> = 2)	2.39	.35	2.68	.25	2.43	.00	2.42	.05	2.46	.15
20-30 Jahre alt (<i>n</i> = 12)	2.70	.12	2.68	.22	2.51	.14	2.56	.28	2.55	.30
30-40 Jahre alt (<i>n</i> = 16)	2.69	.44	2.57	.34	2.56	.37	2.59	.37	2.50	.41
40-50 Jahre alt (<i>n</i> = 21)	2.63	.33	2.66	.24	2.51	.20	2.47	.29	2.55	.24
50-60 Jahre alt (<i>n</i> = 16)	2.59	.21	2.52	.25	2.45	.20	2.50	.28	2.48	.35
60-70 Jahre alt (<i>n</i> = 2)	2.32	.05	2.67	.03	2.18	.05	2.31	.22	2.57	.10
Suchtberatungsstelle (<i>n</i> = 35)	2.66	.27	2.63	.25	2.54	.21	2.57	.30	2.55	.35
Suchtklinik (<i>n</i> = 30)	2.60	.35	2.58	.28	2.46	.28	2.47	.29	2.50	.27
Sonstige (<i>n</i> = 2)	2.71	.10	2.57	.51	2.29	.00	2.38	.65	2.36	.61
Bis 5 Jahre Berufserfahrung (<i>n</i> = 17)	2.62	.34	2.60	.30	2.40	.29	2.48	.36	2.50	.35
5-10 Jahre Berufserfahrung (<i>n</i> = 17)	2.71	.28	2.63	.27	2.59	.20	2.63	.26	2.61	.34
10-15 Jahre Berufserfahrung (<i>n</i> = 8)	2.55	.41	2.63	.22	2.47	.19	2.49	.33	2.46	.28
15-20 Jahre Berufserfahrung (<i>n</i> = 9)	2.67	.30	2.60	.29	2.60	.26	2.49	.28	2.51	.30
20-25 Jahre Berufserfahrung (<i>n</i> = 11)	2.66	.29	2.57	.26	2.51	.16	2.41	.25	2.43	.18
25-30 Jahre Berufserfahrung (<i>n</i> = 3)	2.55	.18	2.73	.18	2.50	.26	2.62	.46	2.81	.48
Ab 30 Jahre Berufserfahrung (<i>n</i> = 2)	2.36	.10	2.43	.30	2.07	.10	2.62	.22	2.32	.45

Anhang

	Attraktiv		Aktiv in Gesprächs- führung		zuverlässig		offen		reflektiert	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Weiblich (<i>n</i> = 48)	2.09	.35	2.77	.28	2.78	.23	2.63	.25	2.51	.25
Männlich (<i>n</i> = 17)	1.98	.28	2.49	.26	2.54	.31	2.37	.28	2.32	.30
Anderes (<i>n</i> = 0)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Verhaltenstherapeutisch Orientiert (<i>n</i> = 37)	2.01	.31	2.62	.34	2.71	.28	2.63	.29	2.46	.30
Analytisch orientiert (<i>n</i> = 18)	2.08	.20	2.48	.31	2.68	.20	2.41	.23	2.40	.20
Gestalttherapeutisch Orientiert (<i>n</i> = 7)	2.23	.32	2.78	.29	2.73	.38	2.54	.27	2.49	.26
Systemisch orientiert (<i>n</i> = 2)	1.93	.05	2.79	.51	2.96	.26	2.68	.05	2.89	.15
Sonstig orientiert (<i>n</i> = 2)	1.93	.35	2.68	.20	2.75	.15	2.57	.20	2.50	.30
20-30 Jahre alt (<i>n</i> = 12)	2.01	.41	2.76	.32	2.70	.27	2.70	.24	2.48	.24
30-40 Jahre alt (<i>n</i> = 16)	1.93	.32	2.76	.33	2.82	.34	2.59	.31	2.41	.36
40-50 Jahre alt (<i>n</i> = 21)	2.16	.28	2.81	.24	2.73	.20	2.59	.25	2.55	.24
50-60 Jahre alt (<i>n</i> = 16)	2.11	.34	2.49	.25	2.62	.25	2.42	.28	2.38	.24
60-70 Jahre alt (<i>n</i> = 2)	1.89	.25	2.61	.05	2.57	.20	2.50	.10	2.46	.05
Suchtberatungsstelle (<i>n</i> = 35)	2.02	.37	2.77	.29	2.76	.25	2.60	.25	2.47	.28
Suchtklinik (<i>n</i> = 30)	2.11	.29	2.65	.31	2.66	.28	2.52	.31	2.46	.27
Sonstige (<i>n</i> = 2)	1.82	.35	2.54	.25	2.79	.40	2.57	.20	2.39	.56
Bis 5 Jahre Berufserfahrung (<i>n</i> = 17)	1.91	.40	2.65	.32	2.59	.30	2.60	.32	2.45	.36
5-10 Jahre Berufserfahrung (<i>n</i> = 17)	2.06	.29	2.86	.23	2.87	.23	2.63	.19	2.51	.28
10-15 Jahre Berufserfahrung (<i>n</i> = 8)	2.13	.44	2.78	.33	2.80	.19	2.57	.32	2.54	.21
15-20 Jahre Berufserfahrung (<i>n</i> = 9)	2.04	.29	2.69	.41	2.75	.25	2.49	.38	2.52	.28
20-25 Jahre Berufserfahrung (<i>n</i> = 11)	2.19	.18	2.58	.21	2.62	.20	2.48	.19	2.35	.14
25-30 Jahre Berufserfahrung (<i>n</i> = 3)	2.24	.50	2.64	.21	2.79	.19	2.71	.25	2.48	.15
Ab 30 Jahre Berufserfahrung (<i>n</i> = 2)	2.04	.05	2.43	.20	2.36	.10	2.29	.20	2.29	.30