Fachhochschule Kärnten
[Psychotherapeutisches Propädeutikum,
LG M-PsyProp (0061 LG)]

MASTER THESIS

Empirische Studie: Interaktionen im therapeutischen Setting

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Lebenssituation?
Beeinflussen die Klient*innen mit ihren Themen das Stressniveau der Therapeut*innen?
Gibt es spezifische Faktoren, welche eine signifikante Veränderung des Stressniveaus hervorrufen?

Zur Erlangung des akademischen Grades
[Master of Science, MSc]

Verfasser/in:	[Maria Helene Bachmann, M.A.]
Personenkennzeichen:	[1940061020]
Erstbetreuer/in:	[Mag. Dr. Andreas Olbrich - Baumann]
Zweitbetreuer/in:	[Titel, Akad. Grad, Vor- und Nachname, ggf. Institution]

[Dölsach, Juli 2022]

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

1 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich dass:

- ich die vorliegende Masterarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst und noch nicht anderweitig zu Prüfungszwecken vorgelegt habe.
- ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt, die den verwendeten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
- die elektronisch abgegebene Arbeit mit der eingereichten Hardcopy übereinstimmt.
- ich einwillige, dass ein Belegexemplar, der von mir erstellten Masterarbeit in den Bestand der Fachhochschulbibliothek aufgenommen und benutzbar gemacht wird (= Veröffentlichung gem § 8 UrhG).

Dölsach, 26.07.2022

……

Maria Helene Bachmann, M.A.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

2 Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen bedanken, die mir während der Zeit des Studiums und während der Erstellung der Masterthesis mit Rat und Tat zur Seite standen. Besonderer Dank gilt meiner Familie, die immer wieder auf mich Rücksicht genommen hat. Es blieb nur sehr wenig Freizeit für gemeinsame Aktivitäten.

Ein herzliches Dankeschön möchte ich dem Verein Arkus in Lienz aussprechen. Die Therapeutinnen waren schnell bereit an der vorliegenden Studie mitzumachen und haben einen großen Beitrag zum Thema Stressmanagement im therapeutischen Setting geleistet. An die Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, welche teilgenommen haben, spreche ich ebenso ein herzliches Dankeschön aus. Ich weiß, dass derzeit alle Berufsgruppen in den unterschiedlichsten therapeutischen Feldern sehr viel zu tun haben.

Schließlich bedanke ich mich sehr herzlich bei meinem Betreuer, Mag. Dr. Andreas Olbrich-Baumann für die verständnisvolle und kreative Begleitung bei der Erarbeitung und Fertigstellung der Masterthesis.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

3 Schlüsselwörter / Keywords

Persönlichkeit – Persönlichkeitsmodell - Allgemeines Adaptations Syndrom (AAS) - Fünf Faktoren Modell (FFM) - OCEAN Modell - Situational Eight Diamonds S8* – Interaktionismus – Situationismus - Personismus – Verhaltenspotential - Stressniveau / Stresslevel – Stressmodell – Eustress – Distress – Sustress – Stressprävention – Stressmanagement - Herzratenvariabilität (HRV) – Sympathikus – Vagus.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

4 Zusammenfassung

Die Idee der vorliegenden Arbeit war, Interaktionen im therapeutischen Setting zu untersuchen. Es wurde den Fragen nachgegangen, ob es einen Zusammenhang zwischen Lebenssituation und Persönlichkeit (Hypothese 1) gibt, ob die Themen = Diagnosen der Klient*innen/Patient*innen das Stressniveau der Therapeut*innen beeinflussen (Hypothese 2) und ob es spezifische Faktoren gibt, welche das Stressniveau der Therapeut*innen beeinflussen (Hypothese 3). Die Ergebnisse dieser Studie sollen einen Beitrag in der Beantwortung von Fragen zum Thema Stressprävention liefern und es sollen Empfehlungen zum Thema Stressmanagement daraus resultieren. Zur Beantwortung dieser komplexen Fragestellungen wurde der Fragebogen BFI-10 von Rammstedt, B., Kemper, Klein, Beierlein und Kovaleva (2012) zur Erfassung der Persönlichkeit von Therapeut*innen und Klient*innen/Patient*innen herangezogen. Zur Erfassung der Lebenssituation und Persönlichkeit von Therapeut*innen wurde der Situational Eight Diamonds S8* von Rauthmann et al. (2014) verwendet und das Monitoring von Stress wurde mittels der Garmin Sportuhr Vivoactive 4 S vorgenommen, welche das Stressniveau auf Basis der Herzratenvariabilität (HRV) berechnet. Zudem verfassten die Therapeut*innen Notizen um ausschließen zu können, dass ein etwaiger Anstieg des Stressniveaus mit privaten Themen in Zusammenhang steht. An der Studie haben 23 Therapeut*innen, davon 19 Frauen und 4 Männer teilgenommen, welche 173 Klient*innen/Patient*innen, davon 123 weibliche und 50 männliche behandelt haben. Die erhobenen Daten wurden mittels der Statistiksoftware SPSS Version 27.0 dokumentiert, kategorisiert und analysiert.

Im Rahmen der Untersuchung konnte festgestellt werden, dass 42 % mit einer physischen Diagnose behandelt wurden, 32 % aufgrund einer psychischen Diagnose und 26 % wegen einer pädagogischen Diagnose. Bei den physischen und psychischen Diagnosen wurden mehr weibliche Personen behandelt und bei den pädagogischen mehr männliche. Im Bereich der Auswertung des Fragebogens BFI-10 weisen Klient*innen/Patient*innen höhere Werte im Faktor Neurotizismus auf und die Dimensionen Extraversion, Offenheit, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit weisen niedrigere Werte auf. Die Auswertung der Lebenssituation mittels Fragebogen Situational Eight Diamonds S8* zeigt eine überwiegend hohe Zustimmung für die Dimensionen „duty“, „intellect“, „positivity“ und

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

„sociality“. Eine geringere Zustimmung finden die Dimensionen „negativity“, „adversity“ „mating“ und „deception“. Das FFM von Rammstedt, B., Kemper, Klein, Beierlein und Kovaleva (2014) findet in dieser Arbeit ebenso Bestätigung wie die Ergebnisse aus den Forschungen von Rauthmann et al. (2014) zu den Situationscharakteristiken des Situatianal Eight Diamonds S8*.

Für die Hypothese 1 wurde die Produkt Moment Korrelation nach Pearson zur Berechnung herangezogen und es wurden nur wenige signifikante Korrelationen zwischen Persönlichkeit und Lebenssituation der Therapeut*innen gefunden. Somit kann die Hypothese 1 in dieser Studie nur bedingt bestätigt werden, obwohl es vereinzelt signifikante Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit und Lebenssituation gibt, die aber nur schwach ausgeprägt sind. Für die Dimension Neurotizismus ergibt sich ein statistisch signifikant negativer Zusammenhang mit der Dimensionen Deception r=-.15, Offenheit korreliert positiv mit Mating r=.14, Gewissenhaftigkeit korreliert signifikant positiv mit Duty r=.20, Negativity r=.16 und Verträglichkeit korreliert negativ mit Intellekt r=-.14. Bei den Frauen im Vergleich dazu, korreliert Neurotizismus signifikant negativ mit Sociality r=-.17. Bei den Männern im Gegensatz dazu korreliert Neurotizismus signifikant positiv mit Sociality r=.28 und stark negativ mit Duty r=-.19 sowie eine starke negative Korrelation zwischen Offenheit und Sociality r=-.38, der weder in der Gesamtgruppe noch bei den Frauen vorhanden ist.

Die Hypothese 2 wird mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse untersucht. Der Gruppenfaktor ist die Art der Diagnose (Thema) und die abhängige Variable ist das Stressniveau. Insgesamt konnte nur für einen Teil der abhängigen Variablen ein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden. Für den wichtigsten Indikator, die Abweichung des Stressniveaus im Tagesschnitt, konnte für den dritten Messzeitpunkt ein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($F(2,171)=3.19$, $p=.044$). Bei Patient*innen mit physischen Beschwerden ist der Stresslevel der Therapeut*innen deutlich höher als in den beiden anderen Gruppen. Auch für die Abweichung des mittleren Niveaus vom Tagesdurchschnitt ($F(2,171)=4.42$, $p=.013$) besteht ein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen den Gruppen und somit kann die Hypothese 2 bestätigt werden. Die Themen (Diagnosen) der Klient*innen/Patient*innen beeinflussen das Stressniveau der Therpeut*in. Die Stressdaten weisen bei einem Großteil der Therapeut*innen ein

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

niedriges Stressniveau aus, welches unter 50 liegt. Nur circa 10 % der Werte liegen im Tagesschnitt darüber. Zu Beginn der Sitzungen liegt das Stressniveau deutlich über den Tagesdurchschnittswerten. Bei der zweiten Messung während des Therapieverlaufes liegen bei 50 % der Therapeut*innen das Stresslevel bei den hohen Werten deutlich höher, ansonsten ist die Verteilung ähnlich der ersten Messung. Bei der dritten Messung liegen circa 25 % im sehr niedrigen Stressbereich und 25 % in einem sehr hohen Stressbereich über 70. Ähnliche Stresswerte zeigt die vierte Messung, allerdings mit einer Tendenz zu eher geringeren Werten. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie korrelieren mit den Forschungsergebnissen und den daraus entwickelten Stressmodellen von Hans Selye, dem Transaktionale Stressmodell von Richard Lazarus und dem Stressmodell von McGrath. Die Überprüfung der Hypothese 3 wird mit einer schrittweisen Regressionsanalyse durchgeführt mit den Persönlichkeitsvariablen, den Dimensionen der Lebenssituation, der Diagnose, dem Alter und dem Geschlecht als unabhängige Variablen und dem Stressniveau als abhängige Variable. Es konnte gezeigt werden, dass vor allem die Dimensionen der Lebenssituation für das Stressniveau entscheidend sind, während die Persönlichkeitsfaktoren, die Diagnose, das Alter und das Geschlecht keinen bedeutsamen Einfluss ausüben. Jedoch bei einem Vergleich der Stressdaten nach Berufsgruppen zeigte sich eine Steigerung des Stressniveaus um 61 % bei Körpertherapeut*innen gegenüber dem Tagesdurchschnitt, Pädagog*innen wiesen eine Steigerung von 32 % auf und Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Lebens- und Sozialberater*innen, Sozialarbeiter*innen und Mentaltrainer*innen zeigten eine Steigerung von 29 %. Zudem verursachen weibliche Patient*innen/Klient*innen tendenziell mehr Stress als männliche.

Folgende Maßnahmen werden vorgeschlagen um Stress und negative Folgen von Stress zu vermeiden:

Eignungstest vor Berufswahl: Therapeut*innen die physische Themen (Diagnosen) behandeln weisen ein höheres Stressniveau aus als Therapeut*innen die pädagogische und psychische Themen behandeln.

Curriculum: Nachdem die Dimensionen der Lebenssituation als spezifische Faktoren das Stressniveau der Therapeut*innen beeinflussen, sollten für alle

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

therapeutischen und pädagogischen Berufe deutlich mehr Supervisions- und Selbsterfahrungsstunden in die Ausbildung integriert werden.

Therapeut*innen sollen regelmäßig Supervision und/oder Intervision, wenn nötig auch Mediation, in Anspruch nehmen, um eigene Konflikte und Themen aufzudecken und bearbeiten und lösen zu können. Psychotherapie zur Entwicklung der Persönlichkeit, zum Erkennen und Lösen von Konflikten. Damit kann die negative Korrelation der Persönlichkeit auf die Lebenssituation und dem daraus resultierenden Stressverhalten harmonisiert werden.

Psychoedukation und Selbstfürsorge: Therapeut*innen sollten mehr Pausen einlegen um sich zu entspannen.

Zeitmanagement: nicht zu viele Klienten pro Tag einteilen, regelmäßig Urlaub machen. Beide Interventionen dienen der Entspannung und Stressvermeidung.

Regelmäßig Bewegung und gesunde Ernährung schaffen einen Ausgleich und dadurch können Stressreaktionen vermieden werden.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

5 Abstract

The idea of the present work was to explore interactions in the therapeutic setting. Questions were investigated as to whether there is a connection between life situation and personality (hypothesis 1), whether the topics = diagnoses of the clients/patients influence the stress level of the therapists (hypothesis 2) and whether there are specific factors , which influence the stress level of therapists (hypothesis 3). The results of this study are intended to contribute to answering questions on the subject of stress prevention and recommendations on the subject of stress management. To answer these complex questions, the BFI-10 questionnaire by Rammstedt, B., Kemper, Klein, Beierlein and Kovaleva (2012) was used to record the personality of therapists and clients/patients. The Situational Eight Diamonds S8* by Rauthmann et al. (2014) was used and stress monitoring was carried out using the Garmin Vivoactive 4 S sports watch, which calculates the stress level on the basis of heart rate variability (HRV). In addition, the therapists wrote notes to rule out that any increase in stress level was related to private issues. The study involved 23 therapists, nineteen of them women and four men, who treated 173 clients/patients, of whom 123 were women and 50 were men. The collected data was documented, categorized and analyzed using the SPSS statistical software version 27.0.

The study found that 42% were treated with a physical diagnosis, 32% with a psychological diagnosis and 26% with an educational diagnosis. More women were treated for physical and psychological diagnoses and more men for educational ones. In the area of the evaluation of the BFI-10 questionnaire, patients/clients show higher values in the factor neuroticism and the dimensions extraversion, openness, agreeableness and conscientiousness show lower values. The evaluation of the life situation using the Situational Eight Diamonds S8* questionnaire shows a predominantly high level of agreement for the dimensions "duty", "intellect", "positivity" and "sociality". The dimensions “negativity”, “adversity”, “mating” and “deception” found less agreement. The FFM by Rammstedt, B., Kemper, Klein, Beierlein and Kovaleva (2014) is confirmed in this work as well as the results of the research by Rauthmann et al. (2014) on the situational characteristics of the situational eight diamonds S8*.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Hypothesis 1 was calculated using Pearson's product moment correlation and only a few significant correlations between personality and life situation were found. Hypothesis 1 can therefore only be confirmed to a limited extent in this study, although there are isolated significant connections between personality and life situation, but these are only weakly pronounced. For the dimension neuroticism there is a statistically significant negative correlation with the dimensions deception r=-.15, openness correlates positively with mating r=.14, conscientiousness correlates significantly positively with duty r=.20, negativity r=.16 and agreeableness correlates negative with intellect r=-.14. In comparison, among women, neuroticism correlates significantly negatively with sociality r=-.17. In contrast, in men, neuroticism correlates significantly positively with sociality r=.28 and strongly negatively with duty r=-.19, as well as a strong negative correlation between openness and sociality r=-.38, which is neither found in the overall group nor among women is available.

Hypothesis 2 is examined with a one-way analysis of variance. The group factor is the type of diagnosis (subject) and the dependent variable is the stress level. Overall, a significant difference could only be demonstrated for some of the dependent variables. For the most important indicator, the deviation of the daily average stress level, a significant difference could be determined for the third measurement point (F(2,171)=3.19, p=.044). In the case of patients with physical complaints, the stress level of the therapists is significantly higher than in the other two groups. There is also a statistically significant difference between the groups for the deviation of the mean level from the daily average (F(2,171)=4.42, p=.013), and Hypothesis 2 can therefore be confirmed. The issues (diagnoses) of the clients/patients influence the stress level of the therapist. The stress data show a low stress level of less than 50 for the majority of therapists. Only around 10% of the values are above this on a daily average. At the beginning of the sessions, the stress level is well above the daily averages. In the second measurement during the course of therapy, the stress level is significantly higher for 50% of the therapists with the high values, otherwise the distribution is similar to the first measurement. In the third measurement, around 25% are in the very low stress range and 25% in a very high stress range above 70. The fourth measurement shows similar stress values, but with a tendency towards lower values. The results of the present study

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

correlate with the research results and the stress models developed by Hans Selye, the transactional stress model by Richard Lazarus and the stress model by McGrath.

Hypothesis 3 is tested using a stepwise regression analysis with the personality variables, life situation dimensions, diagnosis, age and gender as independent variables and stress level as dependent variables. It could be shown that above all the dimensions of the life situation are decisive for the stress level, while the personality factors, the diagnosis, the age and the gender have no significant influence. But an additional comparison of stress data by occupational group showed an increase in stress levels of 61% for physical therapists compared to the daily average, educators showed an increase of 32% and psychologists and psychotherapists, life and social counselors, social workers, mental coaches 29%. In addition, female patients/clients tend to cause more stress than male ones.

The following measures are suggested to avoid stress and the negative consequences of stress:

Aptitude test before choosing a therapeutic career: Therapists who treat physical issues (diagnoses) show a higher stress level than therapists who treat pedagogical and psychological issues.

Curriculum: Since the dimensions of the life situation as specific factors influence the stress level of the therapists, significantly more hours of supervision and self-awareness should be integrated into the training for all therapeutic and educational professions.

Therapists should regularly use supervision and/or intervision, if necessary also mediation, in order to be able to uncover, work on and solve their own conflicts and issues. Psychotherapy for personality development, for recognizing and resolving conflicts. With this, the negative correlation of the personality to the life situation and the resulting stress behavior can be harmonized.

Psychoeducation and self-care: Therapists should take more breaks to relax.

Time management: don't allocate too many clients per day, take regular vacations. Both interventions serve to relax and avoid stress.

Regular exercise and a healthy diet create a balance and can thus avoid stress reactions.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

6 Inhaltsverzeichnis

1 Eidesstattliche Erklärung II
2 Danksagung III
3 Schlüsselwörter / Keywords IV
4 Zusammenfassung V
5 Abstract IX
6 Inhaltsverzeichnis XII
7 Abbildungsverzeichnis XIV
8 Tabellenverzeichnis XV
9 Einleitung 6
10 Problemstellung 6
11 Persönlichkeitstheorie und Persönlichkeitstypen auf Basis FFM (Fünf Faktoren Modell) 8
11.1 Von der Forschung bis zum Fragebogen 8
11.2 Die Bedeutung der einzelnen Faktoren und deren Merkmale im FFM 10
11.2.1 Offenheit (Openness) 11
11.2.2 Gewissenhaftigkeit (Conscientiousness) 11
11.2.3 Extraversion 12
11.2.4 Verträglichkeit (Agreeableness) 12
11.2.5 Neurotizismus (Neuroticism) 13
11.3 Fragebogen BFI – 10 14
11.3.1 Aufbau Fragebogen BFI – 10 (Rammstedt, B. et al., 2014) 14
11.3.2 Gütekriterien und Bewertung BFI – 10 15
12 Persönlichkeitstheorie und Konstruktion des Situational Eight Diamonds S8* 17
12.1 Von der Forschung bis zum Fragebogen 17
12.1.1 Die 8 Dimensionen / Faktoren: DIAMONDS 18
12.2 Gütekriterien und Bewertung 19
12.2.1 Reliabilität 19

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

12.2.2 Validität 20
12.2.3 Normen 20
13 Person – Situations Kontroverse bis hin zum Interaktionismus 21
13.1 Personismus 21
13.2 Situationismus 21
13.2.1 Die fünf (5) Prinzipien der Situationsforschung 22
13.3 Interaktionismus 23
14 Stressforschung: Definition und Überblick 26
14.1 Stressmodell Hans Selye 29
14.2 Richard Lazarus Transaktionales Stressmodell 32
14.3 Stressmodell McGrath 35
15 Herzratenvariabilität (HRV) und Stress 36
16 Informationen zu Stresslevel laut Herstellerfirma der Sportuhren 40
17 Untersuchungsgegenstand, Fragestellungen und Hypothesen 41
17.1 Untersuchungsgegenstand und Fragestellungen 41
17.2 Hypothesen 42
18 Methodisches Vorgehen 42
18.1 Studiendesign und Setting 42
19 Durchführung der Studie 44
20 Statistisches Auswertungsverfahren 45
21 Darstellung der Ergebnisse 46
21.1 Stichprobenbeschreibung 46
21.2 Deskriptive Auswertung 49
21.3 Überprüfung der Hypothesen 58
22 Diskussion 71
23 Literaturverzeichnis 79
24 Internetquellen 89
25 Anhang 90

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

25.1 Handout für Therapeut*innen 90
25.2 Auswertung BFI-10 101
25.3 Rohdaten 101
25.3.1 Exceltabelle Daten Therapeut*innen 102

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Haupt- und Facettenskalen des NEO-PI-R nach Costa & McCrae (1992) und Ostendorf & Angleitner(2003) 10
Abbildung 2: Situational Eight Diamonds S8* (Rauthmann & Sherman, 2016) 19
Abbildung 3: Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD) von N=507 modifiziert laut Rauthmann & Shermann (2016, S.159). 20
Abbildung 4: Darstellungsversuch Transaktionsprinzip (vgl. Rauthmann et al., 2014) . 23
Abbildung 5: Allgemeines Anpassungssyndrom (AAP) nach Selye (1981) 31
Abbildung 6: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus mit diversen Bewertungsprozessen und den Copingstrategien. (Quelle: Heinrichs, Stächele, Domes, 2015, S.25) 35
Abbildung 7: Vierstufiger Kreisprozess nach McGrath (1981, S.449) 36
Abbildung 8: Wirkung von Sympathikus und Parasympathikus auf Organe und Gewebe. Quelle: Spektrum.de 37
Abbildung 9: Sympathikus und Parasympathikus mit Organ- und Gewebeinnervation. (Quelle: Thieme Verlag, 2020) 38
Abbildung 10: Herzratenvariabilität (Quelle: support.garmin.com) 39
Abbildung 11: Einflussfaktoren auf die HRV aus arbeitsmedizinischer Sicht. (Quelle: Böckelmann, I.; Sammito,S. 2020, S.274) 39
Abbildung 12: Stressniveau nach Themen der Klient*innen/Patient*innen, Teil 1 63
Abbildung 13: Stressniveau nach Themen der Klient*innen/Patient*innen Teil 2 64
Abbildung 14: Stressniveau nach Beruf der Therapeut*innen, Teil 1 69
Abbildung 15: Stressniveau nach Beruf der Therapeut*innen Teil 2 69

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Abbildung 16: SPSS Syntax zur Auswertung der BFI - 10 (Rammstedt et al. 2014 aus Gesis Working Papers 2012/23) 101

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Therapeut*innen nach Altersgruppe und Geschlecht 46
Tabelle 2: Klient*innen/Patient*innen nach Altersgruppe und Geschlecht 47
Tabelle 3: Klient*innen/Patient*innen nach Geschlecht und Diagnose 48
Tabelle 4: Patient*innen nach Altersgruppe und Diagnose 49
Tabelle 5: Antwortverteilung der Aussagen des BFI-10 50
Tabelle 6: Kennwerte für die fünf Persönlichkeitsfaktoren 50
Tabelle 7: Kennwerte für die fünf Persönlichkeitsfaktoren, Therapeut*innen 51
Tabelle 8: Kennwerte für die fünf Persönlichkeitsfaktoren, Klient*innen/Patient*innen 51
Tabelle 9: Antwortverteilung der Eigenschaften des Situational Eight Diamonds S8* . 53
Tabelle 10: Stressniveau im Tagesdurchschnitt 54
Tabelle 11: Stressniveau Therapiesitzung erste Messung 55
Tabelle 12: Stressniveau Therapiesitzung zweite Messung 56
Tabelle 13: Stressniveau Therapiesitzung dritte Messung 56
Tabelle 14: Stressniveau Therapiesitzung vierte Messung 57
Tabelle 15: Kennwerte für die Stressmessungen 58
Tabelle 16: Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Lebenssituation Therapeut*innen 59
Tabelle 17: Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Lebenssituation Therapeutinnen (F) 60
Tabelle 18: Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Lebenssituation Therapeuten (M) 61
Tabelle 19: Unterschiede des Stressniveaus nach Themen der Klient*innen 62
Tabelle 20: Ergebnisse der Regressionsanalyse für den Einfluss verschiedener Variable auf das Stressniveau (Durchschnitt Therapiesitzung) 65

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Tabelle 21: Ergebnisse der Regressionsanalyse für den Einfluss verschiedener Variable auf das Stressniveau (Abweichung zum Tagesdurchschnitt) 67
Tabelle 22: Unterschiede des Stressniveaus nach Beruf der Therapeut*innen 68
Tabelle 23: Unterschiede des Stressniveaus nach Geschlecht der Klient*innen 70

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

9 Einleitung

The goal of theory is to seek out what is universal about human organization, and one place to begin is to ask: What always occurs when people interact face to face? (Turner, 2006, S. 179)

10 Problemstellung

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine empirische Studie zum Thema Interaktionen im therapeutischen Setting. Es wird den Fragen nachgegangen, ob es einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeit, Thema und Lebenssituation gibt? Ob die Klient*innen und Patient*innen mit ihren Themen und Ihrer Persönlichkeit das Stressniveau der Therapeut*innen beeinflussen? Und ob es spezifische Faktoren gibt, welche eine signifikante Veränderung des Stresslevels hervorrufen? Zur Erfassung des Stressniveaus wird eine Sportuhr verwendet. Laut Beschreibung des Herstellers wird Stress auf Basis der Herzratenvariabilität gemessen. Die Auswertung erfolgt jedoch ausschließlich über die Stressdaten, die Herzratenvariabilität wird nicht gesondert betrachtet.

Die Fragestellung entstand über die Jahre in meiner Arbeit mit Menschen in mehreren Intervisions- und Supervisionssitzungen. Es gibt immer wieder Menschen die mit ihren Themen und „Schicksalen“ einen Therapeuten, eine Therapeutin mehr und intensiver berühren und beschäftigen als andere. Menschen in ihrem „So Sein“ können Verärgerung, Ekel, Unverständnis, Ablehnung, Empathie, Freude oder andere Gefühle und Emotionen und auch Stress auslösen. In Kapitel 11 wird das Thema Persönlichkeit am Beispiel des Fünf Faktoren Modells (FFM), auch bekannt als das „Big Five oder OCEAN Modell“ (Rammstedt, B. et al., 2014) erläutert. Gemeinsam mit dem in Kapitel 12 erläuterten Situational Eight Diamonds S8* (Rauthmann & Sherman, 2016) stellen diese Persönlichkeitsparadigmen die Basis für die vorliegende Arbeit dar. Die Auseinandersetzung mit den Themen von Personismus zu Situationismus und Interaktionismus werden in Kapitel 13 beleuchtet. Moderner Interaktionismus, welcher als ein Zusammenspiel situativer und personaler Verhaltensfaktoren von vielen Wissenschaftler*innen aufgegriffen wurde, um als Bindeglied zwischen Allgemeiner und Differentieller Psychologie zu fungieren. Das Verhalten wird als Ergebnis der Interaktion zwischen Merkmalen der Person und Merkmalen der Situation aufgefasst. Aus

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

einschlägiger Literatur in den Bereichen der Sozialphilosophie, Sozialpsychologie und Psychotherapie ist das Thema Interaktionismus immer wieder diskutiert worden. Die ontogenetische Entwicklung der Identität unter Verwendung einer gemeinsamen Sprache und die phylogenetische Entwicklung des Bewusstseins, stellen wichtige Faktoren in der Forschung dar (Mead, 2008; Ziebertz & Herbert, 2009). Im Handbuch der Pädagogischen Anthropologie (Wulf & Zirfas, 2014) schreibt der Wissenschaftler Gerd E. Schäfer (2014): „Ontogenese ist die individuelle Entwicklung von Persönlichkeitsmerkmalen" (ebd. S. 316).

Forschungsergebnisse und aktuelle Meinungen der Wissenschaft zum Thema Stress werden in Kapitel 14 dargestellt. Dazu werden das Stressmodell von Hans Selye, das Transaktionale Stressmodell von Richard Lazarus und das Stressmodell von McGrath skizziert. Etymologisch stammt der Begriff Stress vom lateinischen „stringere", das bedeutet verengen, ab. Der englische Begriff „stress" bedeutet Spannung, Druck und Beanspruchung. Beide Begriffe deuten auf die äußeren Reize mit Wirkung auf innere Verformung und Verarbeitung hin. Als Vater der Stressforschung wird der Mediziner Hans Selye (1907 - 1982) bezeichnet. Eine bzw. seine erste Definition von Stress ist eine: „unspezifische Reaktion des Körpers auf jegliche Anforderung" und beschreibt weiter: „dies ist der körperliche Ausdruck einer allgemeinen Mobilmachung der Verteidigungskräfte im Organismus" (H. Selye, 1956, 1974, S. 35).
Herzratenvariabilität und der Zusammenhang mit Stress werden in Kapitel 15 beschrieben. In der vorliegenden Arbeit wird die Stressbelastung mittels der Garmin Sportuhr Vivoactive 4S erhoben und aufgezeichnet. Im weiterführenden Text wird von Stressniveau (SN) oder Stresslevel (SL) gesprochen. Die Auswertung erfolgt über eine App namens Connect. Sie ist übersichtlich und stellt signifikante Ausprägungen von Stress deutlich dar. Sportuhren haben sich als ideales Erfassungsinstrument unter der Prämisse des ökonomischen Prinzips herausgestellt.

Um die Fragestellungen und Hypothesen verifizieren und/oder falsifizieren zu können, werden unterschiedliche Instrumente eingesetzt. Zur Erhebung der Persönlichkeit wird der Big Five Inventar, BFI 10 (Rammstedt, B. et al., 2012) mit 10 Items eingesetzt. Dieser weist eine Retest-Reliabilität von .49 bis .84 auf.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Für die Erfassung der Situation fiel die Wahl auf den Situational Eight Diamonds S8* mit 14 Items (Rauthmann et al., 2014). Die Trennschärfe, das ist die Item-Skala-Korrelation, liegt zwischen .41 und .81 (Rauthmann & Sherman, 2016). Die Reliabilität der internen Konsistenz wurde mit Cronbachs Alpha berechnet. Alpha bewegt sich zwischen .61 und .90. Die Validität weißt eine hohe Faktorenladung von .57 - .92 auf (ebd.).

Das vorgebrachte Thema, beziehungsweise der Grund des Besuches wird auf einem Formular „Datenblatt Klient*innen/Patient*innen“ erhoben, dokumentiert und für die Auswertung kategorisiert in „körperlich“, „psychisch“ und „pädagogisch“. Die Daten werden mittels der Statistiksoftware SPSS Version 27.0 ausgewertet. Als Forschungsmethode kommt die quantiative Forschung zum Einsatz. In den handschriftlichen Niederschriften soll zusätzlich erfasst werden, ob das gemessene Stressniveau der Therapeut*innen tatsächlich mit der Arbeit mit den Klient*innen und Patient*innen zusammenhängt, oder ob gerade ein aufflammendes privates Thema oder anderes, das Stressniveau beeinflusst.

11 Persönlichkeitstheorie und Persönlichkeitstypen auf Basis FFM (Fünf Faktoren Modell)

Im Folgenden wird das FFM (Fünf Faktoren Modell) auch bekannt als OCEAN Modell und dessen Grundlage erläutert.

11.1 Von der Forschung bis zum Fragebogen

In der Persönlichkeitspsychologie hat sich in den letzten Jahren das Modell der Big Five etabliert und basiert auf jahrzehntelanger Persönlichkeitsforschung. Zentral für diesen Forschungsansatz in der differentiellen Psychologie ist die „lexikalische Hypothese“. Diese besagt, dass die wichtigsten Aspekte einer menschlichen Persönlichkeit mit Eigenschaftswörtern einer Sprache zu beschreiben und zu finden sind. Das Modell beinhaltet die fünf Faktoren (Dimensionen): Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus und Offenheit (Amelang & Bartussek, 2001). Allport & Odbert (1936) extrahierten 17.954 persönlichkeitsrelevante Begriffe aus Wörterbüchern und in den 1940er Jahren reduzierte Cattell (1943) in einem mehrstufigen Verfahren diese auf 35 Cluster mit je 6 bis 12 Begriffen. Die Berechnung von

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Interkorrelationen dieser Eigenschaftsbegriffe erfolgte auf Basis von Peer-Ratings. In zahlreichen Studien konnten die daraus resultierenden fünf Faktoren unabhängig von den Cattell´schen Clustern repliziert werden (Goldberg, 1990; Norman, 1967). Zur gleichen Zeit erfolgten die ersten interkulturellen Replikationen der fünf Faktoren beispielsweise in Holland und Deutschland und ergaben auf globaler Ebene fünf unabhängige Persönlichkeits-dimensionen. Heute ist das Fünf Faktoren Modell das Referenzmodell für die Beschreibung der Persönlichkeit. Verschiedene Verfahren zur Erfassung der Big Five haben sich etabliert. Einer der bekanntesten Fragebögen ist das NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) von Costa & McCrae (1992). Die deutsche Fassung stammt von Ostendorf & Angleitner (2004). Dieser beinhaltet 240 Items und erlaubt damit die Erfassung von jeweils sechs Facetten pro Faktor. Die Länge und der Detaillierungsgrad erweisen sich für viele Forschungsfragen als zu umfangreich. Großangelegten Umfragen (SOEP, NEPS oder ISSP) sind in ihrer Erhebungszeit extrem limitiert und daher können nur besonders kurze Verfahren eingesetzt werden (ebd.).

Eine Kurzfassung des NEO-PI-R ist der NEO-FFI (Costa & McCrae, 1992). Die deutsche Fassung wurde von Borkenau & Ostendorf (1993) erarbeitet. Mit dem NEO-FFI konnten mit den 60 Items, 16 der 30 Facetten des NEO-PI-R abgeleitet werden. Die Problematik der beiden Inventare besteht darin, dass beide Fragebögen kommerziell vertrieben werden. Für Forscher und Forscherinnen fällt damit pro erhobenen Fall eine Nutzungsgebühr an, was zu erheblichen Kosten führen kann. Die bis dahin fehlende ökonomische Erfassungsmöglichkeit für die Facetten des Big Five veranlasste die Wissenschaftler*innen John, O. P., Naumann, L. P., & Soto, C. J. (2008) und John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991/1991) dazu eine Facettenstruktur für das Big Five Inventory (BFI) zu entwickeln und konstruierten auf Basis der 44 Items des BFI und in Anlehnung an die von Costa & McCrae (1992) entwickelte Kurzfassung des NEO-FFI eine neue Struktur. Soto & John (2009) gelang es 10 Items, das sind je zwei pro Domäne, in einer umfangreichen Validierung, die auf studentischen und einer bevölkerungsheterogenen Gemeindestichprobe basierte, eine ausreichende Reliabilität der Facetten und deren hohe Konvergenz mit den entsprechenden Facetten des NEO-PI-R als auch mit Bekanntenurteilen nachzuweisen. Der Grundstein für die Entstehung des BFI-10 wurde gelegt (Rammstedt, B. et al., 2012; Rammstedt, B. & John, 2007).

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Die nachfolgende Abbildung 1 stellt die Haupt- und Facettenskalen des NEO-Personality Inventory - Revised (NEO-PI-R):

	Costa & McCrae (1992)	**Ostendorf & Angleitner (2003)**
N	**Neuroticism**	**Neurotizismus**
N1	Anxiety	Ängstlichkeit
N2	Angry Hostility	Reizbarkeit
N3	Depression	Depression
N4	Self-Consciousness	Soziale Befangenheit
N5	Impulsiveness	Impulsivität
N6	Vulnerability	Verletzlichkeit
E	**Extraversion**	**Extraversion**
E1	Warmth	Herzlichkeit
E2	Gregariousness	Geselligkeit
E3	Assertiveness	Durchsetzungsfähigkeit
E4	Activity	Aktivität
E5	Excitement-Seeking	Erlebnissuche
E6	Positive Emotions	Frohsinn
O	**Openness to Experience**	**Offenheit für Erfahrungen**
O1	Fantasy	Offenheit für Phantasie
O2	Aesthetics	Offenheit für Ästhetik
O3	Feelings	Offenheit für Gefühle
O4	Actions	Offenheit für Handlungen
O5	Ideas	Offenheit für Ideen
O6	Values	Offenheit des Normen- und Wertesystems
A	**Agreeableness**	**Verträglichkeit**
A1	Trust	Vertrauen
A2	Straightforwardness	Freimütigkeit
A3	Altruism	Altruismus
A4	Compliance	Entgegenkommen
A5	Modesty	Bescheidenheit
A6	Tender-Mindedness	Gutherzigkeit
C	**Conscientiousness**	**Gewissenhaftigkeit**
C1	Competence	Kompetenz
C2	Order	Ordnungsliebe
C3	Dutifulness	Pflichtbewusstsein
C4	Achievement Striving	Leistungsstreben
C5	Self-Discipline	Selbstdisziplin
C6	Deliberation	Besonnenheit

Abbildung 1: Haupt- und Facettenskalen des NEO-PI-R nach Costa & McCrae (1992) und Ostendorf & Angleitner(2003)

11.2 Die Bedeutung der einzelnen Faktoren und deren Merkmale im FFM

Nachfolgend findet die Auseinandersetzung mit den fünf Dimensionen (Faktoren) und deren Bedeutung statt.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

11.2.1 Offenheit (Openness)

Merkmale: Offen für neue Erfahrungen und Abwechslung, kreativ, Wissbegierde, Phantasie, vielfältige kulturelle Interessen, Interesse für öffentliche Ereignisse, erfinderisch. Diese Eigenschaft bringt Interesse und die Bereitschaft für neuen Erfahrungen, Erlebnissen und Eindrücken zum Ausdruck. Hohe Werte: Personen mit hohen Offenheitswerten haben ein reges Fantasieleben, nehmen ihre eigenen Gefühle, positive sowie negative, deutlich wahr und sind an vielen persönlichen und öffentlichen Vorgängen interessiert und beschreiben sich als wissbegierig, experimentierfreudig, intellektuell, fantasievoll, und künstlerisch interessiert. Sie hinterfragen eher bestehende Normen kritisch und gehen auf neuartige soziale, ethische und politische Wertvorstellungen ein. Verhalten sich häufig unkonventionell, präferieren Abwechslung und probieren neue Handlungsweisen aus. Niedrige Werte: Entgegengesetzt dazu, neigen Personen mit niedrigen Offenheitswerten zu konventionellem Verhalten und konservativen Einstellungen. Bekanntes und Bewährtes wird dem Neuen gegenüber vorgezogen (Dehne & Schupp, 2007; Rammstedt, B. & Danner, 2017). Die Wahrnehmung ihrer emotionalen Reaktionen ist eher gedämpft. Aktuelle Untersuchungen konnten einen Zusammenhang mit der Aktivität bestimmter Hirnregionen im Ruhezustand nachweisen (Dubois, Galdi, Han, Paul & Adolphs, 2018).

11.2.2 Gewissenhaftigkeit (Conscientiousness)

Merkmale: Ordnungsliebend, zuverlässig, Bereitschaft für Anstrengung, pünktlich, ehrgeizig, diszipliniert. Hohe Werte: Personen mit hohen Gewissenhaftigkeitswerten sind überlegt, diszipliniert, ordentlich und organisiert, effektiv, planen sorgfältig, übernehmen Verantwortung, sind zuverlässig, penibel genau und pünktlich. Niedrige Werte: Personen mit niedrigen Werten an Gewissenhaftigkeit handeln unzuverlässig, unachtsam und ungenau, nachlässig und gleichgültig, sind nicht bereit Verantwortung zu übernehmen. Gewissenhaftigkeit ist einer der besten Prädiktoren für berufliche Leistungen (Dehne & Schupp, 2007; Murray R. Barrick, Michael K. Mount, Timothy A. Judge, 2001; Rammstedt, B. & John, 2007).

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

11.2.3 Extraversion

Merkmale: Geselligkeit, gesprächig, aktiv, optimistisch, Personen-Orientierung, Herzlichkeit, heiter, empfänglich für Anregungen und Aufregungen. Dieser Faktor beschreibt die Aktivität und zwischenmenschliches Verhalten. Hohe Werte: Personen mit hohen Extraversionswerten und damit niedrigen Introversionswerten sind gesellig. Sie beschreiben sich selbst als selbstsicher, gesprächig, energisch, aktiv, optimistisch und heiter. Sie mögen die Gesellschaft von Menschen, fühlen sich in Gruppen und auf Versammlungen sehr wohl und mögen externe Reize, Aufregungen und Anregungen. Niedrige Werte: Personen mit niedrigen Extraversionswerten und damit hohen Introversionswerten sind ausgeglichen, konzentriert, zurückhaltend und gerne allein und unabhängig. Introvertierte denken lange über Themen nach bevor sie handeln. Sie sind sehr ideenreich. Sie arbeiten lieber in kleinen als in großen Gruppen. Introvertierte leiden nur selten an Soziphobie (Dehne & Schupp, 2007; Rammstedt, B. & Kemper, 2011). Meta-Analysen und diverse Studien konnten zeigen, dass Extraversion mit Teamarbeit, beruflichen Leistungen und Arbeitszufriedenheit korrelieren, insbesondere auch von Führungskräften (Judge, Bono & Ilies, 2002; Lim & Ployhart, 2004).

11.2.4 Verträglichkeit (Agreeableness)

Merkmale: Mitgefühl, Altruismus, Wohlwollen, Vertrauen, Verständnis, kooperativ, nachgiebig und starkes Harmoniebedürfnis. Die Dimension Extraversion ist so wie die Verträglichkeit vor allem ein Faktor, der das interpersonelle Verhalten beschreibt.

Hohe Werte: Bei Personen mit hohen Verträglichkeitswerten zeigt sich das Hauptmerkmal der Altruismus. Anderen Menschen begegnen sie mit Wohlwollen, Mitgefühl und Verständnis. Sie sind bemüht, anderen zu helfen und gehen davon aus, dass auch diese sich hilfsbereit verhalten werden. Niedrige Werte: Personen mit niedrigen Verträglichkeitswerten beschreiben sich antagonistisch, egozentrisch und misstrauisch gegenüber den Absichten anderer Menschen und verhalten sich eher kompetitiv als kooperativ. Hohe Werte für Verträglichkeit korrelieren nicht unbedingt mit beruflichen Leistungen, die Wahrscheinlichkeit bei einem Vorstellungsgespräch ausgewählt zu werden ist jedoch höher (Dehne & Schupp, 2007; Kristof-Brown & Ryan, 2003; Murray R. Barrick, Michael K. Mount, Timothy A. Judge, 2001; Rammstedt, B. & Danner, 2017).

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

11.2.5 Neurotizismus (Neuroticism)

Merkmale: Nervosität, Traurigkeit, Melancholie, Ängstlichkeit, Verlegenheit, Unsicherheit, Gesundheitssorgen, Neigung zu unrealistischen Ideen, unangemessene Reaktion auf Stress, eher negative Affekte und dauerhafte Unzufriedenheit. Dieses Konzept spielgelt die individuellen Unterschiede in der emotionalen Stabilität von Personen wieder. Die Dimension Neurotizismus beschreibt die Art und Weise, wie Emotionen, vor allem negative Emotionen, erlebt werden. Hohe Werte an Neurotizismus gehen mit geringer emotionaler Stabilität einher. Jene Personen mit hohen Ergebniswerten beschreiben häufiger, dass sie leicht aus dem seelischen Gleichgewicht zu bringen sind. Sie erzählen über Sorgen und geben häufig an, erschüttert, beschämt, betroffen, unsicher, nervös, verlegen, traurig oder ängstlich zu reagieren. Externe Reize werden stärker emotional kodiert und dadurch konditioniert. Personen mit niedrigen Neurotizismuswerten, sprich emotional stabile Menschen, beschreiben sich selbst als ausgeglichen, sehr ruhig und sorgenfrei. Sie geraten in Stresssituationen nicht leicht aus der Fassung. Der Prototyp eines emotional stabilen Menschen würde sich durch nichts aus der Fassung bringen lassen (Dehne & Schupp, 2007; P.T. Jr. Costa & R.R. McCrae, 1989; Rammstedt, B. & Danner, 2017).

Die Wissenschaftler*innen Christensen et al. (2002), sowie Friedmann et al. (1995) und andere, fanden einen Zusammenhang zwischen niedrigem Neurotizismus und hoher Gewissenhaftigkeit mit Gesundheit und längerer Lebensdauer. Eine weitere Studie von Arthur & Graziano (1996) bestätigt einen positiven Effekt von hoher Gewissenhaftigkeit auf die Lebensdauer. Demnach sind gewissenhafte Personen seltener in Unfälle verwickelt. Das berufliche Leben wird ebenso von der Persönlichkeit geprägt. Laut Barrick, Mount & Gupta (2003) bevorzugen verträgliche Personen soziale Berufe und gewissenhafte eher konventionelle Tätigkeiten, offene Menschen präferieren forschende oder künstlerische Tätigkeiten. Schmidt & Hunter (1998) wiederum fanden das Merkmal Gewissenhaftigkeit als zentralen Prädiktor für beruflichen Erfolg. Die Faktoren emotionale Stabilität, Extraversion und Gewissenhaftigkeit tragen zu mehr Zufriedenheit mit der Arbeit bei (Judge, Heller & Mount, 2002). Auch das Wahlverhalten kann bestimmten Persönlichkeits-ausprägungen zugeordnet werden. In Deutschland wählen „Gewissenhafte“ eher Parteien im Spektrum Mitte-Rechts und „Offene“ und

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

„Verträgliche“ eher Mitte-Links (Vecchione et al., 2011). Der Ökonomie-Nobelpreisträger James Heckman (2013) fordert, zukünftig sollen für sozialwissenschaftliche Studien vermehrt validierte Persönlichkeitsskalen und Intelligenztests eingesetzt werden. Die vielfältigen Beziehungen psychologischer Merkmale dienen der Verbesserung der Deskription und Prädiktion wissenschaftlich und gesellschaftlich relevanter Prozesse und Phänomene. Dieser Standpunkt wird auch von Forscher*innen wie Borghans, Duckworth, Heckman & ter Weel (2008), Goldberg (2005) und Rammstedt et al. (2012) und Institutionen wie Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten (2010) vertreten. Im Sozioökonomischen Paneel (SOEP) wurden in den Jahr 2004, 2005 und 2006 zum ersten Mal Risikoaversion und Persönlichkeit, Kontrollüberzeugung und Reziprozität, sowie grundlegende Intelligenzmasse erfasst. In diversen Untersuchungen wurden psychologische Merkmale mit aufgenommen wie folgt: International Social Survey Programm (ISSP), Household, Income and Labour Dynamics in Austrialien (HILDA), UK Houshold Longitudinal Study (UKHLS) und DNB Household Survey (DHS). Ein Bedarf an Verfahren zur Operationalisierung von psychologischen Merkmalen ist demnach gegeben (Rammstedt, B. et al., 2014).

11.3 Fragebogen BFI – 10

Zur Erfassung der Persönlichkeit fiel die Wahl für die vorliegende Arbeit unter anderem auf den BFI-10 mit 10 Items (Rammstedt, B. et al., 2012). Im Anschluss werden Aufbau, Gütekriterien, Bewertung und die Methodik beschrieben.

11.3.1 Aufbau Fragebogen BFI – 10 (Rammstedt, B. et al., 2014)

Der BFI-10 besteht aus 10 Items. Für jede Dimension der Persönlichkeit werden zwei Items herangezogen (siehe Abbildung 5):

- Extraversion: Item 1 und 6
- Neurotizismus: Item 4 und 9
- Offenheit: Item 5 und 10
- Gewissenhaftigkeit: 3 und 8
- Verträglichkeit: 2 und 7

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Jede der Dimensionen wird durch ein positives und ein negatives Item erfasst. Die Dimensionen 1, 3, 4, 5 und 7 sind negativ gepolt. Die Beantwortung erfolgt über eine 5-stufige Likertskala:

1 = trifft überhaupt nicht zu

2 = trifft eher nicht zu

3 = weder noch

4 = trifft eher zu

5 = trifft voll und ganz zu

11.3.2 Gütekriterien und Bewertung BFI – 10

Die Reliabilität der Skalenwerte des BFI – 10 wurde mit einem sechs- bis achtwöchigen Intervall über Retest ermittelt. (Rammstedt, B. & John, 2007) errechneten in einer Stichprobe mit Studenten Koeffizienten zwischen rtt=.58 für Verträglichkeit und rtt=.84 für Extraversion. Die Retest-Koeffizienten fallen in Stichprobe 1 aus der Allgemeinbevölkerung niedriger aus. Dabei findet sich der höchste Koeffizient für Offenheit, rtt=.62. Neurotizismus, rtt=.49 und Verträglichkeit, rtt=.50. Die Forscher Aiken und Groth-Marnat (2006) empfehlen jedoch die Grenze für Koeffizienten bei Gruppenuntersuchungen von .60. Dies bedeutet, dass sich die Retest-Koeffizienten aus der Stichprobe 1 der Allgemeinbevölkerung außerhalb der empfohlenen Grenzen liegen (ebd.).

Die internale Struktur des BFI – 10 wurde mittels einer heterogenen Stichprobe ermittelt. Zudem wurden diverse Aspekte der Konstruktvalidität berechnet. Validitäts-Koeffizienten wurden mit korrespondierenden und nicht-korrespondierenden Skalen des NEO-PI-R und verschiedenen sozialwissenschaftlichen Inhaltsvariablen verifiziert. Eine Hauptkomponentenanalyse, welche anhand einer repräsentativen Stichprobe durchgeführt wurde, erbrachte klare Ladungsmuster für die 10 Items und ist eindeutig im Sinne der fünf Faktoren interpretierbar (Rammstedt, B. & John, 2007). Auf den korrespondierenden Faktoren luden alle Items am höchsten und können somit als Beleg für die faktorielle Validität des BFI – 10 gewertet werden. Bei einem Vergleich zwischen NEO-PI-R und BFI – 10 zeigten sich beispielsweise hohe Korrelationen zwischen den korrespondierenden Skalen und Facetten und niedrige Korrelationen zwischen den nicht-

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

korrespondierenden. Korrelationen mit prägnanten Ausprägungen fanden sich laut der Wissenschaftler*innen bei Neurotizismus mit der Beeinträchtigung der psychischen und physischen Gesundheit und mit Lebenszufriedenheit (negativ), für Extraversion mit der Größe des sozialen Netzwerks, der politischen Partizipation und Effort-Reward-Imbalance (Siegrist et al., 2004).

Offenheit korreliert mit Bildung, Größe des sozialen Netzwerks und politischer Partizipation und für Verträglichkeit fanden sich Korrelate mit interpersonellem Vertrauen und Devianz (negativ). Gewissenhaftigkeit korrespondiert mit psychischer Gesundheit (negativ) und Devianz (negativ) (ebd.). Die Wissenschaftler*innen Costa, Terracciano & McCrae, 2001); Feingold (1994); Körner, Geyer und Brähler (2002); Viken, Rose, Kaprio und Koskenvuo (1994); Srivastava (2002) konnten auch für das BFI – 10 signifikant höhere Werte in Neurotizismus für Frauen im Vergleich zu Männern nachweisen, was ein wohlbekannter Effekt ist. Die Dimension Offenheit lässt sich durch Bildung oder viel mehr durch kulturelles Kapital, gemessen über die Anzahl der Schuljahre und Bücher im Elternhaus replizieren (Caspi, Roberts & Shiner, 2004; Goldberg, 1990; Körner et al., 2002; Vassend & Skrondal, 1995).

Die BFI-10 Skalen zeigen mittlere Korrelationen mit diversen globalen und spezifischen Maßen der Lebenszufriedenheit. Dabei korreliert Neurotizismus grundsätzich negativ mit den Zufriedenheitsmaßen. Neurotische Menschen sind konsistent in ihrer Tendenz negative Gefühle wie Unzufriedenheit zu empfinden und dies stimmt mit den Ergebinssen von Rammstedt, B. und Kemper (2011), sowie den Ergebnissen zu Ehezufriedenheit von Kelly und Conley (1987) überein.

Die Metaanalyse von Judge, Heller und Mount (2002) zeigt positive Korrelationen von Arbeitszufriedenheit mit den Dimensionen Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit aber eine negative Korrelation mit Neurotizisissmus. Neurotische Menschen weisen eine Tendenz auf negative Emotionen zu erleben und auszudrücken. Pessimismus und Ängstlichkeit wirken sich zudem negativ auf die Gesundheit aus. Daher fühlen sich neurotische Menschen psychisch und physisch stärker beeinträchtigt als weniger neurotische (Friedmann, 2000).

Validitätsbelege wurden für den CAPI-Modus, CAWI-Modus sowie für die Papierform erbracht. Noch nicht geprüft wurde die Invarianz zwischen den

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Erhebungsmodifikationen. Der BFI – 10 erlaubt nicht nur eine ökonomische, sondern auch eine reliable und valide Erfassung der Big Five, dies belegen diverse Validierungsstudien (Rammstedt, B. et al.; Rammstedt, B. & John, 2007). Unterschiedliche Befunde aus der Literatur legen nahe, dass sich die Big Five in Stichproben mit hoher Bildung besonders gut replizieren lassen (Rammstedt, B. & Kemper, 2011).

12 Persönlichkeitstheorie und Konstruktion des Situational Eight Diamonds S8*

Als weiteres Werkzeug für die vorliegende Arbeit zur Erfassung der Interaktion zwischen Persönlichkeit und Situation, sprich von der situationalen Persönlichkeit, fiel die Wahl auf den Situational Eight Diamonds S8* Questionär. Der Fragebogen wurde von den Forscher*innen Rauthmann und Sherman (2016) ins Deutsche übersetzt. Das Verfahren erfasst allgemein gültige situationale Eigenschaften.

12.1 Von der Forschung bis zum Fragebogen

Rauthmann et al. (2014) sehen das Verhalten als Ergebnis aus dem Interaktionsverhältnis von Person und Situation. Die Persönlichkeitsforschungen waren vor allem auf die Personenvariablen fokussiert, vergleiche dazu Kapitel 11. Die Variable „Situation“ fand dagegen kaum bis wenig Beachtung. Rauthmann & Shermann (2016) verfolgen mit ihrem Verfahren das Ziel, die Vielfalt an Situationen komprimiert mittels weniger Dimensionen abzubilden. Das Verfahren beruht auf Basis der Klassischen Test Theorie (KTT), der Item-Response-Theorie und konzeptioneller Überlegungen und stellt eine Weiterentwicklung des von Wagerman und Funder (2009) entwickelten Riverside Situational Q-Sort (RSQ), welcher aus 89 Items besteht, dar. Moosbrugger (2012) beschreibt die klassische Test Theorie (KTT) als jenen theoretischen Hintergrund zur Konstruktion und Interpretation von Testverfahren, welche als theoretische Basis vieler psychodiagnostischer Tests aktuell sehr wichtig ist. Die Item-Response-Theorie (IRT) ist laut Moosbrugger (2012) eine Ergänzung zur Klassischen Testtheorie (KTT). Mittels IRT ist es nun möglich, auf Basis der Reaktionen in mehreren Items den „true score“, sprich: die wahre Ausprägung des zu erfassenden Merkmals zu schätzen und die Messgenauigkeit der Testergebnisse zu bestimmen. Zudem ist mit Hilfe des

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Standardfehlers bzw. der Reliabilität möglich, ein Konfidenzintervall für den „true score“ anzugeben (ebd.). Eine an acht Fachexperten durchgeführte Befragung hat ergeben, dass außer dem RSQ kein valides Instrument zur Verfügung steht um situationale Eigenschaften zu erfassen (Rauthmann et al., 2014; Rauthmann, 2016). Die Forscher*innen Rauthmann et al. (2014) überprüften den RSQ anhand eines multinationalen Datensets faktorenanalytisch. Daraus entstand der RSQ-8 mit 8 Faktoren und insgesamt 32 Items (Rauthmann & Sherman, 2016).

Der Name DIAMONDS wird aus den acht Dimensionen gebildet. Die klare Faktorenstruktur, die gute interne Konsistenz, die hohe Beobachterübereinstimmung, reichte den Wissenschaftler*innen immer noch nicht aus. Sie nahmen daher eine Überarbeitung, Optimierung und Erweiterung des Itempools vor (ebd.). Ein neues Item wurde für jede Dimension generiert, sodass für die Konstruktion der Kurzversion mehr Items zur Auswahl standen. Von insgesamt fünf Items pro Dimension sollten drei Items selegiert werden, die entweder eine sehr hohe interne Konsistenz oder hohe Trennschärfe aufwiesen. Es wurden jeweils neue Items in den Itempool aufgenommen mit Ausnahme der Dimensionen Adversity und Negativity. Das Ergebnis dieser langjährigen Forschungen ist der Situational Eight Diamonds S8* mit 24 Items als Kurzversion des RSQ-8 (Version 3.15). Die Trennschärfe der Itemskala liegt zwischen rit = .41 und .81 (Rauthmann & Sherman, 2016).

12.1.1 Die 8 Dimensionen / Faktoren: DIAMONDS

Jede einzelne Dimension wird anhand von drei Items erfasst. Die Beantwortung erfolgt über eine siebenstufige (7-stufige) Likertskala. Von 1 = trifft überhaupt nicht zu bis 7 = trifft völlig zu. Die nachfolgende Abbildung 2 zeigt den Situational Eight Diamonds S8* (Rauthmann et al., 2014).

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Die Items der S8* (basierend auf der RSQ-8)		Wie stark trifft die Aussage zu? überhaupt nicht 1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7 teils-teils völlig
Duty		
1.	Eine Arbeit muss erledigt werden.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
2.	Aufgabenorientiertes Denken ist notwendig.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
3.	Ich muss (m)eine Pflicht erfüllen.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
Intellect		
4.	Die Situation enthält intellektuelle Reize.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
5.	Es besteht die Möglichkeit intellektuelle Fähigkeiten zu demonstrieren.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
6.	Informationen müssen tiefgründig geistig be-/verarbeitet werden.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
Adversity		
7.	Ich werde kritisiert.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
8.	Ich werde für etwas beschuldigt.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
9.	Ich werde durch etwas oder jemanden bedroht.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
Mating		
10.	Potentielle sexuelle oder romantische PartnerInnen sind anwesend.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
11.	Physische Attraktivität ist relevant.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
12.	Die Situation ist sexuell aufgeladen.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
pOsitivity		
13.	Die Situation ist erfreulich.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
14.	Die Situation ist verspielt.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
15.	Die Situation ist fröhlich und ausgelassen.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
Negativity		
16.	Die Situation könnte Stress auslösen.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
17.	Die Situation könnte Gefühle der Anspannung auslösen.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
18.	Die Situation bringt Frustration mit sich.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
Deception		
19.	Es ist möglich, jemanden zu täuschen.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
20.	Jemand in der Situation könnte betrügerisch sein.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
21.	Es ist möglich nicht ehrlich mit Anderen umzugehen.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
Sociality		
22.	Enge persönliche Beziehungen sind wichtig oder können sich entwickeln.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
23.	Andere Leute zeigen viele kommunikative Signale.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7
24.	Die Kommunikation mit anderen Menschen ist wichtig oder erwünscht.	1 … 2 … 3 … 4 … 5 … 6 … 7

Abbildung 2: Situational Eight Diamonds S8 (Rauthmann & Sherman, 2016)*

12.2 Gütekriterien und Bewertung

Nachfolgend werden Reliabilität, Validität und die Normen des Situational Eight Diamonds S8* erläutert.

12.2.1 Reliabilität

Die interne Konsistenz der Dimensionen für den Situational Eight Diamonds S8* wurde nach Cronbachs Alpha berechnet. Alpha liegt zwischen .61 und .90. Die Interne

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Konsistenz stieg mit der Itemreduktion im Vergleich zum RSQ-8 (Rauthmann & Sherman, 2016).

12.2.2 Validität

Die Forscher*innen Rauthmann und Sherman (2016) berechneten mittels Burt-Trucker-Kongruenz-Koeffizient die nomologische Validität bzw. die Konstruktvalidität um den Nachweis für die Ähnlichkeit mit dem RSQ-8 (Version 3.15) zu erbringen. Dazu wurden jeweils 52 Korrelationen beider Verfahren z-transformiert. Die Korrelationen beider Verfahren erwiesen sich als nahezu identisch. Zudem wurden konfirmatorische Faktorenanalysen (CFAs) mit der Lang- und Kurzversion durchgeführt. Die Faktorenladungen der Situational Eight Diamonds S8* zeigten sich allesamt hoch zwischen .57 - .92 (ebd.).

12.2.3 Normen

Das Verfahren ist nicht normiert. Mittelwerte und Standardabweichung wurden anhand einer Stichprobe ermittelt. Die Stichprobe umfasst N = 507 Personen, davon n = 122 männlich, n = 385 weiblich. Ergebnisse dazu sind in der anschließenden Abbildung 3 dargestellt (Rauthmann & Sherman, 2016).

Dimension	M	SD
Duty	3.55	2.13
Intellect	3.71	1.91
Adversity	1.43	0.93
Mating	2.05	1.38
pOsitivity	3.90	1.76
Negativity	3.17	1.78
Deception	2.24	1.54
Sociality	4.09	2.10

Abbildung 3: Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD) von N=507 modifiziert laut Rauthmann & Shermann (2016, S.159).

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

13 Person – Situations Kontroverse bis hin zum Interaktionismus

Im folgenden Kapitel werden der Weg und der Einstieg zum Interaktionismus über den Personismus und Situationismus erläutert.

13.1 Personismus

Der Personismus ist ein Bereich der Persönlichkeitspsychologie, welcher stabile Verhaltensmuster auf die Attribute (Eigenschaften) einer handelnden Person zurückführt. In der Laienpsychologie werden Menschen schnell mit einer bestimmten Eigenschaft bedacht, wie beispielsweise diese Person ist freundlich/unfreundlich, klug/dumm usw. Der wissenschaftliche Nachweis von stabilen Attributen ist dagegen schwierig. Die Wissenschaftler*innen Amelang und Bartussek (2001) und Conley (1984) beobachteten über einen Zeitraum von 40 Jahren eine Gruppe von Testpersonen, indem sie in regelmäßigen Abständen verschiedene Persönlichkeitstests durchführten. Sie fanden eine hohe Konstanz bei der Intelligenz, eine mittlere Stabilität von Extraversion und Neurotizismus aber Selbstwertgefühl und Lebenszufriedenheit dagegen schwankten stark. Daher unterscheidet die Persönlichkeitspsychologie den absoluten und den relativen Personismus. Der absolute Personismus würde das Verhalten unabhängig vom situativen Kontext annehmen und der relative Personismus hingegen berücksichtigt Einflüsse aus der Umgebung (ebd.).

13.2 Situationismus

Der radikale Behaviorismus führt „konsistentes“ Verhalten auf Eigenschaften der Situation zurück. Zum Begriff Situationismus definiert Walter Mischel (in Rammsayer & Weber, 2016) das menschliche Verhalten von Situation zu Situation als stark variierend und es ist daher für Prognosen unzuverlässig im Gegensatz zu der von Allport postulierten Trait-Theorie. Rotter (Margraf & Schneider, 2009; Rotter & Hochreich, 1979 S. 105) hingegen bezeichnet Persönlichkeit als ein „Gefüge von Möglichkeiten zur Reaktion in bestimmten sozialen Situationen“ (ebd.). Untersucht wird die Interaktion zwischen der Person und ihrer bedeutungsvollen Umwelt. Jedes Verhalten, welches sich in einer Situation zeigt besitzt ein bestimmtes Verhaltenspotenzial (VP). Es wird jenes Verhalten mit dem größten Verhaltenspotenzial auftreten und dieses ergibt sich aus der

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Kombination der Variablen, Erwartung und Verstärkungswert. Daraus wird ein komplexes Muster von Hinweisreizen konstruiert (ebd.).

13.2.1 Die fünf (5) Prinzipien der Situationsforschung

Die Forscher*innen Rauthmann (2015), Rauthmann und Sherman (2016) und Rauthmann et al. (2014) postulieren die fünf (5) Prinzipien der Situationsforschung.

1. Tiradenprinzip: Situationen können durch drei messbare Informationstypen operationalisiert werden:
    a. Cues = Bücher, andere Menschen….
    b. Characteristics = nervig, hektisch, interessiert….
    c. Classes = Essen/Trinken, Reisen, Autos….

Mit den Informationstypen können den Wissenschaftler*innen zu Folge Aspekte beleuchtet werden, verschiedene Datenformate ausgearbeitet werden, wie beispielsweise kontinuierlich vs. nominal vs. kategorial und in verschiedenen Disziplinen unterschiedliche Präferationen dargestellt werden, wie zum Beispiel social vs. personality (ebd.).

2. Prozessierungsprinzip:
    a. Cues müssen explizit und/oder implizit verarbeitet werden um einen Verhaltensoutput zu generieren. Dieser könnte die Cues verändern.
    b. Explizite Verarbeitung: Situationen können mit psychologischen Situationscharakteristika verglichen und beschrieben werden. Situationale Taxonomien werden genutzt.
3. Realtitätsprinzip:
    a. Die Realitätswahrnehmung basiert auf diversen Arten von Realität
        - Objektiv
        - Sozial
        - Persönlich
    b. Eine, von einer Person wahrgenommene Situation konfundiert alle Realitätsarten. Varianzanalytische Designs werden genutzt, welche die Realitätsarten trennen können (Rauthmann et al., 2014; Rauthmann, 2016; Rauthmann & Sherman, 2016).

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

4. Zirkularitätsprinzip:
    a. Eigene physiologische Prozesse, Verhalten und Erleben sind KEINE Situationsvariablen
    b. Wahrnehmung einer Situation von nur einer Person ist eine Personenvariable ≈Situationserleben, aber KEINE Situationsvariable
    c. State-state predicion ist ein Vorhersagen von Erleben und Verhalten von Situationswahrnehmung. Es ist keinesfalls eine „situation-state prediciton“
    d. Multiple Quellen notwendig für Approximation von Situationsvariablen
5. Transaktionsprinzip:
    a. Situationen formen Personen: wichtig, wiederholt, typisch, intensiv etc.
    b. Personen formen Situationen: Konstruktion, Evokation, Selektion, Kreation, Modifikation. Ändern vs. Beibehalten

Abbildung 4 ist ein Versuch zur Darstellung des Transaktionsprinzips.

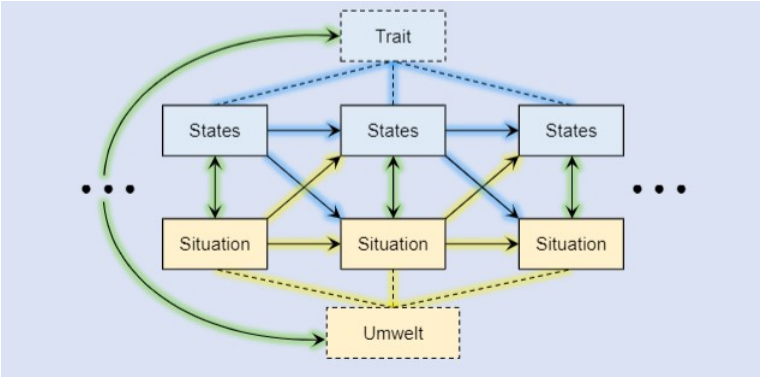


Abbildung 4: Darstellungsversuch Transaktionsprinzip (vgl. Rauthmann et al., 2014)

13.3 Interaktionismus

Der Interaktionismus (Hall, 2018; Matthes, 1981) wiederum versteht menschliches Erleben und Verhalten nicht alleine über Persönlichkeitsmerkmale oder Situationsmerkmale sondern in dem Zusammenwirken bzw. der Wechselwirkung beider. Die Kernannahme besagt, dass die Merkmale der Person die Situation beeinflussen und die Merkmale der Situation ebenso einen Einfluss auf die Persönlichkeit der Person und auf deren Erleben und Verhalten moderieren (= Moderatorvariable). Die als relevant

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

erachteten Persönlichkeitsmerkmale zur Erklärung eines Verhaltens müssen gemessen werden. Der empirische Nachweis von Person x Situation-Interaktion erfordert ein spezifisches Design (Hall, 2018; Matthes, 1981).

Die Grundannahmen von Blumer & Morrione (2004) lauten:

1. Menschen handeln gegenüber Dingen auf der Grundlage der Bedeutungen, die diese Dinge für sie besitzen.
2. Durch soziale Interaktion entsteht die Bedeutung der Dinge.
3. Durch einen interpretativen Prozess werden die Bedeutungen verändert, den die Person in ihrer Auseinandersetzung mit den ihr begegnenden Dingen benutzt (ebd.).

Weitere Grundannahmen der Wissenschaftler*innen Blumer & Morrione (2004):

- Menschen erschaffen die Erfahrungswelt, in der sie leben.
- Die von den Personen jeweils situativ eingebrachten selbstreflexiven Momente gestalten die Bedeutungen dieser Welten und sind das Ergebnis von diesen Interaktionen.
- Die Interaktion der Personen mit sich selbst ist mit der sozialen Interaktion verwoben und beeinflusst sie ihrerseits.
- Das soziale Leben der menschlichen Gesellschaft konstituiert sich durch Formierung und Auflösung, Konflikte und Verschmelzungen gemeinsamer Handlungen.
- Die Bedeutung der Dinge für die Menschen wird durch einen komplexen Interpretationsprozess erzeugt und geprägt (ebd.).

Kurze Erklärung von Person x Situation-Interaktionen aus dem Lehrbuch Persönlichkeitspsychologie (Schütz, Rüdiger & Rentzsch, 2016).

1) Reaktive Interaktion: Menschen nehmen eine objektiv identische Situation aufgrund ihrer unterschiedlichen Persönlichkeit unterschiedlich wahr und deshalb reagieren sie unterschiedlich.
2) Eine evokative Interaktion: Menschen lösen aufgrund ihrer Persönlichkeit bei Mitmenschen unterschiedliche Reaktionen aus, die ihrerseits wieder das Verhalten dieser Menschen in spezifischer Weise beeinflussen.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

3) Proaktive Interaktion: Menschen suchen aufgrund ihrer Persönlichkeit bestimmte Situationen gezielt auf und setzen sich somit unterschiedlichen Situationseinflüssen aus.
4) Manipulative Interaktion: Menschen gestalten Situationen (Kontexte, Umwelten) abhängig von ihrer Persönlichkeit in spezifischer Weise (ebd.).

Der symbolische Interaktionismus bezeichnet laut den Ausführungen der Autoren signifikante Symbole als Zeichen oder symbolische Gesten, die die gleiche Vorstellung der Bedeutungen und somit die gleiche Reaktion bei zwei Menschen auslösen, d. h. der Sinn und die Bedeutung eines Symbols werden von allen Mitgliedern einer Gesellschaft gleich interpretiert (Schütz et al., 2016). Zusammengefasst besagt die Interaktionismus- und Aktivitätstheorie: „Handlungen finden in der gegebenen Situation statt und erlangen dort ihre Bedeutung“ (Strübing, 2005, S.286). Nach Mey & Murck (2020) ist der symbolische Interaktionismus ein fulgurenter, permanent verändernder Prozess. Die Genese ist das Produzieren und Verwenden von Symbolen, was eine Fähigkeit des Menschen darstellt. Mit Hilfe der Sprache werden Erfahrungen ausgetauscht und Bedeutungen geteilt. Dadurch können Stimulus-Response-Reaktionen überwunden werden. Das Interesse gilt den Prozessen, in denen sich Menschen selbst definieren, Absichten, Gefühle, Situationen und die sie umgebende Welt wird sprachlich interpretiert. Darüber hinaus zeigt der symbolische Interaktionismus wie wir andere Bedeutungen verwenden und umgestalten, sie nutzen und damit unsere Handlungen und unser Leben beschreiben und verstehen lernen. Der symbolische Interaktionismus wurde zwar in verschiedenen Disziplinen beforscht, aber die Ergebnisse spiegeln sich leider in der Forschung nicht wieder (Mey & Mruck, 2020).

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

14 Stressforschung: Definition und Überblick

Der Begriff Stress wurde vielfach definiert. Kury (2012) weist in seinen Ausführungen darauf hin, wer eine Geschichte über Stress schreiben möchte, steht vor großen Schwierigkeiten. Gilt es doch ein vielschichtiges und alltägliches Phänomen zu erfassen. Das Thema bietet eine Vielzahl von Anknüpfungspunkten und die Schreiber*innen könnten sich im Dickicht des Gegenstandes verlieren (ebd.). Der polnische Wissenschaftstheoretiker und Mediziner Ludwig Fleck (Werner, Zittel & Fleck, 2019) und der amerikanische Wissenschaftstheoretiker und Wissenschaftshistoriker Thomas Kuhn (2020) schaffen neue Voraussetzungen für eine konstruktivistisch orientierte Wissenschaftsgeschichte (Kury, 2012).

Inzwischen sind Stress und Burn-Out laut Kury (2012) Allroundbegriffe, welche die Auswirkungen auf das Leben des Individuums kritisch beschreiben lassen. Der Mensch ist zur permanenten Selbstoptimierung und Anpassung in der modernen Welt gezwungen. Nicht Jeder ist der Globalisierung, Beschleunigung und Flexibilisierung im gleichen Maße und unbegrenzt ohne negative Folgen gewachsen (ebd.). Die Beschreibungen von Cannon, W. B. (1929) zu den hormonellen-, organischen und muskulären Veränderungen entsprechen jenen, die Selye nur wenige Jahre später in seinem „Allgemeinen Adaptationssyndrom“ als Phase 1, Alarmreaktion ausgeführt hat (Cannon, W. Bradford, 1927; Cannon, W. B., 1929; H. Selye, 1956). Schon früh prägt er den Begriff Homöostase. Häcker, Dorsch und Becker-Carus (2009) erklären Homöostase als Selbstregulation des Organismus. Dies impliziert die Idee, dass alle Organismen die Tendenz zeigen, sich gegenüber den verändernden Lebensbedingungen, das von ihnen erreichte Gleichgewicht zu erhalten oder wiederherzustellen. Beispielsweise werden trotz dauernd ändernder innerer oder äußerer Bedingungen die Körpertemperatur, der Blutzuckerspiegel oder der osmotische Druck in engen Grenzen konstant gehalten. Die Regulierungen, welche für die Homöostase erforderlich sind, wie Wärmehaltung, Sauerstoffbedarf, Wasserbedarf u.a. erfolgen auch über psychologisch relevante Bedürfnisse wie zum Beispiel Schlaf, Hunger, Durst u.a. (ebd.).

Neue Erkenntnisse diverser Wissenschaftler*innen, die sich mit Themen der selbstregulierenden Systeme in den Bereichen der Biochemie, Endokrinologie, Neurologie, Psychiatrie u.a. auseinandersetzten fanden Zusammenhänge mit den

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Hormonen, Neurotransmittern, sekretorischen Drüsen und Stress (Gerabek, 2005). Dazu zählt unter anderen Frederic Vester (1993), ein Vertreter der Biokybernetik. Er veröffentlichte 1976 den Bestseller „Phänomen Streß“ in deutscher Sprache und brachte darin die selbstregulierenden Prozesse im Körper einem breiten Publikum näher und machte diese mit seinen Ausführungen verständlich.

Bis sich ein wissenschaftlicher Denkstil durchsetzt, das bedeutet laut Kuhn (2020), hegemonial und von der scientific community als Denkkollektiv verwendet wird, hängt dies nicht nur von der wissenschaftlichen Plausibilität ab, sondern ebenso von Fördermitteln, Moden, Strömungen und anderes. Kury (2012) führt weiter aus, aus wissenschaftlicher und kulturhistorischer Sicht ist die Interpretation von heute gültigen Stresskonzepten eng mit zwei unterschiedlichen Körperkonzepten verknüpft. Einerseits mit dem Konzept von Selye, H. (1976), der den Körper als selbstregulierenden Organismus versteht und als zweites, das Paradigma, der Körper als Maschine. Historisch dargelegt von Sarasin (2016), in seinem Buch: „Menschen als reizbare Maschine“. Den Ausführungen von Sarasin zu Folge, verschmolz das Maschinenmodell im Laufe des 19. Jahrhunderts mit neuen Erkenntnissen aus der Neurologie. Für die Belastungs-, Ermüdungs- und Erschöpfungsforschung war das Konzept, der Körper als „reizbare Maschine“ im 19. Jahrhundert und sogar bis in das 20. Jahrhundert von besonderer Bedeutung. Darauf gründet auch das Modell des Allgemeinen Anpassungssyndroms als Manifestation von Stress von Hans Selyes (Sarasin, 2016).

Kury (2012) sieht die wissenschaftlichen Konzepte und Diskurse über Belastungen und daraus resultierender Neurasthenie, Managerkrankheit, Chronisches Müdigkeitssyndrom oder Burn Out, ohne das anfänglich mechanistisch gedachte Körper- und Erschöpfungsmodell als kaum vorstellbar. Heinrichs, Stächele und Domes (2015) stellen „Stress“ wiederum als schwer definierbar dar. Umgangssprachlich bezeichnet Stress einerseits den Stressor als Auslöser andererseits auch die Stressreaktion als physiologische und psychische Antwort auf den Stressor. Eine allgemein gültige Definition für Stress liegt nicht vor. Jedoch in Anlehnung an die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse und den Zeitgeist, finden sich unterschiedliche Definitionen, welche sowohl diagnostisches Verständnis geprägt haben als auch mögliche Interventionsansätze aufzeigen (ebd.). Den Forscher*innen Plaumann, Busse und Walter

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

(2006) zu Folge ist Stress im technisch-physikalischen Kontext Druck, Belastung oder Spannung.

Die Medizin hingegen definiert Stress als einen Zustand des Organismus, welcher durch ein spezifisches Syndrom wie beispielsweise Blutdrucksteigerung, erhöhte Sympathikus-Aktivität oder vermehrte Ausschüttung von Katecholaminen gekennzeichnet ist, aber durch verschiedenartige unspezifische Reize ausgelöst werden kann. Dazu zählen, Infektionen, Verbrennungen, Verletzungen, Ärger, Freude, Leistungsdruck und andere Stressoren (Pschyrembel & Zink, 1998). Auch äußere Einwirkungen können als Stress identifiziert werden, wenn der Körper nicht in genügender Weise adaptieren kann. Psychischer Stress entsteht nach Ausführungen der Autor*innen infolge einer Diskrepanz zwischen spezifischen Anforderungen und Bewältigungsverhalten (coping). Andauernder Stress kann in weiterer Folge zu einem Allgemeinen Anpassungssyndrom führen (Pschyrembel & Zink, 1998). Die physiologische Stressforschung hat sich in Richtung Psychoneuroimmunologie entwickelt, während die psychosozial orientierte Wissenschaft später die Grundlage für die Popularisierung von Stress im deutschsprachigen Raum darstellt. Zu den herausragenden Expert*innen im Bereich der frühen psychologischen, sozialmedizinischen und psychosomatischen Stressforscher*innen zählen laut Kury (2012) Wissenschaftler*innen wie Wolff, H. G. (1953), Lazarus (1991) und Levi (1972). Wolff, H. G. (1953) sieht beispielsweise die Ursachen für Stress zu einem großen Teil im alltäglichen Leben, in spannungsreichen Beziehungen und den zwischenmenschlichen Interaktionen, sowie in ungenutzten Potenzialen, als auch im kulturellen und gesellschaftlichen Druck.

Zu weiteren Stressfaktoren zählt auch die individuelle Einschätzung von extrinsischen Herausforderungen und Gefahren (ebd.). Der Forschungsschwerpunkt von Lennart Levi (1964) liegt in Anlehnung und der Inspiration an die Forschungen von Wolff und Selye nicht nur an physiologisch-hormonellen Reaktionen sondern vor allem an sozialen und kulturellen Interaktionen, somit an psychosozialen Prozessen der Anpassung. In seinem Buch „Stress-Körper, Seele und Krankheit“ weist Levi explizit darauf hin, dass der menschliche Körper nur über eine eingeschränkte Anzahl von Anpassungsmechanismen verfügt. Diese streben danach, das erschütterte Gleichgewicht

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

des Organismus wieder herzustellen (ebd.). Levi spricht bereits in diesem Zusammenhang vom „protecitve reaction response“ und erkennt darin den Verteidigungsplan des Körpers, welcher nicht nur auf die tatsächliche physische Gefahr, sondern gleichermaßen auf deren Drohung oder auf die Erinnerung daran reagiert (Levi, 1964). Weiters beschreibt der Wissenschaftler diese Reaktion als einen „Irrtum der Abwehrleistung“ welche bei einer realen Bedrohung zwar angemessen sei, aber nicht bei einer symbolischen Bedrohung (ebd. S. 34ff). Zudem vermutet Levi, psychische Stressfaktoren seien im Normsystem des Individuums gegenüber seiner Umwelt begründet, wie beispielsweise den Verpflichtungen, Beeinflussungen und Spannungsmomenten. In seinen weiteren Forschungen und Erkenntnissen fordert der schwedische Sozialmediziner Levi zudem den Staat auf, seine Pflicht auch sozialpolitisch zur Förderung der Lebensqualität für die Menschen zu erfüllen. Als Grundlage dafür dient sein sozialpsychologisches Stresskonzept samt seiner Terminologie (ebd.).
Im Weiteren erfolgt ein kurzer, Einblick in die Stressmodelle von Hans Selye und Richard Lazarus sowie eine kurze Skizzierung des Stressmodells von Mc Grath.

14.1 Stressmodell Hans Selye

Der Mediziner, Biochemiker und Hormonforscher Hans Selye, wird als Vater der Stressforschung bezeichnet. Er prägte bereits 1936 den Begriff „Allgemeines Adaptationssyndrom“ (AAS). Dieses beschreibt die jeweilige Reaktion des Organismus auf besondere Belastungen und gliedert sich in drei Phasen (H. Selye, 1956; Selye, H. & Köbcke, 1953):

1. Alarmreaktion: Die Wahrnehmung der besonderen Belastung. Innerhalb von 6 – 48 Stunden treten erste körperliche Veränderungen auf, wie beispielweise das Sinken der Körpertemperatur oder Anschwellen von Organen.
2. Widerstandsstadium: Gewöhnung an die Situation und Anpassung an die Belastung. Diese Phase beginnt etwa 48 Stunden nach der besonderen Belastung, wo Selye eine weitere Veränderung von Organen feststellen konnte, wie zum Beispiel die Vergrößerung der Nebenniere. Nach einer Weile bilden sich die Organe und ihre Funktion wieder zurück in den Normbereich = Widerstandsstadium. Nach einem Zeitraum von ca. ein bis drei (1 – 3) Monaten

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

treten wieder dieselben Veränderungen wie in der ersten Phase (Alarmreaktion) auf, was schließlich zur Phase drei (Erschöpfungsstadium) führt.

3. Erschöpfungsstadium: Ermüdung und in weiterer Folge Überlastung (Selye, H., 1936, 1938).

Nach den Vorstellungen Selyes ist Stress eine unspezifische, stereotype Reaktion des Organismus auf jede Art von Störung der Homöostase. Er unterscheidet den Stressor als Reiz und Stress als Reaktion. H. Selye (1956) prägt die Begriffe für zwei Arten von Stress, zum einem positiver Stress = Eustress und zum anderen negativer Stress = Distress. Dank weiterer Erkenntnisse und besserem Verstehen der Hormone und dem hormonellen Zusammenspiel war Selye und andere Stressforscher*innen in der Lage, Stress und die Interaktion mit den Hormonen besser zu deuten und Zusammenhänge zu erklären. In diversen Tierversuchen fand er den Zusammenhang von bestimmten Krankheiten, die durch Stress entstehen, den sogenannten „Stresskrankheiten“ und eine Überfunktion von Hypophyse und Nebennieren, was eine übermäßigen Ausschüttung von Hormonen bedeutet. Später benannte der Wissenschaftler daraus resultierend wichtige Stresshormone wie: ACTH, Corticoide, CRF (Corticotropin-Releasing-Factor), Adrenalin und Noradrenalin, Epinephrin und Norepniephrin (Rapp, Kourounakis & Selye, 1979; Selye, H., 1981, S. 99).

Die nachfolgende Abbildung stellt das AAP dar (Selye, H., 1981, S. 99). Die Kurve zeigt die Widerstandskraft im Zeitverlauf. Bei akutem Stress unterschreitet die Widerstandskraft das Normniveau, dies ist die Schockphase und steigt dann stark an. Bei erfolgreichem Coping (Bewältigung) sinkt sie nach kurzer Zeit auf das Ruheniveau ab. Dies wird durch die unterbrochene Linie dargestellt. Bei langanhaltender und/oder wiederholter Belastung ohne erfolgreicher Bewältigung, kann sie nach einer Phase des Widerstandes in die Erschöpfung übergehen (siehe Abbildung 5).

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

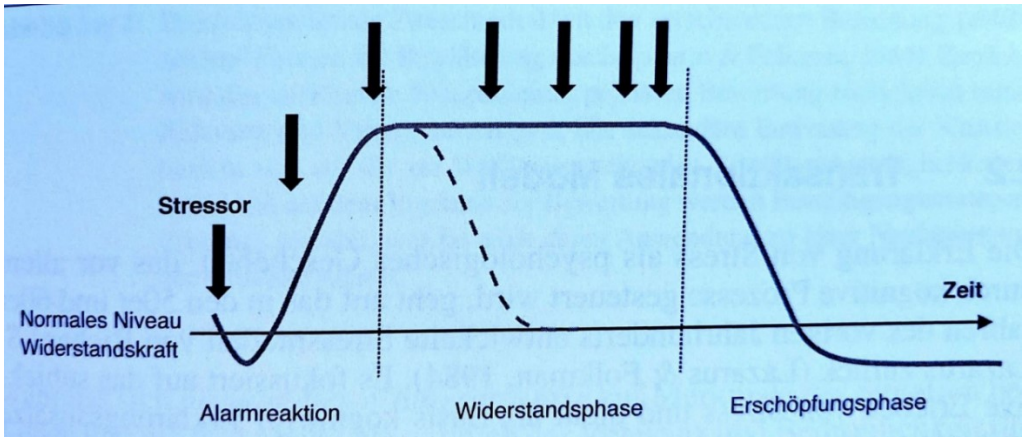


Abbildung 5: Allgemeines Anpassungssyndrom (AAP) nach Selye (1981)

Mit den neuen technischen Möglichkeiten konnten im weiteren Verlauf der Forschungen bereits geringste Veränderungen bezogen auf die Ausschüttung von Hormonen festgestellt werden. Mit diesen Erkenntnissen veränderte sich nun die Definition, welche zum Allgemeinen Adaptationssyndrom (AAS) führte. Nicht nur schädliche Einwirkungen lösen das AAS aus, sondern durchaus auch positive Faktoren. Der Organismus zeigt Stressreaktionen, egal welcher Natur der auslösende Faktor sein mag. Selyes Statement dazu:

> *„Wir können jetzt konkrete Beweise dafür liefen, daß große Freude die gleichen unspezifischen biochemischen Veränderungen im Körper hervorrufen kann wie intensiver Schmerz" (Selye, H., 1981, S. 99)*

Lu, Wei und Li (2021) verweisen darauf, dass das AAS-Konzept von Selye wesentlich weiter entwickelt wurde und interpretieren Stress als einen Zustand der herausgefordert wird. Ein spezifischer Stressor kann laut Postulat der Forscher*innen potenziell spezifischen lokalen Stress hervorrufen, während die Intensität von Stress ab einem bestimmten Wert die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren Achse aktiviert, und dies führt zu einer systematischen Stressreaktion. In Anlehnung an Selyes Postulat zu den zwei Stressarten beschreiben Lu et al. (2021) drei Arten von Stress. Sustress, bedeutet unzureichender Stress, Eustress bedeutet positiver Stress und Distress bedeutet schlechter Stress. Sustress und Distress können laut den Wissenschaftler*innen normale physiologische Funktionen beeinträchtigen und sogar zu pathologischen (krankhaften)

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Zuständen führen. Eustress hingegen könnte der Gesundheit zu Gute kommen, was durch die hormesisinduzierte Optimierung der Homöostase hervorgerufen wird (ebd.).

Auch wenn das Konzept von Hans Selyes diskutierbar und angreifbar erscheint, hat er die Stressforschung allgemein bekannt und zugänglich gemacht, die Diskussionen zum Thema aufrecht erhalten und gestützt und zudem einen wesentlichen Beitrag zum heutigen Verständnis zum Thema Stress und seine Folgen geleistet.

Im nächsten Abschnitt wird das transaktionale Stressmodell von Richard Lazarus näher beleuchtet.

14.2 Richard Lazarus Transaktionales Stressmodell

Der amerikanische Psychologie Richard Lazarus hat von Anbeginn seiner Karriere bis zu seinem Tode 2002 das Thema Stress beforscht. Ursprünglich war die nordamerikanische Forschung behavioristisch geprägt. Die Abkehr von der Modellvorstellung von einem passiv reagierenden Menschen hin zu einem planenden, selbständig handelnden und wahrnehmenden Menschen dauerte Jahrzehnte und wird in der Psychologie als „Kognitive Wende“ bezeichnet (Lück & Guski-Leinwand, 2014). Stress, Emotionen und Coping waren für Lazarus eng miteinander verknüpft. Wo Stress ist, sind auch Emotionen und umgekehrt (Lazarus, 1994; Lazarus & Averill, 1972). Mit Stress verbindet der Psychologe vor allem negative Emotionen wie Angst, Wut, Neid u.a. und bezeichnet diese auch als „Stressemotionen“. Seinem Postulat zufolge sind auch positive Gefühle mit Stressreaktionen verknüpft, da sie schließlich negative Gefühle erzeugen können. Lazarus beschreibt dies am Beispiel, wenn etwas Gutes geschieht, der Mensch sich freut, so kann diese positive Emotion dazu führen, dass der Mensch schnell Angst davor bekommt, das Gute, diesen positiven Zustand wieder zu verlieren. Das Individuum unternimmt nun Maßnahmen mit Hilfe der Coping Ressourcen um den glücklichen Zustand zu verhindern (Lazarus, 1999). Gemäß seinem transaktionalen Modell sind Stresssituationen komplexe Wechselwirkungsprozesse zwischen den Anforderungen der Umgebung und den Bewältigungsmöglichkeiten (Coping) des Individuums. Stress entsteht somit weniger durch bestimmte Ereignisse als vielmehr durch die Möglichkeiten des Einzelnen mit Stressfaktoren umzugehen (ebd.). Menschen sind negativem Druck ausgesetzt, damit werden sowohl die biologischen als auch die psychologischen

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

adaptiven Ressourcen aktiviert. Stress und die individuellen Emotionen wirken sich laut Lazarus auf die Wahrnehmung (Appraisal) der Transaktion mit der Umwelt aus. Der Psychologe unterscheidet zwischen „primary appraising“ und „secondary appraising“ (Lazarus, 2001). Im primary appraising wird vorerst entschieden, ob ein Vorkommnis relevant ist bezogen auf die eigenen Ziele, Werte, Überzeugungen über sich und die Welt. Wird bei der Abgleichung keine Gefahr für das eigene Wohlergehen erkannt, so wird durch dieses Geschehen keine Stressreaktion hervorgerufen. Wenn das Ergebnis aber als Gefahr bewertet wird, so entsteht Stress.

Dazu unterscheidet Lazarus drei Möglichkeiten für die Transaktion:

Harm/loss = dies bezieht sich auf einen bereits entstandenen Schaden

Threat = die Möglichkeit, dass in Zukunft ein Schaden entstehen könnte

Challenge= der Mensch sieht eine Herausforderung, ist kampfbereit und enthusiastisch (Lazarus, 1999, 2001).

Bei der Stressbewältigung (Coping) unterscheidet Lazarus zwischen problemorientertem coping, emotionalem coping sowie Copingstrategien, die mit Hilfe Dritter Personen zustande kommen (Lazarus & Folkman, 1987; Lazarus R. S., 1974). Laut Lazarus sei es aber durchaus schwierig die sekundäre Bewertung (secondary appraising) und Coping voneinander zu unterscheiden. Einerseits ist die sekundäre Bewertung keine aktive Bewältigung, aber es ist eine Phase der Abwägung von persönlichen Möglichkeiten, Informationen und Strategiefindung, was im weiteren Sinne auch als Coping bezeichnet werden könnte (ebd.). Erwähnenswerte Faktoren, welche die Möglichkeiten der Bewältigung (Coping-Strategien) beeinflussen, sind einerseits bewusste situative Einschränkungen, Optionen und Anforderungen, sowie die Entscheidung, ob es sich um eine challange, threat oder harm/loss handelt. Andererseits ist zudem entscheidend, ob eine Situation neu, ungewohnt, unberechenbar, berechenbar, eindeutig oder mehrdeutig ist und ob es sich um eine drohende Gefahr handelt, sowie die Dauer einer fordernden Situation (Lazarus, 1999, 2001). Im Übrigen sieht Lazarus das Coping als einen Prozess an, der sich im ständigen Wandel befindet und erwähnt diesbezüglich drei zentrale Themen:

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

1. Es gibt keine universell effektive oder ineffektive Copingstragie. Der Erfolg des Copings ist abhängig von der Person, Art der Situation, Stressphase und Art und Weise vom Resultat (ebd.).
2. Um eine Copingstrategie untersuchen und bewerten zu können, verlangt dies detaillierte Beschreibungen vom Handeln und Denken eines Individuums bezogen auf eine bestimmte Situation (ebd.).
3. Problemorientiertes Coping: Das Individuum sammelt Informationen um herauszufinden, was die beste Möglichkeit ist, das gestörte Verhältnis zwischen Individuum und Umgebung zu verändern. Dies kann einerseits dazu führen, dass die Person an sich selbst Änderungen vornimmt oder an der Umgebung. Und/oder emotionsorientiertes Coping: Hier wird nicht der Versuch unternommen eine Änderung an sich selbst oder der Umgebung vorzunehmen, sondern es wird vielmehr versucht die Emotionen, welche mit der stressreichen Begebenheit verbunden werden, zu regulieren. Beispielsweise mit Ablenkung, oder nicht über die Situation nachzudenken oder mit „reappraising“. Reappraising heißt: es wird der Versuch unternommen Gefühle, die mit einem bestimmten Ereignis verbunden werden umzuwandeln, um damit die Bedeutung zu verändern. Stress und Emotionen werden somit, bezogen auf die Umwelt, neu bewertet. Zum besseren Verständnis dafür wurde von Lazarus zudem der Begriff cognitive coping geprägt (Lazarus, 2001; Lazarus & Averill, 1972).

In der folgenden Abbildung 6 wird das transaktionale Stressmodell nach Lazarus mit den diversen Bewertungsmodi und Coping-Strategien zusammengefasst dargestellt.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

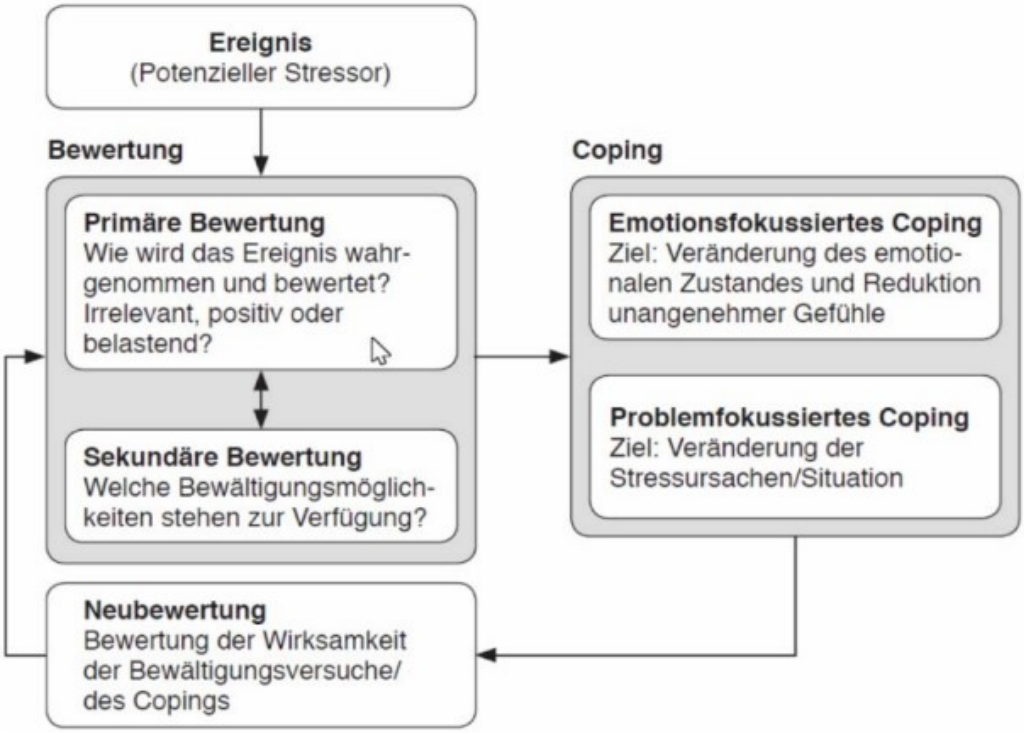


Abbildung 6: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus mit diversen Bewertungsprozessen und den Copingstrategien. (Quelle: Heinrichs, Stächele, Domes, 2015, S.25)

Im nachfolgenden Kapitel 14.3 folgt eine kurze Skizzierung zum Stressmodell nach McGrath.

14.3 Stressmodell McGrath

McGrath versteht Stress als einen vierstufigen geschlossenen Kreisprozess (Belschak, 2001). Ebenso wie Lazarus, geht McGrath davon aus, dass eine Stresssituation alleine nicht ausreicht um Stress zu produzieren. Insbesondere die Bewertung der Situation beeinflusst maßgeblich das Stressniveau. Stress entsteht erst dann, wenn eine Situation als ungünstig, unerwünscht oder bedrohlich eingestuft wird. Nach einem längeren Entscheidungsprozess entsteht die Reaktion darauf, welche eine neue Situation entstehen lässt, indem sich die betroffene Person der Situation entzieht oder versucht sie zu meistern. Dieser Entscheidungsprozess löst folgenden Kreislauf aus:

wahrnehmen – bewerten – entscheiden – ausführen – verändern

Die Person durchläuft diesen Kreislauf so oft, bis eine Situation entsteht, welche nicht mehr als bedrohlich wahrgenommen bzw. eingestuft wird (Belschak, 2001).

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Abbildung 7 stellt den vierstufigen Kreisprozess nach McGrath dar.

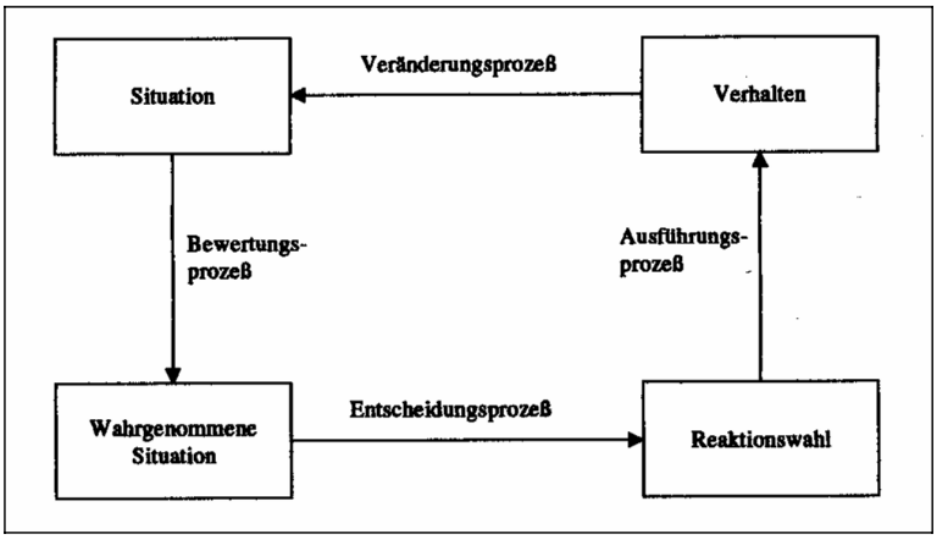


Abbildung 7: Vierstufiger Kreisprozess nach McGrath (1981, S.449)

15 Herzratenvariabilität (HRV) und Stress

Der chinesische Arzt Wang Shu-Ho hat schon in der späten Han Dynastie die Bedeutung der Herzratenvariabilität erkannt und dies in seinen Schriften, Mai Jing – The Knowledge of Pulse Diagnosis, festgehalten (Eller-Berndl, 2010, S. 10). Schon vor über 1700 Jahren beschrieb er nicht nur unterschiedliche Pulstypen, sondern erkannte auch, dass ein variabler Pulsschlag ein Zeichen von Gesundheit ist. Laut Aussage von Eller-Berndl (2010, S. 10) schreibt Wang Shu-Ho (180 – 270 n. Chr.): „Wenn das Herz so regelmäßig wie das Klopfen eines Spechtes oder das Tröpfeln des Regens auf dem Dach wird, wird der Patient innerhalb von vier Tagen sterben“ (ebd., S. 10).

Löllingen (1999) versteht die Herzratenvariabilität (HRV) als eine Messgröße der neurovegetativen Aktivität oder der autonomen Funktion des Herzens. Die HRV sind Schwankungen der Herzfrequenz von Herzschlag zu Herzschlag, welcher über einen kürzeren (ca. fünf Minuten) oder längeren (bis 24 Stunden) Zeitraum gemessen wird. Diverse Einflussgrößen bestimmen die HRV wie Alter, Geschlecht, Trainingszustand, Belastungen, Tageszeit, Medikamente und Atmung. Laut Eimer und Lindner (2005) werden die Herzfrequenz, die Herztätigkeit, sowie die Herzratenvariabilität durch einen physiologischen Regelkreis kontrolliert und angepasst, welcher vom Nervensystem

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

gesteuert wird. Das Zusammenspiel von Sympathikus und Parasympathikus ist die Basis für die HRV. Der Sympathikus mit seiner ergotropen Wirkung über die Hormone Acetylcholin und Noradrenalin. Bei Stress, Belastung und Angst wird dadurch eine entsprechend aktivierende Wirkung auf den Organismus ausgelöst, wodurch eine erhöhte Leistungsbereitschaft erreicht wird (Aumüller et al., 2014; Eller-Berndl, 2010, S. 10; Stefan Sammito et al., 2014). Der Sympathikus beschleunigt das Herz, demgegenüber mobilisiert der Parasympathikus die Verdauungsorgane und deren Durchblutung. Seine Wirkung wird als trophotrop bezeichnet und steht der Erneuerung der körpereigenen Reserven zur Verfügung. Dieser wird über den Nervus Vagus (10. Hirnnerv) reguliert, der in Ruhephasen aktiviert wird (Aumüller et al., 2014). Folglich dominiert gemäß Hierarchie der Einfluss des Nervus Vagus der obersten Stufe in sicherer Umgebung. Fühlt sich ein Individuum bedroht, greift es verstärkt auf primitivere Anteile des Autonomen Nervensystems zurück, welche einerseits sowohl das Verhalten als auch die HRV limitieren (ebd.). (Eigene Anmerkung: fight, flight und freeze Reaktionen).

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Wirkung von Sympahtikus und Parasympathikus (Vagus) auf diverse Organe und Gewebe.

Organ	Sympathikus	Parasympathikus
Koronargefäße	Dilatation	Konstriktion
Pupillen	Erweiterung	Verengung
Bronchien	Dilatation	Konstriktion
Speiseröhre	Erschlaffung	Kontraktion
Magen	Hemmung	Anregung
Dünn- und Dickdarm	Hemmung	Anregung
Leber	Glykogenolyse, Gluconeogenese	–
Blase	Harnretention, Hemmung des Detrusors, Erregung des Sphinkters	Harnentleerung, Anregung des Detrusors, Erschlaffung des Sphinkters
Genitalien	Vasokonstriktion	Vasodilatation und Erektion
Nebennieren	Anregung der Adrenalinsekretion	Hemmung der Adrenalinsekretion
Stoffwechsel	Steigerung der Dissimilation	Steigerung der Assimilation
Pankreas (Insulinsekretion)	Hemmung	Anregung
Schilddrüse (Sekretion)	Anregung	Hemmung

Abbildung 8: Wirkung von Sympathikus und Parasympathikus auf Organe und Gewebe. Quelle: Spektrum.de

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Die Wissenschaftler*innen Hottenrott, Hoos und Esperer (2006) konnten in ihren HRV-Trainingsforschungen nachweisen, dass sich durch einen entsprechenden körperlichen Akitiviäts- oder Trainingsstatus die efferente Vagusaktivität individuell signifikant verändert. Demzufolge korreliert das Ausmaß der körperlichen Aktivität invers positiv mit der efferenten Vagusaktivität und negativ mit der efferenten Sympathikusaktivität (ebd.; Mueller, 2007; Fraga et al., 2007). Sowohl bei Freizeit- als auch bei Leistungssportlern steigt laut den Erkenntnissen der Wissenschaftler*innen die Vagusregulation signifikant an (vgl. ebd.).

Die nachfolgende Abbildung 9 stellt den Sympathikus und Parasympathikus sowie deren Verbindung zu den Organen dar.

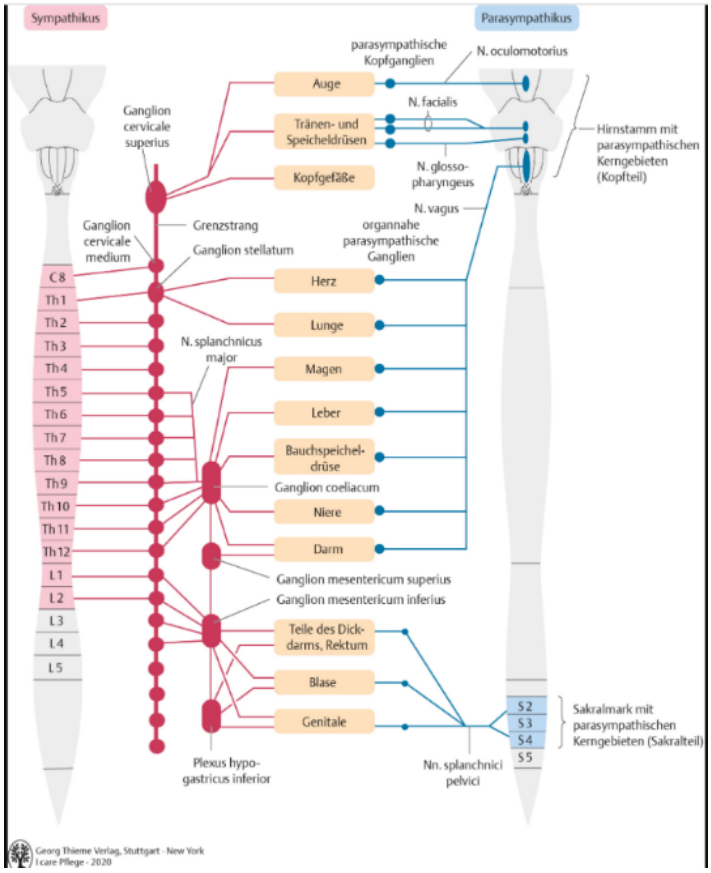


Abbildung 9: Sympathikus und Parasympathikus mit Organ- und Gewebeinnervation. (Quelle: Thieme Verlag, 2020)

In der folgenden Abbildung 10 wird die Herzratenvariabilität dargestellt. Die Erklärung zu Herzratenvariabilität von der Herstellerfirma der Sportuhr lautet (Garmin Ltd., 2022). Ist der sympathische Zweig (Sympathikus) aktiv, so steigt in der Norm die Herzfrequenz

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

und schlägt regelmäßig, das bedeutet, die Herzratenvariabilität (HRV) nimmt ab. Ist hingegen der parasympathische Zweig aktiv, das ist in Entspannungsphasen der Fall, so sinkt normalerweise die Herzfrequenz. Das Herz schlägt in jenem Rhythmus, wie es der Körper für seine Versorgung benötigt. Dies bedeutet, die HRV nimmt ab. Je unregelmäßiger die Herzratenvariabilität ist, desto gesünder ist der Körper, wie bereits in vorherigen Ausführungen erläutert:

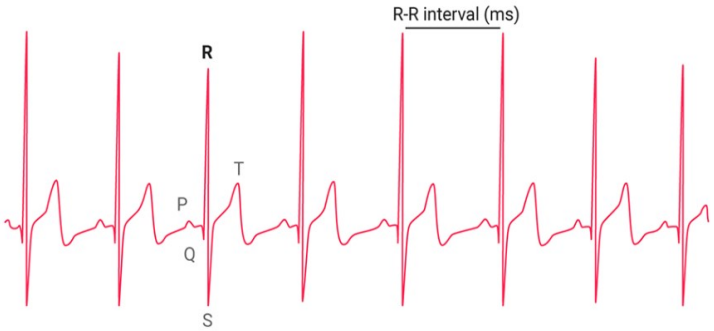


Abbildung 10: Herzratenvariabilität (Quelle: support.garmin.com)

Die nachfolgende Abbildung 11 zeigt die Einflussfaktoren auf die Herzratenvariabilität aus arbeitsmedizinischer Sicht laut Ausführungen der Forscher*innen Böckelmann und Sammito (2020, S. 274).

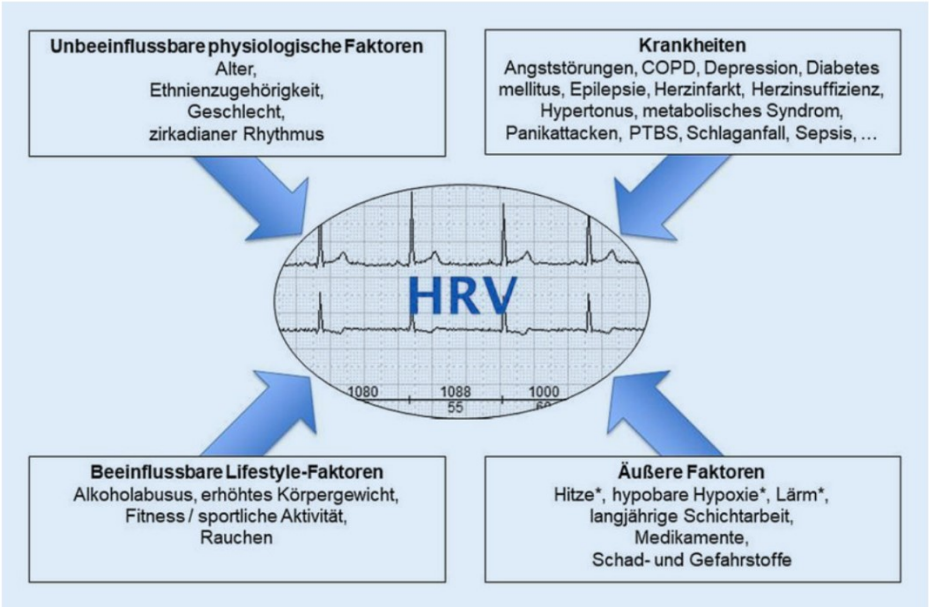


Abbildung 11: Einflussfaktoren auf die HRV aus arbeitsmedizinischer Sicht. (Quelle: Böckelmann, I.; Sammito,S. 2020, S.274)

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Die Forschungen von Thayer und Lane (2000) und Thayer, Hansen, Saus-Rose und Johnsen (2009) wiederum beziehen sich auf das Modell der „Neuroviszeralen Integration“. Dieses Konstrukt hat den Fokus vor allem auf das „zentrale autonome Netzwerk“, bekannt als CAN, gelegt und dies beschreibt eine Gruppe von komplex verschalteten Strukturen des Zentralen Nervensystems (ZNS), bestehend aus Großhirn, Zwischenhirn und Hirnstamm. Das CAN reguliert Kognition, Emotion, Aufmerksamkeit und ist zudem an autonomen Funktionen beteiligt und Teil eines Kontrollsystems zwischen Gehirn und Peripherie. Laut den Erkenntnissen der Wissenschaftler*innen macht dieses Netzwerk ein zielgerichtetes und adäquates Verhalten möglich. Wiederum ist das Ergebnis der Verarbeitungsprozesse ein Zusammenspiel von Sympathikus und Parasympathikus an viszeralen Erfolgsorganen wie beispielsweise am Herzen, oder am Dickdarm. Diverse Neuroimaging-Studien bewiesen eine direkte Verbindung zwischen CAN-Prozessen und der HRV (vgl. ebd.).

16 Informationen zu Stresslevel laut Herstellerfirma der Sportuhren

Das Stressniveau, wie es vom Hersteller der Garmin Sportuhren Vivoactive 4 S, welche bei der vorliegenden Arbeit zum Einsatz gekommen sind, dargestellt und verstanden werden soll, ist noch ein wichtiges Detail um Stress in der vorliegenden Arbeit überhaupt definieren zu können. Der Uhrenhersteller empfiehlt, dass die Uhr Tag und Nacht getragen wird um genauere Ergebnisse zu erhalten. Das Stresslevel wird im Laufe des Tages aufgezeichnet. Werte zwischen 0 und 25 repräsentieren einen Ruhezustand. Werte zwischen 26 und 50 bilden einen niedrigen Stresslevel ab und Werte zwischen 51 bis 75 kennzeichnen einen mittleren Stresswert und schließlich deuten Werte zwischen 76 bis 100 auf ein hohes Stressniveau hin. Hinweis des Herstellers: „Berechnungen zu Stress und Erholung werden von Firstbeat Technologies, Ltd. bereitgestellt und unterstützt (connect.garmin.com).

Die Herstellerfirma Garmin beschreibt die Bezeichnung „Aktiv“ in der Connect App als einen physischen Zustand, bei dem der Energieverbrauch deutlich höher ist als im Ruhezustand. Nichtgemessene Zeiträume sind Zeiten, für die keine detaillierten Herzfrequenzdaten zur Verfügung stehen. Dies kann vor allem dann der Fall sein, wenn jemand die Hände sehr viel bewegt, oder eine kurze Zeit nach dem Aufwachen, nach

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

einem Powernap und auch Erholungsmomente nach dem Training können als „nichtgemessene Zeiträume“ dargestellt werden.

17 Untersuchungsgegenstand, Fragestellungen und Hypothesen

Im Folgenden wird auf den Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Studie, die Fragestellungen und die Hypothesen näher eingegangen.

17.1 Untersuchungsgegenstand und Fragestellungen

Die vorliegende Untersuchung widmet sich dem Thema Interaktionen im therapeutischen Setting auf Basis des Fünf Faktoren Modells zur Erfassung der Persönlichkeit der Therapeut*innen und Klient*innen und dem Situational Eight Diamonds S8* zur Erfassung des Zusammenhangs von Persönlichkeit und Situation der Therapeut*innen. Zudem wird das Monitoring des Stresslevels mittels einer Sportuhr vorgenommen. Diverse Erkenntnisse von Forschern und Forscher*innen im Bereich der Persönlichkeitspsychologie, bezogen auf die in dieser Studie angewendeten Modelle und Erkenntnisse aus der Stressforschung, sowie das Thema Interaktionismus wurden als Grundlage zu einem besseren Verständnis in den einzelnen Themenfeldern in den vorangegangenen Kapiteln erörtert. Die Forschungsfragen lauten:

- Gibt es einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Lebenssituation? Diese Frage soll zum einen mit dem Questionär Situational Eight Diamonds S8* mit 24 Items (Rauthmann & Sherman, 2016) und zum anderen mit dem BFI-10 Fragebogen mit 10 Items (Rammstedt, B. et al., 2014) beantwortet werden.
- Beeinflussen die Klient*innen mit ihren Themen das Stressniveau der Therapeut*innen? Diese Frage soll auf Basis der bereits erwähnten Fragebogenerhebung und mit dem gleichzeitigen Tragen einer Sportuhr während der Arbeit mit Klient*innen zur Erfassung des Stressniveaus, sowie mit handschriftlichen Notizen beantwortet werden.
- Die letzte Frage, gibt es spezifische Faktoren, welche eine signifikante Veränderung des Stressniveaus hervorrufen? Soll auf gleicher Grundlage und den zusätzlichen Notizen statistisch exploriert werden.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

17.2 Hypothesen

Frage 1:

H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Lebenssituation.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Lebenssituation.

Frage 2:

H0: Die Themen der Klient*innen beeinflussen das Stressniveau der Therapeut*innen nicht.

H1: Die Themen der Klient*innen beeinflussen das Stressniveau der Therapeut*innen.

Frage 3:

H0: Es gibt keine spezifischen Faktoren, welche eine signifikante Veränderung des Stressniveaus hervorrufen.

H1: Es gibt spezifische Faktoren, welche eine signifikante Veränderung des Stressniveaus hervorrufen.

18 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel werden die Forschungsmethode sowie die Durchführung der Studie im Detail beschrieben.

18.1 Studiendesign und Setting

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um ein Querschnittdesign. Die Datenerhebung wird nur einmalig vorgenommen und erstreckt sich auf einen bestimmten Zeitpunkt oder einer kurzen Zeitspanne. Nachdem die Entscheidung für das Thema und die Fragestellungen, sowie die daraus resultierenden Hypothesen zu der vorliegenden Arbeit gefallen ist, wurde das Handout für Therapeut*innen entwickelt, welches dem Anhang beigefügt wird. Im Handout wurde jeder einzelne Arbeitsschritt für die Therapeut*innen im Detail beschrieben. Das Handling mit der Garmin Sportuhr Vivoactive 4 S und die Datenübertragung auf das Smartphone wurden neben der Beschreibung auch bildlich dargestellt, um möglichst Fehlerquellen und Unsicherheiten zu vermeiden. Im Anschluss daran wurde eine Vorauswahl an möglichen Therapeut*innen getroffen. Das Handout erging an unten angeführte Berufsgruppen. Die

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

potentiellen Therapeut*innen wurden mittels Email kontaktiert und nach ein paar Tagen, wenn keine Rückantwort eingetroffen ist, zusätzlich telefonisch angesprochen:

- Psycholog*innen
- Psychotherapeut*innen
- Physiotherapeut*innen
- Osteopath*innen
- Ergotherapeut*innen
- Mototherapeut*innen
- Logotherapeut*innen
- Pädagogische Therapeut*innen
- Masseur*innen
- Sozialarbeiter*innen
- Mentaltrainer*innen
- Mediator*innen
- Trainer*innen am WIFI und BFI

Die Vorauswahl an Therapeutinnen und Therapeuten wurde auf einen Umkreis von 100 km eingegrenzt. Der Weg zur Post bzw. das Versenden der Unterlagen inkl. technischem Equipment wäre eine zusätzliche Aufgabe für die Therapeut*innen gewesen. Dies hätte im worst case eine zusätzliche Zeitverzögerung bedeuten können. Die Studie sollte innerhalb von vier Monaten abgeschlossen sein.

Für jede der vor erwähnten Berufsgruppen wurde eine Schlüsselperson gesucht. Diese sollte weitere potentielle Teilnehmer*innen aus ihrem Berufsfeld aktiv ansprechen und Kolleg*innen zu einer möglichen Beteiligung an der Studie motivieren. Die Überlegung war, dass es einfacher oder leichter sein könnte, an Studienteilnehmer*innen zu kommen. Leider haben Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen am wenigsten Bereitschaft gezeigt mitzumachen. Eine Teilnehmerin, die selbst Psychologin und Psychotherapeutin ist, hat dies darin begründet, dass eine Form der Angst mitspielen könnte und führte weiter aus: „Manche Therapeut*innen fürchten wohl, dass ein hohes Stresslevel als „Unzulänglichkeit“ interpretiert werden könnte, oder dies als unprofessionell dargestellt werden könnte“.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Schließlich haben sich 24 Teilnehmer*innen bereiterklärt an der Studie mitzumachen. Das Handout wurde anschließend gemeinsam mit dem technischen Equipment persönlich an die Therapeut*innen übergeben. Jeder einzelne Schritt wurde nochmals im Detail besprochen und Fragen beantwortet, sowie der Umgang mit der Technik demonstriert. Nachdem Smartphone und Sportuhr nur für jeweils zwei Teilnehmer*innen gleichzeitig zur Verfügung standen, musste ein genauer Zeitplan erstellt und eingehalten werden.

Die Therapeut*innen mussten die Garmin Sportuhr Vivoactive 4 S bereits ca. 6 Stunden bis 1 Tag vor Studienbeginn tragen, sodass ein Rückschluss auf ein Grundstressmuster geschlossen werden kann. Die Uhr und das Smartphone wurde immer voll aufgeladen und vorab überprüft, ob alles noch funktionstüchtig ist, an eine/n Teilnehmer*in übergeben.

Der 24. Teilnehmer hat leider keine Daten geschickt und er war auch nicht mehr weder telefonisch noch per Email erreichbar. Somit kommen 23 Therapeut*innen zur Auswertung. Es musste einige Male noch interveniert werden, da Therapeut*innen beispielsweise die Einschätzung der Persönlichkeit von ihren Patient*innen vergessen hatten beizulegen, oder vergessen hatten die Fragebögen I BFI - 10 für Therapeut*innen und/oder den Fragebogen II Situational Eight Diamonds S8* auszufüllen. Zudem mussten die Teilnehmer*innen meist daran erinnert werden die Daten inkl. technischem Equipment zu retournieren, was die anfängliche Befürchtung bestätigt hat, dass der Rücklauf per Post problembehaftet sein könnte.

19 Durchführung der Studie

Nachdem das Handout für Therapeut*innen sowie das technische Equipment an die Therapeut*innen übergeben und nochmals besprochen wurde, waren die Teilnehmer*innen angehalten, wie bereits erwähnt, die Uhr im besten Fall für 23 Stunden täglich zu tragen. Eine Stunde wurde für das Aufladen der Batterien eingerechnet, da während des Ladevorganges die Uhr nicht am Handgelenk getragen werden konnte. Die Batterien mussten täglich neu aufgeladen werden um ein Ausfallsrisiko der Technik zu vermeiden. Der Ladevorgang soll frühestens 2 Stunden nach Ende der Arbeit gestartet werden, um ein gut erkennbares Basisstressmuster zu gewährleisten.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Die Fragebögen, die in dieser Arbeit zur Anwendung gekommen sind, wurden bereits in den Kapiteln 11 sowie im Kapitel 12 detailliert beschrieben. Das Ausfüllen des Fragebogens für Therapeut*innen Fragebogen I (BFI-10) und Fragebogen II (Situational Eight Diamonds S8*) konnte schon am Abend vor dem Start der Studie gemacht werden. Bevor der Questionär S8* ausgefüllt wurde, mussten die Therapeuten und Therapeutinnen an ihre derzeitige Lebenssituation denken und erst dann die Fragen beantworten. Zusätzliche Daten wie Name, dieser wurde bereits von den Therapeut*innen codiert (wie unten beschrieben), Alter, Geschlecht, Art der Therapie oder Behandlung, sowie Datum und Uhrzeit mussten zusätzlich erfasst werden. Ein Vermerk auf dem Blatt Notizen ab wann die Uhr getragen wurde, soll außerdem an das dauernde Tragen der Sportuhr erinnern. Diese wurde so programmiert, dass sie auf der rechten Hand getragen werden soll. Der Grund dafür war, dass beim Pretest zwei Therapeut*innen bemerkten, dass sie ihre eigene Uhr tragen wollen, weil das für sie so gewohnt ist und sie auf diese nicht verzichten wollten. Somit war es für die Therapeut*innen möglich, zusätzlich ihre persönliche Uhr zu tragen. Zudem sollte die Teilnahme an der Studie ihren gewöhnlichen Alltag nicht zu sehr beeinflussen bzw. stören. Die Namen der Therapeut*innen sowie Klient*innen wurde von den Therapeut*innen wie folgt codiert. Für Therapeut*innen = T + dritter und vierter Buchstabe des Vornamens + Summe der Buchstaben im Nachnamen. Weitere Arbeitsroutine wie ihr gewohnter Tagesablauf war.

20 Statistisches Auswertungsverfahren

Die Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS, Version 27.0. Vor der Durchführung der statistischen Analyse wurden die Daten in eine Excel-Datenmaske eingetragen, aufbereitet und in SPSS importiert. Nach der Kodierung der Daten wurde eine Plausibilitätskontrolle durchgeführt sowie die Skalenwerte berechnet, die für die weiteren Analysen notwendig waren.

Für die deskriptive Darstellung der Ergebnisse wurden die wichtigsten Kennwerte wie Mittelwert, Standardabweichung, Minimum und Maximum tabellarisch und grafisch dargestellt und beschrieben. Anschließend wurden die Fragestellungen und Hypothesen mit den geeigneten statistischen Verfahren untersucht.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Für die Unterschiedshypothesen wurden einfache Varianzanalysen sowie t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet, für Zusammenhangshypothesen wurden Korrelationen und Regressionsanalysen herangezogen.

21 Darstellung der Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Berechnungen dargestellt und beschrieben.

21.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt haben 23 Therapeut*innen, welche in Summe 173 Klient*innen/Patient*innen behandelt haben, an der Untersuchung teilgenommen. Von den 23 Therapeut*innen sind 19 Frauen (= 82,6 %) und vier Männer (= 17,4 %). Bei den Klient*innen/Patient*innen sind 123 weiblich (= 71,1 %) und 50 männlich (= 28,9 %).

Das Durchschnittsalter der teilnehmenden Therapeut*innen beträgt 46,8 Jahre und schwankt zwischen 23 und 65 Jahren. Die Verteilung nach Altersgruppe und Geschlecht ist in der folgenden Tabelle dargestellt. Auf Grund der geringen Anzahl an männlichen Therapeuten ist ein Vergleich jedoch nicht sinnvoll möglich.

*Tabelle 1: Therapeut*innen nach Altersgruppe und Geschlecht*

	weiblich		**männlich**		**Gesamt**	
Altersgruppe	n	in %	n	in %	**n**	**in %**
30 bis unter 40	2	10,5	0	0,0	**2**	**8,7**
40 bis unter 50	2	10,5	1	25,0	**3**	**13,0**
50 bis unter 60	6	31,6	1	25,0	**7**	**30,4**
60 bis unter 70	8	42,1	1	25,0	**9**	**39,1**
70 und älter	1	5,3	1	25,0	**2**	**8,7**
Gesamt	**19**	**100,0**	**4**	**100,0**	**23**	**100,0**

Bei den Klient*innen/Patient*innen beträgt das Durchschnittsalter 38,8 Jahre, es schwankt zwischen vier und 98 Jahren. Die Verteilung nach Altersgruppe und Geschlecht ist in der folgenden Tabelle ersichtlich. Bei den weiblichen Klientinnen/Patientinnen sind

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

die höheren Altersgruppen stärker besetzt, die männlichen Klienten/Patienten sind vor allem bei den unter 30-Jährigen überproportional stark vertreten. Unter zehnjährige (10-jährige) weibliche Personen N=11 und männliche Personen N=9, das sind gesamt N=20. Die zehn- (10) bis zwanzigjährigen (20-jährigen) Personen setzen sich aus N= 16 weibliche und N=13 männliche, ergibt in Summe N=29. Die zwanzig (20) bis unter 30-jährigen (30-jährigen) Personen waren mit N=12 weibliche und N=8 männliche, in Summe N=20 Personen vertreten. Bei den dreißig (30) bis unter Vierzigjährigen (40-Jährige) zeigt sich eine Verteilung von N=11 weibliche und N=6 männliche, insgesamt N= 17. Vierzig (40) bis unter Fünfzigjährige (50-Jährige) waren mit N=23 weiblich und N=6 männlich, in Summe N=29 vertreten. In der Altersgruppe der Fünfzigjährigen (50-Jährigen) bis unter Sechzigjährigen wurden N=18 weibliche und N=2 männliche Personen, in Summe N=20 Personen behandelt. Die Verteilung der Sechzig- (60) bis unter Siebzigjährigen (70-Jährigen) zeigt eine Struktur von N=15 weibliche und N=4 männliche, in Summe N=19 Personen. Personen ab siebzig (70) Jahren und älter waren mit N=17 weibliche und N=2 männliche, insgesamt N=19 Personen vertreten.

*Tabelle 2: Klient*innen/Patient*innen nach Altersgruppe und Geschlecht*

	weiblich		**männlich**		**Gesamt**	
Altersgruppe	n	in %	n	in %	**n**	**in %**
unter 10 Jahre	11	8,9	9	18,0	**20**	**11,6**
10 bis unter 20	16	13,0	13	26,0	**29**	**16,8**
20 bis unter 30	12	9,8	8	16,0	**20**	**11,6**
30 bis unter 40	11	8,9	6	12,0	**17**	**9,8**
40 bis unter 50	23	18,7	6	12,0	**29**	**16,8**
50 bis unter 60	18	14,6	2	4,0	**20**	**11,6**
60 bis unter 70	15	12,2	4	8,0	**19**	**11,0**
70 und älter	17	13,8	2	4,0	**19**	**11,0**
Gesamt	**123**	**100,0**	**50**	**100,0**	**173**	**100,0**

In der nachfolgenden Tabelle ist die Verteilung der Diagnosen dargestellt. 42 Prozent sind auf Grund einer physischen Beschwerde in Behandlung, bei 32 Prozent ist ein

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

psychisches Problem die Ursache und bei 26 Prozent wurde ein pädagogisches Training durchgeführt.

Die weiblichen Klientinnen/Patientinnen erreichen ihren höchsten Anteil bei physischen Themen, auch bei psychischen Diagnosen liegt der Anteil über jenem der männlichen Personen, die bei der pädagogischen Beratung überproportional oft vertreten sind. Weibliche Klientinnen/Patientinnen mit physischen Problemen haben N=56, mit psychischen Problemen N=42, sowie mit pädagogischen Problemen N=25. Gesamt weibliche Klient*innen/Patient*innen N=123. Männliche Studienteilnehmer mit physischen Problemen N=16, psychischen Problemen N=14 und mit pädagogischen Themen N=20. Gesamtsumme männliche Teilnehmer N=50.

*Tabelle 3: Klient*innen/Patient*innen nach Geschlecht und Diagnose*

	Diagnose					
	physisch		*psychisch*		*pädag. Beratung*	
Geschlecht	n	in %	n	in %	n	in %
weiblich	56	45,5	42	34,1	25	20,3
männlich	16	32,0	14	28,0	20	40,0
Gesamt	**72**	**41,6**	**56**	**32,4**	**45**	**26,0**

Bei der Verteilung nach Altersgruppe für die einzelnen Themenbereiche ergeben sich deutliche Unterschiede. Während bei physischen Diagnosen vor allem über 40-jährige Personen vertreten sind, ist bei der pädagogischen Beratung der Anteil bei den unter 30-jährigen überproportional hoch. Bei psychischen Diagnosen verteilen sich die Werte relativ gleichmäßig auf die einzelnen Altersgruppen. Bei der Altersgruppe der unter zehnjährigen (10-jährigen) zeigen N=12 physische Diagnosen, N=8 pädagogische Themen und N=0 mit psychischen Themen. Die zehn- (10) bis unter zwanzigjährigen (20-jährigen) Personen weisen N=1 physische Themen, N=6 psychische Diagnosen und N=22 pädagogische Themen auf. Die zwanzig- (20) bis unter dreißigjährigen (30-jährigen) Personen werden N=5 mit physischen Diagnosen behandelt, N=8 mit psychischen und N=7 mit pädagogischen Themen. Die dreißig- bis unter vierzigjährigen Personen wurden N=5 wegen physischer Themen behandelt, N=10 hatten psychische

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Themen und N=2 wiesen pädagogischer Probleme auf. Personen von 40 Jahren bis unter 50 Jahren hatten N=12 physische Probleme, N=13 psychische und N=4 pädagogische Probleme. Bei Personen von fünfzig (50) Jahren bis unter sechzig (60) Jahren zeigten sich bei N=7 physische Probleme, N=11 psychische und N=2 pädagogische Probleme. Bei den sechzig (60) bis unter siebzig (70)-jährigen hatten N=14 physische, N=5 psychische und N=0 pädagogische Probleme. Personen ab siebzig (70) Jahren und älter hatten N=16 physische Themen, N=3 psychische Themen und N=0 pädagogische Themen.

Tabelle 4: Patient*innen nach Altersgruppe und Diagnose

	Diagnose					
	physisch		*psychisch*		*pädag. Beratung*	
Altersgruppe	n	in %	n	in %	n	in %
unter 10 Jahre	12	16,7	0	0,0	8	17,8
10 bis unter 20	1	1,4	6	10,7	22	48,9
20 bis unter 30	5	6,9	8	14,3	7	15,6
30 bis unter 40	5	6,9	10	17,9	2	4,4
40 bis unter 50	12	16,7	13	23,2	4	8,9
50 bis unter 60	7	9,7	11	19,6	2	4,4
60 bis unter 70	14	19,4	5	8,9	0	0,0
70 und älter	16	22,2	3	5,4	0	0,0
Gesamt	**72**	**100,0**	**56**	**100,0**	**45**	**100,0**

21.2 Deskriptive Auswertung

Das Ziel der deskriptiven Statistik ist es, empirische Daten durch Kennzahlen, Tabellen und Grafiken übersichtlich darzustellen. In der folgenden Tabelle 5 ist die Verteilung der Antworten auf die zehn Items des BFI-10 zusammengefasst.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Tabelle 5: Antwortverteilung der Aussagen des BFI-10

BFI-10	*trifft über-haupt nicht zu*		*trifft eher nicht zu*		*weder noch*		*eher zutreffend*		*trifft voll und ganz zu*	
	abs	in %	abs	in %	abs	in %	abs	in %	abs	in %
bin eher zurückhaltend	42	21,4	66	33,7	16	8,2	56	28,6	16	8,2
schenke anderen leicht Vertrauen	8	4,1	52	26,5	40	20,4	83	42,3	13	6,6
bin bequem, neige zur Faulheit	70	35,7	51	26,0	25	12,8	34	17,3	16	8,2
bin entspannt	27	13,8	70	35,7	20	10,2	63	32,1	16	8,2
wenig künstlerisches Interesse	39	19,9	57	29,1	40	20,4	43	21,9	17	8,7
bin gesellig	21	10,7	46	23,5	33	16,8	68	34,7	28	14,3
neige dazu, andere zu kritisieren	29	14,8	64	32,7	46	23,5	38	19,4	19	9,7
erledige Aufgaben gründlich	6	3,1	16	8,2	16	8,2	88	44,9	70	35,7
werde leicht nervös	16	8,2	66	33,7	29	14,8	54	27,6	31	15,8
bin fantasievoll	5	2,6	38	19,4	33	16,8	64	32,7	56	28,6

Aus den zehn Aussagen wurden die Werte für die fünf Persönlichkeitsfaktoren berechnet Die wichtigsten deskriptiven Kennwerte für die fünf Faktoren sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst. Den höchsten Durchschnittswert (mean, M) weist die Skala Gewissenhaftigkeit, den geringsten Durchschnittswert die Skala Neurotizismus auf. Extraversion M=3,25, Neurotizismus M=3,12, Offenheit M=3,47, Gewissenhaftigkeit M=3,83 und Verträglichkeit M=3,22.

Tabelle 6: Kennwerte für die fünf Persönlichkeitsfaktoren

Skala	**n**	**mean**	**sd**	**min**	**max**
Extraversion	196	3,25	1,12	1	5
Neurotizismus	196	3,12	1,08	1	5
Offenheit	196	3,47	1,05	1	5
Gewissenhaftigkeit	196	3,83	0,96	1	5
Verträglichkeit	196	3,22	0,91	1	5

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

In den folgenden beiden Tabellen sind die Persönlichkeitsfaktoren für Therapeut*innen und Patient*innen getrennt angeführt. Bei den Therapeut*innen sind Durchschnittswerte bei allen Skalen höher als bei den Patient*innen. Nur für die Skala Neurotizismus ist das Gegenteil der Fall. Folgende Durchschnittwerte weisen die Therapeut*innen auf: Extraversion = 3,46, Neurotizismus = 2,61, Offenheit = 3,74, Gewissenhaftigkeit = 4,11 und Verträglichkeit = 3,54.

*Tabelle 7: Kennwerte für die fünf Persönlichkeitsfaktoren, Therapeut*innen*

Skala	**n**	**mean**	**sd**	**min**	**max**
Extraversion	23	3,46	0,88	2	5
Neurotizismus	23	2,61	0,78	1,5	5
Offenheit	23	3,74	0,78	2,5	5
Gewissenhaftigkeit	23	4,11	0,67	3	5
Verträglichkeit	23	3,54	0,78	2	4,5

Im Vergleich zu den Therapeut*innen weisen die Klient*innen/Patient*innen bei den Persönlichkeitsfaktoren Durchschnittswerte bei Extraversion M = 3,22, Neurotizismus M = 3,19, Offenheit M = 3,44, Gewissenhaftigkeit M = 3,79 und Verträglichkeit M = 3,18 auf. Dieses Ergebnis zeigt höhere Neurotizismuswerte bei Klient*innen/Patient*innen im Vergleich zu den Therapeut*innen.

*Tabelle 8: Kennwerte für die fünf Persönlichkeitsfaktoren, Klient*innen/Patient*innen*

Skala	**n**	**mean**	**sd**	**min**	**max**
Extraversion	173	3,22	1,15	1	5
Neurotizismus	173	3,19	1,10	1	5
Offenheit	173	3,44	1,08	1	5
Gewissenhaftigkeit	173	3,79	0,99	1	5
Verträglichkeit	173	3,18	0,92	1	5

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Für die verschiedenen Dimensionen des Situational Eight Diamonds S8* zur Beurteilung der derzeitigen Lebenssituation der Therapeut*innen werden die Antwortverteilungen in einer Tabelle zusammengefasst. Für die Dimensionen Duty und Intellect gibt es für die einzelnen Aussagen überwiegend sehr hohe Zustimmung, für die Dimensionen Adversity und Mating ist das in sehr viel geringerem Ausmaß der Fall. Auch für die vier Dimensionen Positivity, Negativity, Deception und Sociality unterscheiden sich die Antwortverteilungen für die einzelnen Skalen zum Teil sehr deutlich. Am höchsten ist die Zustimmung zu den Aussagen der Skalen Positivity (blau) und Sociality (blau), etwas geringer sind sie für die Dimension Negativitiy (grün), deutlich geringer sind sie für die Dimension Deception (orange). Dies führt zu der Annahme, dass Therapeutinnen und Therapeuten eher eine positive und soziale und weniger eine negative Grundhaltung einnehmen und sich in seltenen Fällen getäuscht fühlen oder andere Menschen täuschen wollen.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

*Tabelle 9: Antwortverteilung der Eigenschaften des Situational Eight Diamonds S8**

S8*	*über-haupt nicht*		*2*		*3*		*teils-teils*		*5*		*6*		*völlig*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Duty														
eine Arbeit muss erledigt werden	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	6,1	20	10,2	59	30,1	105	53,6
Aufgabeorient. Denken notwendig	0	0,0	21	10,7	0	0,0	0	0,0	47	24,0	49	25,0	79	40,3
Ich muss meine Pflicht erfüllen	0	0,0	0	0,0	12	6,1	30	15,3	26	13,3	98	50,0	30	15,3
Intellect														
Situation enthält intellektuelle Anreize	0	0,0	8	4,1	18	9,2	21	10,7	30	15,3	63	32,1	56	28,6
Möglichkeit intell. Fähigkeiten zu demonstrieren	0	0,0	20	10,2	9	4,6	45	23,0	32	16,3	68	34,7	22	11,2
Informationen müssen tiefgründig bearbeitet werden	0	0,0	10	5,1	0	0,0	63	32,1	40	20,4	67	34,2	16	8,2
Adversity														
Ich werde kritisiert.	38	19,4	48	24,5	43	21,9	48	24,5	19	9,7	0	0,0	0	0,0
Ich werde für etwas beschuldigt.	74	37,8	56	28,6	60	30,6	0	0,0	6	3,1	0	0,0	0	0,0
Ich werde durch etwas bedroht.	135	68,9	25	12,8	14	7,1	10	5,1	12	6,1	0	0,0	0	0,0
Mating														
potentielle Partner sind anwesend	62	31,6	0	0,0	10	5,1	24	12,2	16	8,2	27	13,8	57	29,1
physische Attraktivität ist relevant	45	23,0	0	0,0	10	5,1	38	19,4	28	14,3	60	30,6	15	7,7
Situation ist sexuell aufgeladen	62	31,6	22	11,2	23	11,7	33	16,8	44	22,4	12	6,1	0	0,0
Positivity														
Situation ist erfreulich	8	4,1	0	0,0	0	0,0	9	4,6	89	45,4	79	40,3	11	5,6
Situation ist verspielt	6	3,1	27	13,8	44	22,4	28	14,3	38	19,4	36	18,4	17	8,7
Situation ist fröhlich	6	3,1	18	9,2	14	7,1	77	39,3	32	16,3	41	20,9	8	4,1
Negativity														
Situation könnte Stress auslösen	0	0,0	9	4,6	19	9,7	57	29,1	10	5,1	77	39,3	24	12,2
Situation könnte Gefühle der Anspannung auslösen	0	0,0	17	8,7	15	7,7	51	26,0	42	21,4	59	30,1	12	6,1
Situation bringt Frustration mit sich	14	7,1	33	16,8	50	25,5	39	19,9	60	30,6	0	0,0	0	0,0
Deception														
möglich, jemanden zu täuschen	77	39,3	43	21,9	25	12,8	27	13,8	8	4,1	0	0,0	16	8,2
jemand könnte betrügerisch sein	55	28,1	72	36,7	30	15,3	17	8,7	0	0,0	22	11,2	0	0,0
möglich, nicht ehrlich mit Anderen umzugehen	88	44,9	62	31,6	21	10,7	9	4,6	0	0,0	10	5,1	6	3,1
Sociality														
enge persönliche Beziehungen sind wichtig	8	4,1	11	5,6	0	0,0	20	10,2	33	16,8	74	37,8	50	25,5
andere Leute zeigen kommunikative Signale	0	0,0	0	0,0	21	10,7	30	15,3	52	26,5	64	32,7	29	14,8
Kommunikation mit anderen Menschen ist wichtig	0	0,0	0	0,0	11	5,6	19	9,7	6	3,1	85	43,4	75	38,3

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Neben den Persönlichkeitseigenschaften und der Lebenssituation wurde das Stressniveau (SN) der Therapeut*innen im Tagesschnitt, sowie zu vier Zeitpunkten während der Sitzung eingetragen. Das bedeutet: Das Stressniveau wurde, wie bereits erwähnt, während des ganzen Arbeitstages mit Hilfe der Sportuhr, welche die Therapeut*innen auf der rechten Hand trugen, auf Basis der HRV aufgezeichnet. Während einer Sitzung werden immer wieder Stressdaten aufgezeichnet. Davon wurden vier (4) signifikante Stressdaten dokumentiert und zur Auswertung herangezogen. Zudem wurde für jede Therapeutin, jeden Therapeuten das durchschnittliche Stressniveau im Laufe eines Tages dokumentiert. In der folgenden Abbildung ist das durchschnittliche Stressniveau über den gesamten Tag dargestellt. In Kapitel 16 ist die Bedeutung der Stresswerte laut Herstellerfirma der Sportuhr im Detail beschrieben. Stresswerte zwischen 0 und 25 = Ruhezustand. Stresswerte zwischen 26 und 50 = niedriges Stressniveau. Stresswerte zwischen 51 bis 75 = mittleres Stressniveau. Stresswerte zwischen 76 bis 100 = hohes Stressniveau.

Der Großteil der Werte der Therapeut*innen weist ein niedriges Stressniveau auf, welches unter 50 liegt. Rund zehn Prozent der Tagesdurchschnittswerte liegen über diesem Niveau. SN < 10 = 0; SN 10 bis < 20 = 17 (9,8%); SN 20 bis <30 = 39 (22,4%); SN 30 bis <40 = 45 (25,9%); SN 40 bis < 50 = 55 (31,6%); SN 50 bis<60 = 15 (8,6%); SN 60 bis < 70 = 0; SN 70 bis <80 = 3 (1,7%); SN > 80 = 0.

Tabelle 10: Stressniveau im Tagesdurchschnitt

Stressniveau	**absolut**	**in %**
unter 10	0	0,0
10 bis unter 20	17	9,8
20 bis unter 30	39	22,4
30 bis unter 40	45	25,9
40 bis unter 50	55	31,6
50 bis unter 60	15	8,6
60 bis unter 70	0	0,0
70 bis unter 80	3	1,7
80 bis unter 90	0	0,0
über 90	0	0,0

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Am Beginn der therapeutischen Sitzung liegt das durchschnittliche Stressniveau deutlich über dem Tagesdurchschnitt. Rund die Hälfte der Therapeut*innen weist ein Niveau von über 50 auf, allerdings gibt es auch noch sehr viele Sitzungen wo das Stressniveau als niedrig bezeichnet werden kann. SN < 10 = 2 (1,2%); SN 10 bis < 20 = 11 (6,4%); SN 20 bis < 30 = 27 (15,7%); SN 30 bis < 40 = 30 (17,4%); SN 40 bis < 50 = 23 (13,4%); SN 50 bis < 60 = 22 (12,8%); SN 60 bis < 70 = 15 (8,7%); SN 70 bis < 80 = 18 (10,5%); SN 80 bis < 90 = 14 (8,1%) und SN > 90 = 10 (5,8%).

Tabelle 11: Stressniveau Therapiesitzung erste Messung

Stressniveau	**absolut**	**in %**
unter 10	2	1,2
10 bis unter 20	11	6,4
20 bis unter 30	27	15,7
30 bis unter 40	30	17,4
40 bis unter 50	23	13,4
50 bis unter 60	22	12,8
60 bis unter 70	15	8,7
70 bis unter 80	18	10,5
80 bis unter 90	14	8,1
über 90	10	5,8

Bei der zweiten Messung entspricht die Verteilung in etwa der ersten Messung, lediglich bei den sehr hohen Werten ist der Anteil deutlich höher. SN < 10 = 3 (1,7%); SN 10 bis < 20 = 15 (8,7%); SN 20 bis < 30 = 26 (15,1%); SN 30 bis < 40 = 25 (14,5%); SN 40 bis < 50 = 23 (13,4%); SN 50 bis < 60 = 23 (13,4%); SN 60 bis < 70 = 17 (9,9 %); SN 70 bis < 80 = 11 (6,4%); SN 80 bis < 90 = 23 (13,4%); SN > 90 = 6 (3,5%).

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Tabelle 12: Stressniveau Therapiesitzung zweite Messung

Stressniveau	absolut	in %
unter 10	3	1,7
10 bis unter 20	15	8,7
20 bis unter 30	26	15,1
30 bis unter 40	25	14,5
40 bis unter 50	23	13,4
50 bis unter 60	23	13,4
60 bis unter 70	17	9,9
70 bis unter 80	11	6,4
80 bis unter 90	23	13,4
über 90	6	3,5

Bei der dritten Messung entfällt fast ein Viertel aller Werte in den Bereich „20 bis unter 30“ und entspricht damit einem sehr niedrigen Stresslevel. Es gibt aber auch ein Viertel der Messungen, wo die Werte über 70 liegen. Das ist ein deutlich höherer Anteil als bei den ersten beiden Messungen. Insgesamt liegen also mehr Werte im geringen und hohen Bereich und weniger im mittleren Skalenspektrum, siehe Tabelle 13. SN < 10 = 3 (1,7%); SN 10 bis < 20 = 7 (4,1%); SN 20 bis < 30 = 40 (23,3%); SN 30 bis < 40 = 32 (18,6%); SN 40 bis < 50 = 21 (12,2%); SN 50 bis < 60 = 14 (8,1%); SN 60 bis < 70 = 11 (6,4%); SN 70 bis < 80 = 24 (14 %); SN 80 bis < 90 = 12 (7%); SN > 90 = 8 (4,7%).

Tabelle 13: Stressniveau Therapiesitzung dritte Messung

Stressniveau	absolut	in %
unter 10	3	1,7
10 bis unter 20	7	4,1
20 bis unter 30	40	23,3
30 bis unter 40	32	18,6
40 bis unter 50	21	12,2
50 bis unter 60	14	8,1
60 bis unter 70	11	6,4
70 bis unter 80	24	14,0
80 bis unter 90	12	7,0
über 90	8	4,7

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Ähnlich verhält es sich mit der Verteilung der Stresswerte bei der vierten Messung, wobei es eine leichte Tendenz zu eher geringeren Werten im Vergleich zu den ersten drei Messungen gibt. Aus Tabelle 14 sind folgende Stresswerte ersichtlich: SN < 10 = 4 (2,3%); SN 10 bis < 20 = 7 (4,1%); SN 20 bis < 30 = 45 (26,2%); SN 30 bis < 40 = 26 (15,1%); SN 40 bis < 50 = 21 (12,2 %); SN 50 bis < 60 = 19 (11%); SN 60 bis < 70 = 15 (8,7%); SN 70 bis < 80 = 22 (12,8%); SN 80 - < 90 = 9 (5,2%); SN > 90 = 4 (2,3%).

Tabelle 14: Stressniveau Therapiesitzung vierte Messung

Stressniveau	**absolut**	**in %**
unter 10	4	2,3
10 bis unter 20	7	4,1
20 bis unter 30	45	26,2
30 bis unter 40	26	15,1
40 bis unter 50	21	12,2
50 bis unter 60	19	11,0
60 bis unter 70	15	8,7
70 bis unter 80	22	12,8
80 bis unter 90	9	5,2
über 90	4	2,3

Die bisherigen Beobachtungen bestätigen sich auch bei einer Betrachtung der Mittelwerte der verschiedenen Messzeitpunkte. Bei allen vier Messungen, die während der Therapie durchgeführt wurden, liegen die Mittelwerte deutlich über dem Tagesdurchschnitt. Der höchste Durchschnittswert ergibt sich für die erste Messung, danach sinken die Werte kontinuierlich, wie aus Tabelle 15 ersichtlich. TM = 35,4; SN1: M = 49,38; SN2: M = 48,76; SN3: M = 47,01; SN4: M = 45,06.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Tabelle 15: Kennwerte für die Stressmessungen

Zeitpunkt	n	mean	sd	min	max
Tagesdurchschnitt (TM)	174	35,40	11,53	10	71
SN1	172	49,38	23,65	3	98
SN2	172	48,76	23,93	5	95
SN3	172	47,01	23,38	6	95
SN4	172	45,06	22,21	5	97

21.3 Überprüfung der Hypothesen

In diesem Abschnitt werden die Fragestellungen bzw. Hypothesen der vorliegenden Arbeit mit den geeigneten statistischen Methoden überprüft. Die Auswertung der Daten erfolgt mittels dem Statistikprogramm SPSS, Version 27.0. Als Signifikanzniveau zur Prüfung der Hypothesen wird eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % ($p = .05$) festgelegt. Die erste Hypothese bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Lebenssituation der Therapeut*innen und kann folgendermaßen formuliert werden:

Hypothese 1:

H_0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Lebenssituation.

H_1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Lebenssituation.

Für die Überprüfung der Hypothese werden Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson zwischen den Persönlichkeitsskalen und den Indikatoren für die Lebenssituation von den Therapeut*innen berechnet. Die Ergebnisse sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Tabelle 16: ***Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Lebenssituation Therapeut*innen***

Lebenssituation	**Persönlichkeitsskala**				
	Extra-version	Neuroti-zismus	Offenheit	Gewissen-haftigkeit	Verträglich-keit
Duty	0,03	0,01	-0,01	0,16*	-0,02
Intellect	-0,07	0,08	0,02	0,07	-0,14*
Adversity	0,00	-0,04	0,05	0,10	-0,07
Mating	0,04	-0,04	0,14*	0,10	-0,04
Positivitiy	0,09	-0,05	-0,03	0,01	0,04
Negativity	0,08	-0,13	0,04	0,20**	0,06
Deception	0,10	-0,15*	-0,02	0,00	0,07
Sociality	0,08	-0,04	-0,04	0,12	0,11

Hinweis: * $p < .05$, ** $p < .01$

Wie aus der obigen Tabelle abgelesen werden kann, gibt es nur wenige signifikante Korrelationen zwischen der Lebenssituation und den Persönlichkeitsfaktoren. Für Neurotizismus besteht ein negativer Zusammenhang mit der Dimension Deception r=-.15 und Negativity r=-.13. Therapeut*innen mit höheren Neurotiszismuswerten fühlen sich in ihrer derzeitigen Lebenssituation eher von Anderen getäuscht als Personen mit geringen Neurotizismuswerten. Für die Persönlichkeitsskala Offenheit ist der Zusammenhang mit der Dimension Mating r =.14 statistisch bedeutsam. Therapeut*innen mit höheren Offenheitswerten, haben eher sexuelle Partner*innen und legen mehr Wert auf physische Attraktivität. Für die Persönlichkeitsskala Gewissenhaftigkeit gibt es zwei signifikante Korrelationen und zwar mit Duty r=.16 und Negativity r=.20. Je gewissenhafter eine Person, desto höhere Ausprägungen hat sie für die Skala Duty und desto negativer eingestellt ist sie zu der derzeitigen Lebenssituation. Schließlich besteht noch eine signifikante Beziehung zwischen Verträglichkeit und Intellect r=-.14. Je verträglicher eine Person, desto geringer bewertet sie die derzeitige Lebenssituation als intellektuell anspruchsvoll. Die angeführten Korrelationen sind statistisch signifikant,

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

sind aber insgesamt nur relativ schwach ausgeprägt. Summa summarum kann die Hypothese nur bedingt bestätigt werden. Zwar gibt es vereinzelt signifikante Zusammenhänge zwischen den Persönlichkeitsfaktoren und den Dimensionen der Lebenssituation der Therapeut*innen, aber diese sind eher schwach ausgeprägt und für den Großteil der Beziehungen sind die Korrelationen nicht signifikant.

Zusätzlich wurde die Hypothese getrennt für Männer und Frauen untersucht. Wie aus den folgenden beiden Tabellen ersichtlich, sind die Unterschiede zu den Gesamtwerten bei den Frauen relativ gering. Neben den auch in der Gesamtgruppe signifikanten Korrelationen ergibt sich zusätzlich ein bedeutsamer negativer Zusammenhang zwischen Neurotizismus und Sociality r=-.17, dafür ist im Gegenzug die Korrelation zwischen Intellect und Verträglichkeit bei den Frauen hier nicht signifikant, weist jedoch einen Wert von r=-.13 auf. Gewissenhaftigkeit korreliert positiv signifikant mit Negativitiy r=.24 und mit Duty r=.17. Neurotizismus ähnlich wie in der Gesamtgruppe signifikant negativ mit Deception r=-.23.

Tabelle 17: Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Lebenssituation Therapeutinnen (F)

Lebenssituation	**Persönlichkeitsskala**				
	Extraversion	Neurotizismus	Offenheit	Gewissen-haftigkeit	Verträglich-keit
Duty	0,06	0,05	-0,03	0,17*	-0,02
Intellect	-0,00	0,04	0,03	0,12	-0,13
Adversity	0,05	-0,10	0,08	0,08	-0,05
Mating	0,12	-0,02	0,17*	0,11	0,03
Positivitiy	0,06	-0,03	-0,02	0,06	0,05
Negativity	0,16	-0,07	0,02	0,24**	0,10
Deception	0,11	-0,23**	0,03	-0,03	0,09
Sociality	0,04	-0,17*	0,10	0,13	0,09

Hinweis: * $p < .05$, ** $p < .01$

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Bei den Männern sind die Unterschiede zur Gesamtgruppe deutlicher. Es sind zwei Korrelationen statistisch signifikant, die allerdings in der Gesamtgruppe nicht bedeutsam sind. Dies betrifft, wie auch bei den Frauen, den Zusammenhang zwischen Neurotizismus und Sociality r=.28, der allerdings im Gegensatz zu den Frauen hier positiv ist und ein negativer Zusammenhang zwischen Neurotizismus und Duty r=-.19, sowie eine starke negative Korrelation zwischen Offenheit und Sociality r=-.38, die in der Gesamtgruppe und auch bei den Frauen alleine nicht vorhanden ist.

Tabelle 18: Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Lebenssituation Therapeuten (M)

Lebenssituation	**Persönlichkeitsskala**				
	Extraversion	Neurotizismus	Offenheit	Gewissen-haftigkeit	Verträglich-keit
Duty	-0,03	-0,19	0,08	0,21	-0,04
Intellect	-0,24	0,19	0,02	0,04	-0,22
Adversity	-0,20	0,15	-0,05	0,11	-0,10
Mating	-0,19	-0,09	0,07	0,04	-0,20
Positivitiy	0,23	-0,14	-0,01	0,02	0,00
Negativity	-0,15	-0,25	0,06	0,06	-0,01
Deception	0,08	0,06	-0,13	0,02	0,03
Sociality	0,18	0,28*	-0,38**	0,09	0,15

Hinweis: * $p < .05$, ** $p < .01$

In der zweiten Hypothese wird geprüft, inwieweit die Art der Diagnose das Stressniveau der Therapeut*innen beeinflusst.

Hypothese 2:

*H_0: Die Themen der Klient*innen beeinflussen das Stressniveau der Therapeut*innen nicht.*

*H_1: Die Themen der Klient*innen beeinflussen das Stressniveau der Therapeut*innen.*

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Diese Hypothese wird mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse untersucht. Der Gruppenfaktor ist die Art der Diagnose (= Thema), die abhängige Variable ist das Stressniveau der Therapeut*innen, wobei dieses Niveau mit unterschiedlichen Variablen erfasst wird. Neben den vier Stresswerten, das sind vier signifikante Werte, die während einer Sitzung dokumentiert wurden (siehe Anhang Excel-Datenblatt und Rohdaten), wird auch der Durchschnitt des Stressniveaus, die Differenz zwischen erster und letzter Messung sowie die prozentuelle Abweichung des mittleren Stressniveaus während der Sitzung im Vergleich zum Tagesschnitt für die Prüfung der Hypothese herangezogen. Das durchschnittliche Stressniveau im Verlauf des Tages wurde aus der Connect App nach Übertragung der Tagesdaten abgelesen und dokumentiert. Die Ergebnisse der Berechnungen sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 19: Unterschiede des Stressniveaus nach Themen der Klient*innen

	Thema					
	physisch (n=70)		*psychisch (n=56)*		*pädag. Training (n=45)*	
Stresswert	mean	sd	mean	sd	mean	sd
Zeitpunkt 1	50,04	26,32	47,36	21,26	50,87	22,31
Zeitpunkt 2	52,10	27,78	46,25	22,61	46,62	18,14
Zeitpunkt 3	52,20	27,04	42,32	18,83	44,64	20,98
Zeitpunkt 4	48,54	25,13	41,57	19,35	43,91	20,19
Durchschnitt	50,72	23,73	44,38	16,26	46,51	16,05
Differenz	-1,51	21,33	-5,79	23,25	-6,96	24,31
Abweichung	0,53	0,54	0,25	0,50	0,37	0,50

Zwar sind die Werte innerhalb der einzelnen Zeitpunkte zum Teil sehr unterschiedlich, aber statistisch signifikante Unterschiede können für drei (3) der vier (4) Messungen

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

(Zeitpunkt 1: F(2,171)=0.32, p=.727; Zeitpunkt 2: F(2,171)=1.18, p=.310; Zeitpunkt 4: F(2,171)=1.72, p=.198), das mittlere Stressniveau (F(2,171)=1.72, p=.183) und die Differenz zwischen letzter und erster Messung (F(2,171)=0.96, p=.385) nicht nachgewiesen werden.

Statistisch bedeutsam ist der Unterschied allerdings für den dritten Messzeitpunkt (F(2,171)=3.19, p=.044). Bei Patient*innen mit physischen Beschwerden ist der Stresslevel der Therapeut*innen deutlich höher als in den beiden anderen Gruppen. Auch für die Abweichung des mittleren Niveaus vom Tagesdurchschnitt (F(2,171)=4.42, p=.013) besteht ein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen den Gruppen. Das Stressniveau steigt bei physischen Themenstellungen im Schnitt um dreiundfünfzig Prozent (53%) gegenüber dem Tagesdurchschnitt am stärksten an, gefolgt von pädagogischem Training mit siebenunddreißig Prozent (37 %) und psychischen Themen, wo der Anstieg mit fünfundzwanzig Prozent (25 %) am geringsten ist. Die Mittelwerte sind in den beiden folgenden Abbildungen noch einmal zusammengefasst.

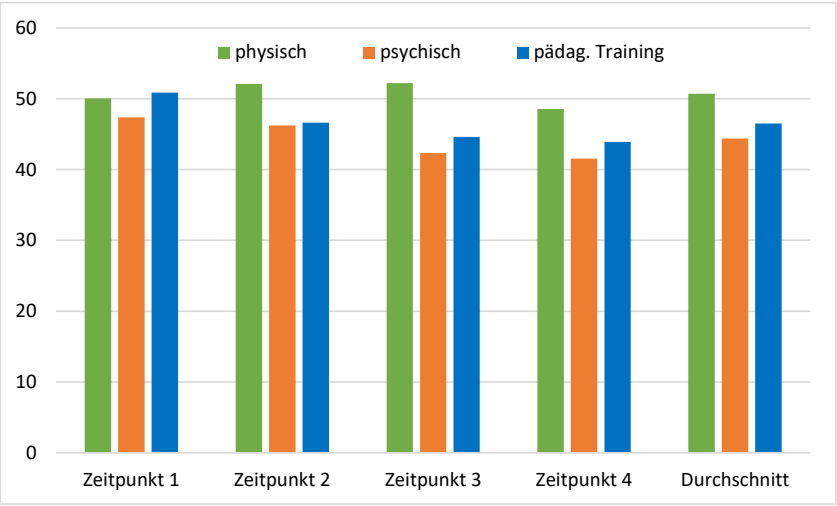


*Abbildung 12: Stressniveau nach Themen der Klient*innen/Patient*innen, Teil 1*

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Hinweis: Differenz zwischen erster und letzter Messung bzw. die prozentuelle Abweichung des mittleren Stressniveaus während der Sitzung im Vergleich zum Tagesschnitt.

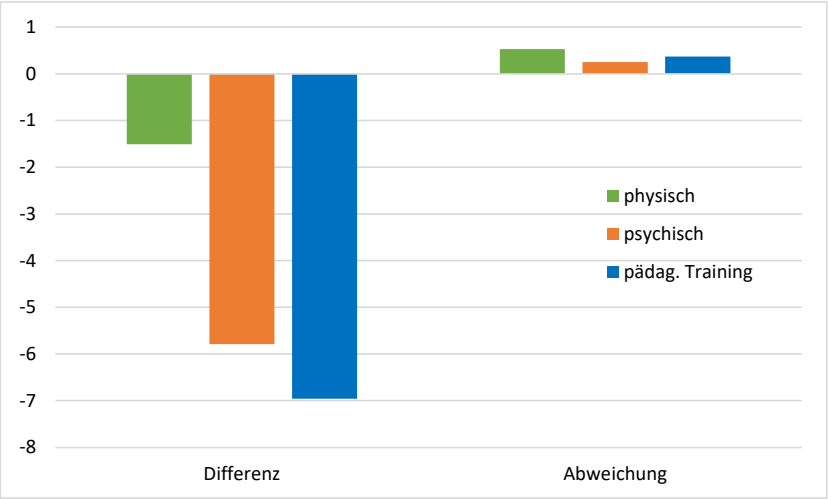


*Abbildung 13: Stressniveau nach Themen der Klient*innen/Patient*innen Teil 2*

Insgesamt kann zwar nur für einen Teil der abhängigen Variablen ein bedeutsamer Unterschied nachgewiesen werden, aber für den wichtigsten Indikator, nämlich die Abweichung des Stressniveaus vom Tagesschnitt ist der Unterschied statistisch signifikant. Aus dieser Sicht kann die Hypothese als bestätigt eingestuft werden.

Bei der dritten Fragestellung wird überprüft, welche Faktoren einen Einfluss auf die Veränderung des Stressniveaus haben. Die zugehörigen Hypothesen können folgendermaßen formuliert werden:

Hypothese 3:

H_0: Es gibt keine spezifischen Faktoren, welche eine signifikante Veränderung des Stressniveaus hervorrufen.

H_1: Es gibt spezifische Faktoren, welche eine signifikante Veränderung des Stressniveaus hervorrufen.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Für die Prüfung der Hypothese wird eine schrittweise Regressionsanalyse durchgeführt, mit den Persönlichkeitsvariablen, den Dimensionen der Lebenssituation, der Diagnose dem Alter und dem Geschlecht als unabhängige Variablen und dem Stressniveau als abhängige Variable. Das Stressniveau wird dabei einmal als mittleres Niveau während der Sitzung, als Differenz zwischen letzter und erster Messung sowie als prozentuelle Abweichung des mittleren Messniveaus vom Tagesdurchschnitt bewertet. Für die anderen Stressvariablen wurde keine Regression durchgeführt, da in der Hypothese ja die Veränderung des Stressniveaus untersucht werden soll. Die Ergebnisse für das mittlere Stressniveau sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst. Bei einer schrittweisen Regressionsanalyse werden nur jene Variablen in das Modell aufgenommen, die einen bedeutsamen Beitrag zur Aufklärung der Variation der abhängigen Variablen leisten.

Tabelle 20: Ergebnisse der Regressionsanalyse für den Einfluss verschiedener Variable auf das Stressniveau (Durchschnitt Therapiesitzung)

Variable	b	s.e.	beta	T-Wert	p
Intellect	-1,80	0,46	-0,30	3,90	< .001
Mating	1,52	0,23	0,43	6,68	< .001
Sociality	2,15	0,40	0,33	5,33	< .001
Positivity	1,14	0,38	0,19	2,99	.003
Duty	-1,25	0,50	-0,20	2,49	.014
Alter			0,01	0,08	.933
Geschlecht			-0,10	1,62	.107
Diagnose			-0,13	1,89	.060
Extraversion			0,06	1,02	.311
Neurotizismus			-0,08	1,24	.215
Offenheit			0,04	0,58	.565
Gewissenhaftigkeit			0,12	1,85	.066
Verträglichkeit			0,08	1,26	.210
Adversitiy			0,10	1,29	.200
Negativitiy			-0,06	0,75	.453
Positivity			0,13	1,91	.058

F=21.67, p < .001; R^2=.40. Hinweis: es sind auch die ausgeschlossenen Variablen angeführt

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Grundsätzlich kann das Regressionsmodell als hochsignifikant bezeichnet werden. Der Anteil der durch die unabhängigen Variablen aufgeklärten Variation der abhängigen Variable ist mit 40 % als hoch zu bezeichnen. Im Regressionsmodell bleiben die Dimensionen Intellect, Mating, Sociality, Positivity und Duty des Fragebogens Situational Eight Diamonds S8*. Diese Faktoren, welche die derzeitige Lebenssituation der Therapeut*innen beschreiben, haben einen signifikanten Einfluss auf das mittlere Stressniveau der Therapeut*innen. Inhaltlich kann dies folgendermaßen interpretiert werden:

- je geringer die Werte der Dimension Intellect und Duty, desto höher ist das mittlere Stressniveau
- je höher die Werte der Dimensionen Mating, Sociality und Positivity, desto höher ist das mittlere Stressniveau

Insgesamt sind demnach vor allem die Dimensionen der Lebenssituation für das Stressniveau entscheidend, während die Persönlichkeitsfaktoren, die Diagnose, das Alter und das Geschlecht keinen bedeutsamen Einfluss ausüben. Für die Abweichung des mittleren Stressniveaus zum Tagesdurchschnitt verbleiben lediglich zwei Variable im Modell, die einen signifikanten Beitrag leisten. Insgesamt können dadurch 14 % der Variation der abhängigen Variable erklärt werden. Zur Aufklärung leisten die Dimensionen Intellect und Negativity einen signifikanten Beitrag.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Tabelle 21: Ergebnisse der Regressionsanalyse für den Einfluss verschiedener Variable auf das Stressniveau (Abweichung zum Tagesdurchschnitt)

Variable	b	s.e.	beta	T-Wert	p
Intellect	-0,05	0,01	-0,28	3,90	< .001
Negativity	0,05	0,01	0,26	3,62	< .001
Alter			-0,01	0,17	.862
Geschlecht			0,01	0,10	.921
Diagnose			0,01	0,07	.944
Extraversion			0,04	0,51	.613
Neurotizismus			-0,07	0,92	.357
Offenheit			0,04	0,49	.628
Gewissenhaftigkeit			0,03	0,43	.670
Verträglichkeit			0,10	1,41	.160
Duty			0,13	1,40	.163
Adversitiy			0,06	0,67	.505
Mating			0,01	0,14	.890
Positivity			0,00	0,05	.960
Deception			0,11	1,56	.121
Sociality			0,02	0,22	.829

F=13.61, p < .001; R^2=.14. Hinweis: es sind auch die ausgeschlossenen Variablen angeführt

Neben den beschriebenen Hypothesen wurden in der Folge noch die Unterschiede des Stressniveaus für verschiedene Berufsgruppen (physisch, psychisch, pädagog. Training) mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse überprüft. Physisch = Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Masseur*innen, Osteopaht*innen, Shiatsu und Cranio Sacral Therapeut*innen. Psychisch = Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Lebens- und Sozialberater*innen, Mentaltrainer*innen. Pädagogisches Training: Logopäd*innen, Mototherapeut*innen, Pädagog*innen, Trainer*innen am BFI und WIFI. Die Ergebnisse der Berechnungen sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

*Tabelle 22: Unterschiede des Stressniveaus nach Beruf der Therapeut*innen*

	Beruf der Therapeut*innen					
	physisch (n=52)		*psychisch (n=61)*		*pädag. Training (n=59)*	
Stresswert	mean	sd	mean	sd	mean	sd
Zeitpunkt 1	54,85	26,62	47,31	23,20	46,71	20,76
Zeitpunkt 2	58,62	28,55	45,36	22,25	43,59	18,26
Zeitpunkt 3	57,81	27,08	42,98	18,99	41,64	21,02
Zeitpunkt 4	54,25	25,18	42,31	20,31	39,80	18,92
Durchschnitt	56,38	25,07	44,49	16,01	42,94	15,15
Differenz	-0,60	14,82	-5,00	25,88	-6,92	24,93
Abweichung	0,61	0,52	0,29	0,50	0,32	0,52

Für drei der vier Zeitpunkte können signifikante Unterschiede des Stressniveaus zwischen den Gruppen nachgewiesen werden (Zeitpunkt 2: $F(2,171)=6.84$, $p=.001$; Zeitpunkt 3: $F(2,171)=8.73$, $p<.001$; Zeitpunkt 4: $F(2,171)=7.04$, $p=.001$). Die Stresswerte der körperlich arbeitenden Therapeut*innen sind dabei signifikant höher als für die beiden anderen Gruppen. Lediglich für den ersten Messzeitpunkt ist das Stressniveau nicht unterschiedlich (Zeitpunkt 1: $F(2,171)=2.02$, $p=.136$). Statistisch bedeutsam ist auch der Unterschied des mittleren Stressniveaus ($F(2,171)=8.18$, $p<.001$) zwischen den Gruppen, welches ebenfalls bei den Körpertherapeut*innen stark erhöht ist.

Ebenfalls statistisch signifikant ist der Unterschied der Abweichung des mittleren Stressniveaus vom Tagesdurchschnitt ($F(2,171)=6.52$, $p=.002$). Das Stressniveau steigt bei physisch arbeitenden Therapeut*innen im Schnitt um einundsechzig Prozent (61%) gegenüber dem Tagesdurchschnitt am stärksten an, in der Gruppe der psychisch arbeitenden Therapeut*innen (29 %) und pädagogisch arbeitenden Therapeut*innen (32

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

%) ist es deutlich geringer. Für die Differenz zwischen letzter und erster Messung kann dagegen kein statistisch bedeutsamer Unterschied nachgewiesen werden (F(2,171)=1.11, p=.332).

Die Mittelwerte sind in den beiden folgenden Abbildungen noch einmal zusammengefasst:

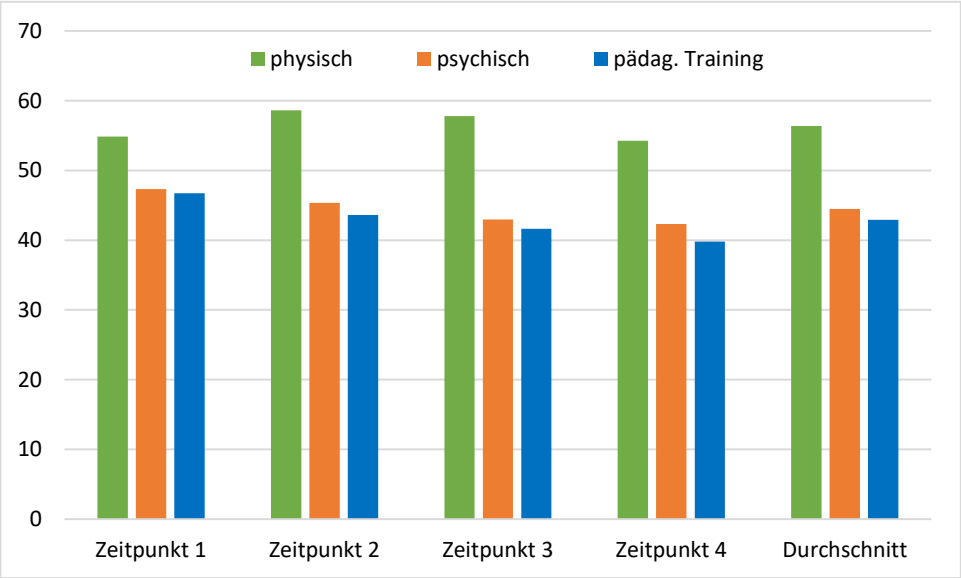


*Abbildung 14: Stressniveau nach Beruf der Therapeut*innen, Teil 1*

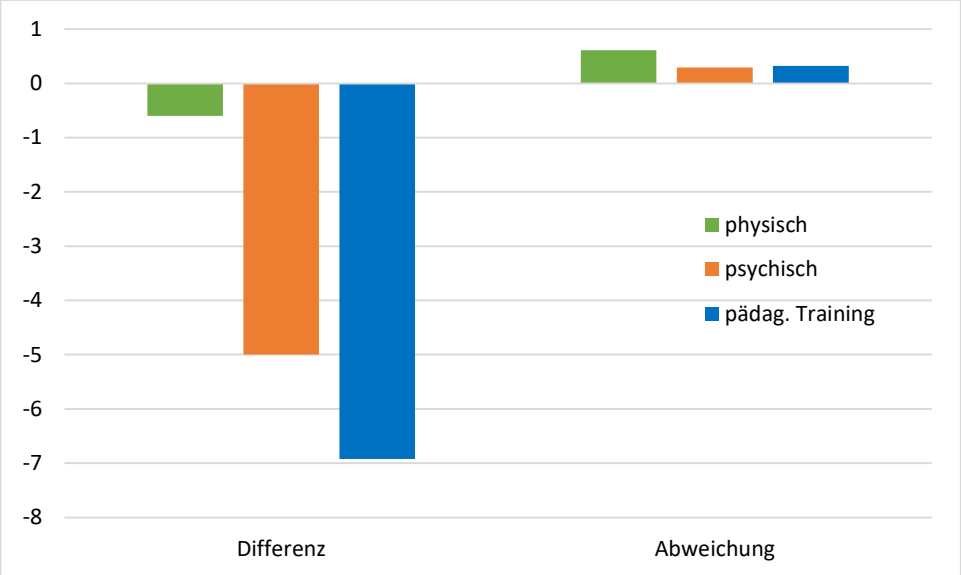


*Abbildung 15: Stressniveau nach Beruf der Therapeut*innen Teil 2*

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Schließlich wurden auch noch geschlechtsspezifische Unterschiede des Stressniveaus mittels eines t-Tests für unabhängige Stichproben überprüft. Die Ergebnisse sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst. Der Tendenz nach sind die Stresswerte bei weiblichen Patientinnen/Klientinnen höher als bei männlichen Patienten/Klienten. Statistisch signifikant ist dies aber nur für den dritten und vierten Messzeitpunkt, sowie das mittlere Stressniveau. Für die Differenz zwischen erster und letzter Messung sowie die Abweichung vom Tagesniveau sind die Unterschiede ebenfalls nicht signifikant.

*Tabelle 23: Unterschiede des Stressniveaus nach Geschlecht der Klient*innen*

	weiblich		**männlich**			
Stresswert	mean	sd	mean	sd	t-Wert	p
Zeitpunkt 1	50,65	23,58	46,30	23,78	1,10	.275
Zeitpunkt 2	50,47	23,76	44,60	24,08	1,47	.145
Zeitpunkt 3	49,34	23,35	41,30	22,65	2,07	.040
Zeitpunkt 4	47,59	21,92	38,88	21,89	2,37	.019
Durchschnitt	49,51	19,36	42,77	20,02	2,05	.042
Differenz	-3,06	22,75	-7,42	22,71	1,14	.255
Abweichung	0,42	0,49	0,34	0,61	0,96	.338

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

22 Diskussion

Das Motivieren von Therapeuten und Therapeutinnen war sehr schwierig und zeitintensiv. Mehrere Telefonate und persönliche Gespräche sowie Erklärungen waren nötig, um Teilnehmer*innen zu gewinnen. Ein Großteil der angesprochenen Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen haben sich vorerst auf die hohe Arbeitsintensität wegen Covid-19 ausgeredet. Jene die schließlich doch bereit waren an der Studie teil zu nehmen meinten, es wird den meisten wohl einfach zu aufwändig und „lästig“ sein, zusätzlich für jemanden kostenlos eine Arbeit zu leisten. Natürlich haben im Moment alle Therapeuten und Therapeutinnen viel zu tun, aber so viel mehr Aufwand sei die Teilnahme an der Studie nicht gewesen und zudem fanden es die Teilnehmer*innen für sich selbst interessant, ob einzelne Klient*innen oder Patient*innen tatsächlich ihren Stresspegel beeinflussen können.

Der Pre-Test, welchen ich mit drei Therapeut*innen (zwei weiblich und einer männlich) durchgeführt habe, zeigte die Machbarkeit der Studie auf Basis des vorliegenden Konzeptes. Erst nach Abschluss der Studie, beim Übertragen der gesamten Daten in ein Excel-Sheet zeigten sich doch Mängel, eher im Wording als in der Konzeption. Beispielsweise wäre besser gewesen, beim Datenblatt Klient*in/Patient*in in Zeile vier, Datum und Uhrzeit der Behandlung/Therapie zu schreiben, als Datum und Uhrzeit der Erfassung. Bei zwei Therapeut*innen musste rückgefragt werden, ob die eingetragene Zeit die tatsächliche Behandlungs- oder Therapiezeit war. Bei den pädagogischen Therapeut*innen waren auch jüngere Kinder dabei. Es stellt sich auch die Frage, ob die Einschätzung der Persönlichkeit eines sechsjährigen (6-jährigen) Kindes gleich zu bewerten ist, als die Einschätzung von Erwachsenen? Rammstedt, B. et al. (2014) beschreiben als Zielgruppe für die Forschung die deutschsprachige Bevölkerung ab 18 Jahren. Trotzdem ist nach Aussagen der pädagogischen Therapeut*innen die Einschätzung der Persönlichkeit der Kinder und Jugendlichen in diesem Zusammenhang mittels Fragebogen BFI-10 sehr gut möglich und die Persönlichkeit der Kinder und Jugendlichen kann gut dargestellt werden. Das Blatt Notizen wurden zum größten Teil für Notizen im Zusammenhang mit der Arbeit an den Patient*innen und Klient*innen genutzt. Anscheinend sind nahezu alle Therapeut*innen so professionell und reflektiert, dass sie keine privaten Gedanken während und/oder zwischen den Behandlungen

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

zulassen? Jedenfalls konnte bei der Erfassung der Daten bei nahezu allen Teilnehmer*innen beruflicher Stress = 1 identifiziert werden. Nur eine Person hat eine derzeitige allgemeine schwierige private Situation vermerkt. Dies hat sich auch im allgemeinen Basisstress bei dieser Therapeutin im Vergleich zu den anderen Teilnehmer*innen wiedergespiegelt. Zwei weitere Personen haben auf ein zusätzliches Stresspotential hingewiesen, was sich in ihren Tagesdurchschnittswerten gegenüber anderen Therapeut*innen nicht wiedergespiegelt hat. In diesem Zusammenhang sind die Forschungen von Bischof-Köhler (2010) bezogen auf das Konzept „Theory of Mind" erwähnenswert. Dieses Thema wird allerdings sehr kontrovers diskutiert, aber die Theory of Mind kann mit den Erkenntnissen von Selye (1988), der den Stressor als Reiz und Stress als Reaktion unterscheidet, in Verbindung gebracht werden. Selye hat zudem die Begriffe Eustress = positiver Stress und Distress = negativer Stress geprägt. Nähere Ausführungen dazu sind in Kapitel 14.1 nachzulesen. Die „Theory of Mind" bezieht immer ein Verhalten einer Person auf die mentale Verfassung einer anderen. Was bedeuten würde, es wird gegenseitig entweder wird Eustress oder Distress produziert. In Verbindung mit der vorliegenden Studie könnte das so interpretiert werden, dass die Therapeut*innen nur zu Beginn einer Sitzung in Distress, ab einen Wert von circa 50 geraten und zum Ende einer Sitzung, bis zu einem Wert von ≥70. Während des Therapieverlaufes befinden sie die Therapeut*innen nahezu in einer Ruhephase, möglicherweise laut Ausführungen von Lu et al. (2021), könnte es sich zu diesen Zeitpunkten um Sustress handeln (siehe Kapitel 14.1, S. 33). Erkenntnisse daraus könnten wie folgt abgeleitet werden:

- Die Therapeut*in ist zu Beginn der Behandlung angespannt, weil er/sie bei neuen Klient*innen/Patient*innen noch nicht genau weiß, was auf ihn/sie zukommt. Das gleiche gilt für Klient*innen/Patient*innen.
- Bei wiederkehrenden Terminen von Klient*innen/Patient*innen weiß die Therapeut*in vorab noch nicht, in welchem Zustand die Klient*in/Patient*in kommt und ob eine vielleicht vorbereitete Intervention überhaupt passend und möglich ist. Die Klient*innen sind zu Beginn der Therapie häufig gestresst wegen der Anfahrt, oder sie haben wegen der Arbeit nicht rechtzeitig losfahren können u.a.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

- Die Klient*in/Patient*in wird im Laufe der Therapie immer ruhiger und entspannter, was auch eine Entspannung bei den/der Therapeut*in hervorruft.
- Der/die Therapeut*in muss die Zeit im Blick behalten und wird gegen Ende der Behandlung unruhiger, damit steigt das Stressniveau, was sich in den Stressdaten der vorliegenden Arbeit wiederspiegelt.

Die Hypothese 2: Die Themen der Klient*innen beeinflussen das Stressniveau der Therapeut*innen, konnte in der vorliegenden Studie bedingt bestätigt werden, wie aus Tabelle 8, S. 60 ersichtlich ist. Die physischen Themen (=Diagnosen) beeinflussen das Stressniveau der Therapeut*innen mit einem Anstieg von 53 % gegenüber den Tagesdurchschnittswerten am stärksten an. Darauf folgen die pädagogischen Themen mit einem Anstieg von 37 % gegenüber den Tagesdurchschnittswerten und das geringste Stressniveau zeigen Therapeut*innen bei psychischen Themen mit einem Anstieg von 25 % gegenüber den Tagesdurchschnittsstresswerten.

Persönlich finde ich es sehr schade, dass nicht mehr Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen mitgemacht haben. Zudem wäre auch eine Auswertung über die Herzratenvariabilität noch viel genauer und es könnten möglicherweise auch Zusammenhänge mit Persönlichkeit und Herzratenvariabilität festgestellt werden. Zum Thema Persönlichkeit und Lebenssituation finden erwartungsgemäß die Dimensionen „duty“ Pflicht und „intellect“ Intellektualität bei Therapeut*innen überwiegend hohe Zustimmung und die Dimensionen „mating“ und „adversity“ geringere Zustimmungswerte. Vergleiche dazu die Ausführungen in Kapitel 11.2 Das Persönlichkeitsmodell auf Basis FFM oder OCEAN bestätigt sich auch in der vorliegenden Arbeit (Dehne & Schupp, 2007; Murray R. Barrick, Michael K. Mount, Timothy A. Judge, 2001; Rammstedt, B. & Danner, 2017; Rammstedt, B. & John, 2007). Eher haben sehr pflichtbewusste Therapeut*innen an der Studie teilgenommen. Dies war auch aus Aussagen wie folgt abzuleiten: „ Gerne mache ich mit. Ich kann mich noch genau erinnern wie schwierig es für mich bei meiner Abschlussarbeit war an Studienteilnehmer*innen zu kommen. Ich möchte mit der Teilnahme an dieser Forschungsarbeit etwas zurückgeben“. Die Hypothese 1 findet in der vorliegenden Arbeit bedingt Bestätigung. Der Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Lebenssituation ist in dieser Studie in Summe nicht signifikant darstellbar. Für Neurotizismus besteht

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

jedoch ein signifikant negativer Zusammenhang mit der Dimension Deception. Für die Offenheit ist der Zusammenhang mit der Dimension Mating statistisch bedeutsam. Personen mit höheren Offenheitswerten, haben eher sexuelle Partner*innen und legen mehr Wert auf physische Attraktivität. Gewissenhaftigkeit korreliert mit Duty und Negativity signifikant. Je gewissenhafter eine Person, desto höher ist die Ausprägungen in der Skala Duty und desto negativer eingestellt ist sie zu der derzeitigen Lebenssituation. Eine weitere signifikante Korrelation war noch zwischen Verträglichkeit und Intellect zu finden. Je verträglicher eine Person, desto geringer bewertet sie die derzeitige Lebenssituation als intellektuell anspruchsvoll (vgl. S. 59f). Es wurden Unterschiede zwischen Männern und Frauen gefunden. Bei den Frauen ergibt sich zusätzlich ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen Neurotizismus und Sociality. Aber im Gegensatz zu der Gesamtgruppe ist die Korrelation zwischen Intellect und Verträglichkeit bei den Frauen nicht signifikant (vgl. Tabelle 17). Zwei Unterschiede sind bei den Männern gegenüber der Gesamtgruppe deutlich feststellbar. Einerseits ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Neurotizismus und Sociality, was das genaue Gegenteil gegenüber den Frauen aufweist und eine stark negative Korrelation zwischen Offenheit und Sociality (vgl. Tabelle 18).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie finden eine Bestätigung in den Forschungen von Rauthmann et al. (2014) zum Thema Transaktionsprinzip in Kapitel 13.2. Situationen formen Personen und Personen formen Situationen. Vergleiche dazu auch die Ausführungen in Kapitel 11.3.2 die Metaanalyse von Judge, Heller und Mount (2002), Rammstedt, B. und John (2007), Siegrist et al. (2004) sowie die Ausführungen von Rauthmann et al. (2014). Die Persönlichkeit der Therapeut*innen im Vergleich zu der Persönlichkeit der Klient*innen ergeben Unterschiede. Am deutlichsten zeigten sich höhere Werte in der Dimension Neurotizismus bei den Patient*innen, aber niedrigere Werte in den Dimensionen Extraversion, Offenheit, Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit. Laut Judge, Heller und Mount (2002) korreliert Arbeitszufriedenheit negativ mit Neurotizismus. Friedmann (2000) fand in seinen Forschungen einen Zusammenhang, dass neurotische Menschen eine Tendenz aufweisen negative Emotionen zu erleben und auszudrücken. Pessimismus und Ängstlichkeit wirken sich zudem negativ auf die Gesundheit aus. Daher fühlen sich neurotische Menschen

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

psychisch und physisch stärker beeinträchtigt. Das könnte zu dem Schluss führen, dass neurotische Menschen mehr therapeutische Unterstützung benötigen und auch in Anspruch nehmen als Personen mit niedrigeren Neurotizismuswerten.

Die persönliche Lebenssituation der Therapeut*innen zeigte in der vorliegenden Arbeit eine Auswirkung auf das Ausmaß der Stressbelastung, womit die Hypothese 3 bestätigt ist. Es gibt spezifische Faktoren, welche eine signifikante Veränderung des Stressniveaus hervorrufen. Überraschend finde ich den Zusammenhang, dass geringere Werten in den Dimensionen „intellect“ und „duty“ mit einem höheren mittleren Stressniveau korrelieren und je höher die Werte der Dimensionen „mating“, „sociality“ und „positivity“ ebenso ein höheres mittleres Stressniveau aufwiesen. Dies belegt die vorliegende Forschungsarbeit ebenso, wie es bereits im theoretischen Teil zu den Themen Persönlichkeit, Interaktionismus und Stressverhalten in den Kapiteln 11, 10, 13, und 14 dargelegt wurde (vgl. Rauthmann & Sherman, 2016; Rauthmann et al., 2014; Kury, 2012; Rammstedt, B. et al., 2014 u. a.). Auch bestätigen dies die Forschungsergebnissen von Amelang und Bartussek (2001), Conley (1984) sowie Rauthmann et al. (2014) Sehr reduziert formuliert korreliert die Persönlichkeit einer Person mit ihrem Weltbild (Rauthmann et al., 2014). Situationen formen Personen, Personen formen Situationen; in Korrelation mit Konditionierung und Erfahrung und dem daraus resultierenden Stressempfinden und Stressverhalten (coping). Den Ausführungen Lazarus (2001, 2004) zum Thema Stressbewältigung (coping) zufolge deuten die Stresswerte der Therapeut*innen in der vorliegenden Arbeit vorerst auf Challenge (Transaktion) hin. Die Arbeit wird als eine Herausforderung gesehen, die Therapeut*in ist enthusiastisch (siehe Kapitel 14.2, S.15) und es wird jene Copingstrategie angewandt die gerade in der individuellen Situation nötig ist. Das Stressverhalten der Therapeut*innen bezogen auf den vierstufigen Kreisprozess nach McGrath könnte man in den vorliegenden Ergebnissen entweder einen bewussten oder intuitiven Prozess vom Wahrnehmen – Bewerten – Entscheiden – bis hin zum Ausführen und wenn nötig Verändern, interpretieren (McGrath, 1983). Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen scheinen sich besser abgrenzen zu können als Körpertherapeuten und Körpertherapeutinnen und Pädagog*innen, was aus der Tabelle 22, den Abbildungen 14 und 15 ersichtlich ist. Ob dies durch die intensive Ausbildung von Psychotherapeut*innen mit den vielen

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Selbsterfahrungsstunden in Zusammenhang stehen mag? Möglicherweise erhöht auch der zusätzliche körperliche Einsatz von Körpertherapeut*innen bei Physiotherapie, Massagen oder anderen Körpertherapien das Stressniveau? Es wäre auch möglich, dass das Feedback der Patient*innen/Klient*innen bei Körpertherapien häufig nicht oder nicht ganz der Realität entspricht, da viele Menschen keine gute Körperwahrnehmung haben. Sportliche Menschen haben meist ein besseres Körperbewusstsein, da sie sich intensiver mit ihrem Körper beschäftigen. Patient*innen/Kliet*innen vergessen einfach, wenn beispielsweise ein Schmerz nicht mehr fühlbar ist. Sie werden meist erst bei der Folgeanamnese durch die Körpertherapeut*innen wieder daran erinnert. Psychoedukation und Achtsamkeitstraining könnte für die Patient*innen/Klient*innen eine verbesserte Körperwahrnehmung schaffen und das könnte für die Körpertherapeut*innen möglicherweise eine Stressreduktion bedeuten. Es wäre ein zusätzliches interessantes Forschungsfeld Hintergründe für das Stressverhalten von Körpertherapeut*innen zu untersuchen.

Weibliche Klient*innen/Patient*innen lösen bei den Therapeut*innen während des dritten und vierten Messzeitpunktes vermehrt Stress aus und auch das mittlere Stressniveau ist der Tendenz nach erhöht, was aus der Tabelle 23 zu entnehmen ist. Dies könnte mit der Persönlichkeitsstruktur von weiblichen Klient*innen/Patient*innen, den erhöhten Neurotizismuswerten in Zusammenhang stehen. Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie heraus könnte für Therapeut*innen, die mit physischen und pädagogischen Themen arbeiten abgeleitet werden, dass sie mehr Supervision und Intervision in Anspruch nehmen sollten. Dies könnte dazu führen, eigene Stressmuster aufzudecken und daraus Strategien zu entwickelt, wie sie zu Beginn und gegen Ende der Arbeit besser mit Stress umgehen können. Möglicherweise ist auch das Thema „Selbstwert“ von Bedeutung. Auf jeden Fall wäre es für die Therapeuten und Therapeutinnen von Vorteil, wenn sie herausfinden, welche Faktoren zu der Steigerung des Stressniveaus beitragen um mit diesem Wissen bessere individuelle Lösungen zu kreieren. All diese Erfahrungen können an nachfolgende, junge Therapeuten und Therapeutinnen weiter gegeben werden, indem die Curricula entsprechend abgeändert werden und dies bereits in den Ausbildungsplan impliziert werden könnten. Zudem sollten besonders Körpertherapeut*innen sowie die Pädagog*innen und auch

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Psychotherapeut*innen selbst ein regelmäßiges Ausdauertraining und zusätzlich oder in Kombination ein- bis zweimal in der Woche ein Krafttraining absolvieren. Pädagog*innen sollten zusätzlich ein Expositionstraining absolvieren, indem sie regelmäßig den Lärmpegel von spielenden Kinder ausgesetzt werden um sich besser an die Situationen im pädagogischen Setting zu gewöhnen. Möglicherweise würden pädagogische Trainer*innen mehr Pausen benötigen. Das Arbeiten mit Kindern geht meist mit höherer Lärmbelastung einher, weil die Kinder zwischendurch laufen und/oder Ball spielen oder singen. Vergleiche dazu Kapitel 13 Vielleicht sollten entsprechende Eignungstest durchgeführt werden, bevor eine Person eine Ausbildung als Therapeut, Therapeutin machen möchte. Konzentriertes, empathisches Arbeiten ist in einem stressfreien Umfeld für Therapeut*in und Klient*in/Patient*in von Vorteil. Dies könnte sich auch im Therapieverlauf wiederspiegeln. Nachdem die persönliche Lebenssituation der Therapeut*innen im Zusammenhang mit Stress steht, wäre es von großer Bedeutung, wenn Therapeutinnen und Therapeuten regelmäßig Supervision in Anspruch nehmen würden. Außerdem sollte bei allen Themen, die nicht in der Supervision zu lösen sind, egal ob es sich um private oder berufliche Themen handelt eine Psychotherapie gemacht werden. Psychoedukation und Selbstfürsorge werden meist den Klient*innen /Patient*innen empfohlen und gelehrt, aber die Therapeut*innen kennen das häufig nur aus der Theorie. Wie bereits erwähnt, das regelmäßige Sporttreiben ermöglicht eine verbesserte Stressregulation. Dies bewies beispielsweise auch die Beobachtungsstudie von Aldana, Sutton, Jacobson und Quirk (1996), welche in den USA durchgeführt wurde.

Zusammengefasst können folgende Empfehlungen für Stressprävention abgegeben werden:

- Eignungstest vor Berufswahl
- Curriculum: es sollten für alle therapeutischen und pädagogischen Berufe deutlich mehr Supervisions- und Selbsterfahrungsstunden in die Ausbildung integriert werden
- Psychoedukation
- Selbstfürsorge
    - Mehr Pausen einlegen

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

  - Nicht zu viele Klienten pro Tag einteilen (Zeitmanagement)
  - Regelmäßig Urlaub eintragen
- Supervision/Intervision
- Mediation
- Psychotherapie zur Entwicklung der eigenen Persönlichkeit
- Regelmäßig Bewegung bis Sport

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

23 Literaturverzeichnis

Aiken, L. R. & Groth-Marnat, G. (2006). *Psychological Testing & Assessment (12th. ed.)* (12. ed.). Boston: Pearson.

Aldana, S. G., Sutton, L. D., Jacobson, B. H. & Quirk, M. G. (1996). Relationships between leisure time physical activity and perceived stress. *Perceptual and motor skills, 82* (1), 315-321.

Allport, G. W. & Odbert, H. S. (1936). Trait-names: A psycho-lexical study. *Psychological Monographs, 47* (1), i-171.

Amelang, M. & Bartussek, D. (2001). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung* (Kohlhammer-Standards Psychologie, 5., aktualisierte und erweiterte Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer.

Arthur, W. & Graziano, W. G. (1996). The five-factor model, conscientiousness, and driving accident involvement. *Journal of Personality, 64* (3), 593-618.

Aumüller, G., Aust, G., Engele, J., Kirsch, J., Maio, G., Mayerhofer, A. et al. (2014). *Duale Reihe Anatomie* (DUALE REIHE Herausgegeben von Alexander Bob und Konstantin Bob, 3., Auflage). Stuttgart: Thieme.

Barrick, Murray R., Michael K. Mount, Rashmi Gupta. (2003). Meta-Aanalysis of the relationship between the Five-Faktor-Model of Personality and Holland's Occuational Types, *56* (1), 45-74.

Belschak, F. (2001). *Streß in Organisationen. Entwicklung eines integrativen Streßmodells für den Organisationsbereich und dessen empirische Überprüfung* (Beiträge zur Wirtschaftspsychologie, Bd. 3). Lengerich: Pabst Science Publ.

Bischof-Köhler, D. (2010). Empathie, Theory of Mind und die Fähigkeit, auf mentale Zeitreise zu gehen. Zur Phylogenese und Ontogenese sozial-kognitiver Kompetenzen. In B. Mayer (Hrsg.), *Psychologie - Kultur - Gesellschaft* (1. Aufl., S. 47-69). Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.

Blumer, H. & Morrione, T. J. (2004). *George Herbert Mead and human conduct*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Böckelmann, I. & Sammito, S. (2020, S. 274). Herzfrequenzvariabilitätsanalyse in der betriebsärztlichen Praxis. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie, 70* (6), 269-277.

Borghans, L., Duckworth, A. L., Heckman, J. J. & ter Weel, B. (2008). The Economics and Psychology of Personality Traits. *Journal of Human Resources, 43* (4), 972-1059.

Cannon, W. B. (1927). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. An account of recent researches into the function of emotional excitement*. New York: D. Appleton and Co.

Cannon, W. B. (1929). ORGANIZATION FOR PHYSIOLOGICAL HOMEOSTASIS. *Physiological Reviews, 9* (3), 399-431.

Caspi, A., Roberts, B. W. & Shiner, R. L. (2004). Personality Development: Stability and Change. *Annual Review of Psychology, 56* (1), 453-484.

Cattell, R. B. (1943). The description of personality: basic traits resolved into clusters. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 38* (4), 476-506.

Christensen, M., Estevez, A., Yin, X., Fox, R., Morrison, R., McDonnell, M. et al. (2002). A Primary Culture System for Functional Analysis of C. elegans Neurons and Muscle Cells. *Neuron, 33* (4), 503-514.

Conley, J. J. (1984). The hierarchy of consistency: A review and model of longitudinal findings on adult individual differences in intelligence, personality and self-opinion. *Personality and Individual Differences, 5* (1), 11-25.

Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). *NEO five-factor inventory (NEO-FFI)*.

Costa, P. T., Terracciano, A. & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology, 81* (2), 322-331.

Dehne, M. & Schupp, J. (2007). Persönlichkeitsmerkmale im Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) - Konzept, Umsetzung und empirische Eigenschaften. *Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung*. Research Notes 26.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Dubois, J., Galdi, P., Han, Y., Paul, L. K. & Adolphs, R. (2018). Resting-state functional brain connectivity best predicts the personality dimension of openness to experience. *Personality neuroscience, 1*.

Eimer, M. & Lindner, S. (2005). *Herzfrequenzvariabilität - Eine neue Methode der Fitnessüberprüfung?* (1. Auflage). München: GRIN Verlag.

Eller-Berndl, D. (2010, S. 10). *Herzratenvariabilität* (1. Aufl.). Wien: Verlagshaus der Ärzte.

Feingold, A. (1994). Gender differences in personality: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 116* (3), 429-456.

Fraga, R., Franco, F. G., Roveda, F., Matos, L. N. J. de, Braga, A. M. F. W., Rondon, M. U. P. B. et al. (2007). Exercise training reduces sympathetic nerve activity in heart failure patients treated with carvedilol. *European journal of heart failure, 9* (6-7), 630-636.

Friedman, H. S., Tucker, J. S., Schwartz, J. E., Tomlinson-Keasey, C., Martin, L. R., Wingard, D. L. et al. (1995). Psychosocial and behavioral predictors of longevity: The aging and death of the "Termites.". *American Psychologist, 50* (2), 69-78.

Friedmann, J. (2000). The Good City: In Defense of Utopian Thinking. *International Journal of Urban and Regional Research, 24* (2), 460-472.

Gerabek, W. (Hrsg.). (2005). *Enzyklopädie Medizingeschichte*. Berlin: Walter de Gruyter.

Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology, 59* (6), 1216-1229.

H. Selye. (1956). *The stress of life. The stress of life.* (2 ed). New York: McGraw-Hill.

H. Selye. (1974, S. 35) [*Stress without distress]*. Philadelphia/New York: Lippincot Williams & Wilkins.

Häcker, H., Dorsch, F. & Becker-Carus, C. (Hrsg.). (2009). *Dorsch psychologisches Wörterbuch. [15000 Stichwörter, 800 Testnachweise, 5000 Literaturangaben]* (15., überarb. und erw. Aufl.). Bern: Huber.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Hall, S. (2018). *Ideologie, Identität, Repräsentation. Ausgewählte Schriften 4* (Stuart Hall - Ausgewählte Schriften, Bd. 4, 1. Auflage). Hamburg: Argument Verlag mit Ariadne.

Heckman, J. J. (2013). *Giving kids a fair chance* (Boston review books). Boston, Mass.: MIT Press.

Heinrichs, M., Stächele, T. & Domes, G. (2015). *Stress und Stressbewältigung* (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 58). Göttingen: Hogrefe.

Hottenrott, K., Hoos, O. & Esperer, H. D. (2006). Herzfrequenzvariabiltiät und Sport. *Herz, 31,* 544-552.

John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). The Big-Five Inventory-Version 4a and 54, *vol.6 No.15,* 13-28. Berkeley Institute of Personality and Social Research, University of California.

John, O. P., Naumann, L. P., & Soto, C. J. (Hrsg.). (2008). *Handbook of personality: Theory and research. Paradigm shift to the integrative Big Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues:* The Guilford Press.

Judge, T. A., Bono, J. E. & Ilies, R. (2002). *Persönlichkeit und Führung: eine qualitative und quantitative Überprüfung*. Verfügbar unter https://psycnet.apa.org/buy/2002-15406-013

Judge, T. A., Heller, D. & Mount, M. K. (2002). Five-factor model of personality and job satisfaction: a meta-analysis. *The Journal of applied psychology, 87* (3), 530-541.

Kelly, E. L. & Conley, J. J. (1987). Personality and compatibility: A prospective analysis of marital stability and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 52* (1), 27-40.

Körner, A., Geyer, M. & Brähler, E. (2002). Das NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI). *Diagnostica, 48* (1), 19-27.

Kristof-Brown, A. & am Ryan. (2003). *Focusing on personality in person-organization fit research*.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Kuhn, T. S. (2020). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen* (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, Bd. 25, Zweite revidierte und um das Postskriptum von 1969 ergänzte Auflage, 26. Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Kury, P. (2012). *Der überforderte Mensch. Eine Wissensgeschichte vom Stress zum Burnout* (Campus historische Studien, Bd. 66, 1. Aufl.). Bern, Univ., Habil.-Schr., 2010. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Lazarus, R. S. (1991). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist, 46* (4), 352-367.

Lazarus, R. S. (1994). *Emotion and Adaptation*. Oxford: Oxford University Press.

Lazarus, R. S. (1999). *Hope: An emotion and a vital coping resource against despair:* Free Association Books.

Lazarus, R. S. (2001). *Stress and emotion. A new synthesis*. London: Free Association.

Lazarus, R. S. (2004). Stress, Appraisal, and Coping. In *Encyclopedia of Health and Behavior.* SAGE Publications, Inc.

Lazarus, R. S. & Averill, J. R. (1972). *EMOTION AND COGNITION: WITH SPECIAL REFERENCE TO ANXIETY* (Anxiety): Elsevier (S. 241-290).

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality, 1* (3), 141-169.

Lazarus R. S. (1974). Psychological Stress and Coping in Adaptation and Illness. *Internation Journal of Psychiatry in Medicine* (Vol. 5, issue 4), 321-333.

Levi, L. (1964). *Stress-Körper, Seele und Krankheit. Eine Einführung in die psychosomatische Medizin* (11. Aufl.): Hansen-Schmid, Hans.

Levi, L. (1972). *Stress and distress in response to pcychosocial stimuli. Laboratory and real-life studies on sympatho-adrenomedullary and related reactions* (International Series of Monographs in experimental Psychology, Vol. 17). Oxford (osv.): Pergamon Press.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Lim, B.-C. & Ployhart, R. E. (2004). Transformational leadership: relations to the five-factor model and team performance in typical and maximum contexts. *The Journal of applied psychology, 89* (4), 610-621.

Löllgen, H. (1999). Neue Methoden in der kardialen Funktionsdiagnostik– Herzfrequenzvariabilität. *Deutsches Arzteblatt international, 96*.

Lu, S., Wei, F. & Li, G. (2021). The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. *Cell stress, 5* (6), 76-85.

Lück, H. E. & Guski-Leinwand, S. (2014). *Geschichte der Psychologie. Strömungen, Schulen, Entwicklungen* (Kohlhammer-Urban-Taschenbücher, Bd. 550, 7., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Margraf, J. & Schneider, S. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Matthes, J. (Hrsg.). (1981). *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit* (WV-Studium, 54/55, 5. Aufl.). Opladen: Westdeutscher Verlag.

McGrath, J. E. (1983). *Stress and Behavior in Organizations. Handbook of industrial and organizational psychology*. New York: John Wiley & Sons, Ltd.

Mead, G. H. (2008). *Philosophie der Erziehung*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Mey, G. & Mruck, K. (2020). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Moosbrugger, H. (2012). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (SpringerLink Bücher, 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Mueller, P. J. (2007). Exercise training and sympathetic nervous system activity: evidence for physical activity dependent neural plasticity. *Clinical and experimental pharmacology & physiology, 34* (4), 377-384.

Murray R. Barrick, Michael K. Mount, Timothy A. Judge. (2001). Personality and Performance at the Beginning of the New Millennium: What Do We Know and

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Where Do We Go Next? *International Journal of Selection and Assessment, 9* (1&2), 9-30.

Norman, W. T. (1967). *2800 Personality trait descriptors-- normative operatin characteristics for a university population*.

P.T. Jr. Costa & R.R. McCrae. (1989). *Neo Five-Factor Inventory. Neo Fünf Faktoren Fragebogen*. Verfügbar unter https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/neo-fuenf-faktoren-inventar-neo-ffi

Plaumann, M., Busse, A. & Walter, U. (2006). Grundlagen zu Stress. In K. Krankenkasse, unspecified, Kaufmc & K. Kaufmdnnische Krankenkasse (Hrsg.), *Weißbuch Prävention 2005/2006* (S. 3-12). Berlin/Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Pschyrembel, W. & Zink, C. (1998). *Pschyrembel klinisches Wörterbuch. Mit 250 Tabellen* (258., neu bearb). Berlin: de Gruyter.

Rammsayer, T. & Weber, H. (2016). *Differentielle Psychologie - Persönlichkeitstheorien* (Bachelorstudium Psychologie, 2. Auflage). Göttingen: Hogrefe Verlag Göttingen.

Rammstedt, B. & Danner, D. (2017). Die Facettenstruktur des Big Five Inventory (BFI). *Diagnostica, 63* (1), 70-84.

Rammstedt, B. & John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality, 41* (1), 203-212.

Rammstedt, B. & Kemper, C. J. (2011). Measurement equivalence of the Big Five: Shedding further light on potential causes of the educational bias. *Journal of Research in Personality, 45* (1), 121-125.

Rammstedt, B., Kemper, C. J., Klein, M. C., Beierlein, C. & Kovaleva, A. (2012). *Eine kurze Skala zur Messung der fünf Dimensionen der Persönlichkeit: Big-Five-Inventory-10 (BFI-10)* (GESIS-Working Papers, Bd. 2012/23). Mannheim.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Rammstedt, B., Kemper, C. J., Klein, M. C., Beierlein, C. & Kovaleva, A. (2014). *Big Five Inventory (BFI-10)*.

Rapp, U., Kourounakis, P. & Selye, H. (1979). Effect of steroids and diethylstilbestrol on cocaine toxicity, plasma concentrations and urinary excretion. *Arzneimittel-Forschung, 29* (1), 48-50.

Rauthmann, J. F. (2016). *Grundlagen der Differentiellen und Persönlichkeitspsychologie. Eine Übersicht für Psychologie-Studierende* (SpringerLink Bücher). Wiesbaden: Springer.

Rauthmann, J. F., Gallardo-Pujol, D., Guillaume, E. M., Todd, E., Nave, C. S., Sherman, R. A. et al. (2014). The Situational Eight DIAMONDS: a taxonomy of major dimensions of situation characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology, 107* (4), 677-718.

Rauthmann, J. F. & Sherman, R. A. (2016). Measuring the Situational Eight DIAMONDS Characteristics of Situations. *European Journal of Psychological Assessment, 32* (2), 155-164.

Rotter, J. B. & Hochreich, D. J. (1979 S. 105). *Persönlichkeit. Theorien, Messung, Forschung* (Heidelberger Taschenbücher Basistext Psychologie, Band 202). Berlin: Springer-Verlag.

Sarasin, P. (2016). *Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765-1914* (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Bd. 1524, 4ª Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Schmidt, F. L. & Hunter, J. E. (1998). The validity and utility of selection methods in personnel psychology: Practical and theoretical implications of 85 years of research findings. *Psychological Bulletin, 124* (2), 262-274.

Schütz, A., Rüdiger, M. & Rentzsch, K. (2016). *Lehrbuch Persönlichkeitspsychologie* (1. Auflage). Bern: Hogrefe.

Selye, H. (1936). A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature, 138* (3479), 32.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Selye, H. (1938). EXPERIMENTAL EVIDENCE SUPPORTING THE CONCEPTION OF "ADAPTATION ENERGY". *American Journal of Physiology-Legacy Content, 123* (3), 758-765.

Selye, H. (1976). The stress concept. *Canadian Medical Association Journal, 115* (8), 718.

Selye, H. (1981, S. 99). *Stress - mein Leben. Erinnerungen e. Forschers*. München: Kindler.

Selye, H. (1988). *Stress. Bewältigung und Lebensgewinn* (Serie Piper, Bd. 631, 2. Aufl, 12.-18. Tausend). München: R. Piper.

Selye, H. & Köbcke, H. (1953). *Einführung in die Lehre vom Adaptationssyndrom*. Hrsg: Köbcke, Hans. Stuttgart: Thieme.

Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. et al. (2004). The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine, 58* (8), 1483-1499.

Srivastava, D. S. (2002). The role of conservation in expanding biodiversity research. *Oikos, 98* (2), 351-360.

Stefan Sammito, Beatrice Thielmann, Reingard Seibt, André Klussmann, Matthias Weippert & Irina Böckelmann. (2014). *AWMF Leitlinie: Nutzung der Herzschlagfrequenz und der Herzfrequenzvariabilität in der Arbeitsmedizin und der Arbeitswissenschaft*.

Strübing, J. (2005). *Pragmatistische Wissenschafts- und Technikforschung. Theorie und Methode*. Zugl.: Berlin, Freie Univ., Habil.-Schr., 2003. Frankfurt/Main: Campus-Verl.

Thayer, J. F., Hansen, A. L., Saus-Rose, E. & Johnsen, B. H. (2009). Heart rate variability, prefrontal neural function, and cognitive performance: the neurovisceral integration perspective on self-regulation, adaptation, and health. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine, 37* (2), 141-153.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Thayer, J. F. & Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders, 61* (3), 201-216.

Turner, J. H. (2006, S. 179). *Face to face. Toward a sociological theory of personal behavior*. Stanford, Ca.: Stanford University Press.

Vassend, O. & Skrondal, A. (1995). Factor analytic studies of the neo personality inventory and the five-factor model: The problem of high structural complexity and conceptual indeterminacy. *Personality and Individual Differences, 19* (2), 135-147.

Vecchione, M., Schoen, H., Castro, J. L. G., Cieciuch, J., Pavlopoulos, V. & Caprara, G. V. (2011). Personality correlates of party preference: The Big Five in five big European countries. *Personality and Individual Differences, 51* (6), 737-742.

Vester, F. (1993). *Phänomen Streß. Wo liegt sein Ursprung, warum ist er lebenswichtig, wodurch ist er entartet?* (Dtv dtv-Sachbuch, Bd. 30064, Ungekürzte, vom Autor überarb. Ausg., 13. Aufl.). München: Dt. Taschenbuch-Verl.

Viken, R. J., Rose, R. J., Kaprio, J. & Koskenvuo, M. (1994). A developmental genetic analysis of adult personality: extraversion and neuroticism from 18 to 59 years of age. *Journal of Personality and Social Psychology, 66* (4), 722-730.

Wagerman, S. A. & Funder, D. C. (2009). Personality psychology of situations. In G. Matthews & P. J. Corr (Eds.), *The Cambridge handbook of personality psychology* (Cambridge handbooks in psychology, pp. 27-42). Cambridge: Cambridge University Press.

Werner, S., Zittel, C. & Fleck, L. (Hrsg.). (2019). *Denkstile und Tatsachen. Gesammelte Schriften und Zeugnisse* (Suhrkamp Taschenbücher Wissenschaft, Bd. 1953, 3. Auflage). Berlin: Suhrkamp.

Wolff, H. G. (1953). *Stress and disease*. Springfield: Charles C Thomas Publisher.

Wulf, C. & Zirfas, J. (Hrsg.). (2014). *Handbuch Pädagogische Anthropologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Ziebertz, H.-G. & Herbert, M. (2009). *Plurale Identität und interkulturelle Kommunikation*. Mannheim: Lit.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

24 Internetquellen

Garmin Ltd. (2022) Herzratenvariabilität: Verfügbar unter https://support.garmin.com/de-AT/?faq=WT9BmhjacO4ZpxbCc0EKn9

Judge, T. A., Bono, J. E. & Ilies, R. (2002). *Persönlichkeit und Führung: eine qualitative und quantitative Überprüfung*. Verfügbar unter https://psycnet.apa.org/buy/2002-15406-013

Dehne, M. & Schupp, J. (2007). Persönlichkeitsmerkmale im Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) - Konzept, Umsetzung und empirische Eigenschaften. *Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung*. Research Notes 26. Verfügbar unter www.diw.de

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

25 Anhang

25.1 Handout für Therapeut*innen

Empirische Studie zum Thema Stressmanagement im therapeutischen Setting

Diese Arbeit dient der Erforschung von Stressmustern, Stressverhalten im therapeutischen Setting. Die Erkenntnisse daraus sollen ein besseres Verständnis für individuelle Stressmodi aufzeigen und neue Wege für das Stressmanagement für Therapeut*innen eröffnen.
Mit Ihrer Teilnahme an dieser Studie leisten Sie einen wichtigen Beitrag, Burnout Situationen von Therapeut*innen vorzeitig zu erkennen. Die Erforschung neuer Wege zur Evaluierung und Optimierung von Stressmanagement sollen interessante Einblicke und Ausblicke zum Thema Stressregulation während und nach einer Behandlung/Therapie aufzeigen.
Selbstverständlich werden Ihre Daten anonymisiert. Das machen Sie bereits selbst laut Anleitung auf den Fragebögen und Notizbereichen. Für den/die Therapeut*in: T + dritter + vierter Buchstaben Ihres Vornamens + die Summe der Buchstaben des Nachnamens.
Für den/die Patient*in/Klient*in anonymisieren Sie nach gleicher Weise. P + dritter + vierter Buchstaben des Vornamens + Summe des Nachnamens.

1. Technische Hilfsmittel

Im folgenden Abschnitt wird das Handling mit der Technik beschrieben, die für die Aufzeichnung des Stresslevels verwendet wird.

1.1 Beschreibung Handling Smartphone, Garmin Connect App, Garminuhr Vivoactive 4S:

Ich versende per Post oder übergebe persönlich an Therapeut*innen eine Garminuhr, Vivoactive 4S und ein Smartphone (ZTE oder Samsung S9), in welchem die Garmin Connect App zur Übertragung der Daten installiert ist. Mittels der Uhr wird das

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Stresslevel auf Basis der Herzratenvariabilität berechnet, ausgewertet und gemeinsam mit verschiedenen anderen Parametern in die App übertragen (Herzfrequenz, Body Battery, Stress, Schritte, Stockwerke, Kalorien, Atmung).

Die Therapeut*in trägt die Garminuhr Vivoactive 4S bereits mindestens 6 Stunden bis 1 Tag vor Beginn der Arbeit, um ein Grundstressverhalten zu erfassen und zu dokumentieren. Die Uhr wird während der gesamten Arbeit und die ganze Nacht getragen. Damit soll auf ein allgemeines Stressmuster der Therapeut*in rückgeschlossen werden können. Bitte die Garminuhr Vivoactive 4S täglich abends aufladen. Dies bedeutet eine Unterbrechung der Aufzeichnungen von circa 60 Minuten. Nach Beendigung des Ladevorgangs bitte die Uhr wieder tragen, um die Aufzeichnungen fortführen zu können. Die Garminuhr Vivoactive 4S ist wasserdicht und kann auch während des Duschens getragen werden.

Die Daten müssen regelmäßig, einmal täglich in die Garmin Connect App übertragen werden, dass die Aufzeichnungen lückenlos in der App ersichtlich sind und diese ausgewertet werden können. Die tägliche Übertragung ist äußerst wichtig, dass keinerlei Daten verloren gehen können! Sollten Sie die Connect App immer aktiv offen haben, sodass die Daten in Echtzeit in die App übertragen werden, machen Sie am Abend trotzdem noch einmal eine Übertragung der Daten.

ACHTUNG! Bitte die Garminuhr Vivoactive 4S täglich mit der mitgelieferten Ladeeinheit aufladen. Die Batterie der Uhr hält leider nicht sehr lange! Die Ladezeit beträgt maximal circa 60 Minuten.

Bitte auch das Smartphone täglich mit der mitgelieferten Ladeeinheit aufladen.

Auf den Smartphones ist kein Internet installiert, da diese ohne Simkarte von mir weiter gegeben werden. Bitte verbinden Sie das Smartphone mit Ihrer WLAN, aktivieren Sie Bluetooth, falls es inaktiv ist. (Bluetooth wird von mir schon vorab aktiviert, bitte trotzdem kontrollieren, ansonsten ist keine Datenübertragung möglich!)

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

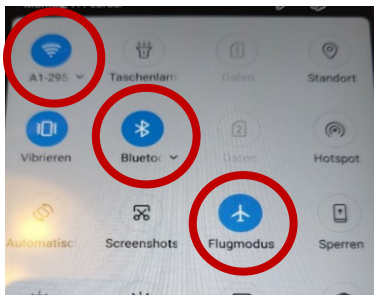
1.2 **Technische Umsetzung Datenübertragung:**

In diesem Abschnitt werden die einzelnen Handlungsschritte beschrieben, die zur Übertragung der Daten von der Garminuhr Vivoacitve 4S in die Garmin Connect App nötig sind.

a. Nachdem Ihr Arbeitstag beendet ist, verbinden Sie das Smartphone mit Ihrer WLAN (Bild 1).
b. Aktivieren Sie Bluetooth am Smartphone. Bei der Uhr ist diese Funktion automatisch aktiviert (Bild 1).
c. Tippen Sie auf die Garmin Connect App um diese zu öffnen (Bild 2).
d. Die Garminuhr Vivoactive 4S ist bereits in der App vorinstalliert.
e. Die Daten werden jetzt automatisch von der Uhr in die App übertragen. Dies funktioniert erst, sobald WLAN und Bluetooth am Smartphone aktiviert sind und die App geöffnet wurde (Bild 3).
f. Bitte kontrollieren Sie, ob alle Daten übertragen worden sind, und Sie ihr eigenes Stressmuster und andere Parameter sehen können (siehe Bild und Kapitel 1.1, Zeile 5 erster Absatz). Meist muss man nochmals auf das Icon rechts oben klicken, dass die Datenübertragung wiederholt wird, um die gesamten Informationen in der App abspeichern zu können (Bild 3).
g. Datum, Uhrzeit und anonymisierten Namen der/des Therapeut*in nach der Übertragung auf dem Blatt Notizen Therapeut*in dokumentieren.

1.3 Fotos:

- **Wlan und Bluetooth**



https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Bild 1: Einstellungen

- **Garmin Connect App am Smartphone als Connect bezeichnet**

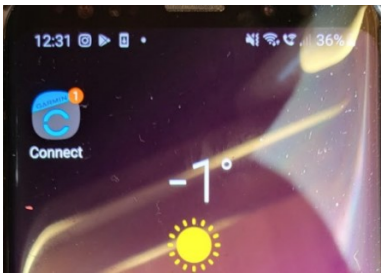


Bild 2: Connect antippen

- **Datenübertragung von Garminuhr Vivoactive 4S an Smaprtphone in die Connect App**

zweites Mal anklicken für die gesamte Übertragung

Bild 3: Übertragung der Daten

2 Tägliche Work-Routine:

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

1. Uhr 23 Stunden tragen während dem Studienverlauf. Die Batterie der Uhr hält maximal 1,5 Tage. Bitte diese täglich aufladen. Ladevorgang dauert maximal 60 Minuten. Das Ladekabel wird gemeinsam mit der Garminuhr Vivoactive 4S und einem Smartphone mitgeliefert. Das Aufladen der Uhr soll frühestens 2 Stunden nach Beendigung des Arbeitstages stattfinden.
2. Bitte einen Vermerk auf das Blatt „Notizen Therapeut*in“ machen, ab wann sie die Garminuhr Vivoactive 4S tragen und welche Art von Behandlung/Therapie Sie machen. Die Uhr ist so eingestellt, dass sie am rechten Handgelenk getragen werden soll.
3. Start ausfüllen Fragebögen. Fragebogen I (BFI-10) und Fragebogen II (Situational Eight Diamonds - S8*) wird von der Therapeut*in ausgefüllt. Nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und beginnen Sie mit dem Beantworten der Fragen. Dies können Sie schon am Vorabend in Ruhe machen. Ihren Namen bitte mit folgendem Code notieren: T + dritter und vierter Buchstabe des Vornamens + Anzahl der Buchstaben im Nachnamen
4. Fragebogen II: Situational Eight Diamonds - S8* Fragebogen zur Erfassung der Situation/ Persönlichkeit /Interaktion mit 24 Items. **Bitte denken Sie, bevor Sie mit dem Beantworten der Fragen beginnen, an Ihre derzeitige Lebenssituation!**
5. Start Ihrer täglichen Workroutine mit Begrüßung Klient*in/Patient*in, Anamnese machen Sie wie gewohnt.

   Für diese Studie erfassen Sie bitte folgende Daten Ihrer Klienten und verwenden Sie dafür das Blatt „Datenblatt Klient*in/Patient*in“:
   - Namen, bitte mit folgendem Code versehen: Für Patienten/Klienten: P + dritter und vierter Buchstabe des Vornamens + Anzahl der Buchstaben im Nachnamen
   - Alter
   - Geschlecht
   - Grund des Besuches
   - Dauer der Behandlung/Therapie

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

- Sollte sich das Thema während der Behandlung verändert haben, bitte notieren Sie dies in Stichworten auch auf diesem Blatt

6. Start Behandlung und/oder Therapie
7. Start Notizen auf dem Blatt Notizen: Während und/oder nach der Behandlung/Therapie, machen Sie bitte stichwortartige Notizen (Tagebuch) auf dem dafür vorgesehenen Blatt Notizen über Gedanken/Themen, die Sie gerade vordergründig beschäftigen. (Diese können sich um den/die soeben behandelte Klient*in oder schon um die nächste Patient*in oder auch um ganz etwas anderes handeln. Einfach stichwortartige Vermerke machen).
8. Start Fragebogen III – BFI-10 zur Einschätzung der Persönlichkeit der Patient*in/Klient*in. Dies können Sie auch während der Behandlung/Therapie einfließen lassen. Auch so, ohne dass die Patienten/Klienten direkt damit konfrontiert werden. So wie es für Sie am besten in den Arbeitsablauf passt. Dauert ca. 100 Sekunden.
9. Ende der Behandlung/Therapie und Verabschiedung.
10. Kurze Pause, oder wie Sie Ihren Arbeitsalltag eingeteilt haben.
11. Nächste Patient*in/Klient*in
12. Bitte in Summe, wenn möglich, 10 Klient*innen/Patient*innen dokumentieren. Dies kann auf zwei bis drei Tage verteilt gemacht werden.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Fragebogen I/ BFI-10

Dieser Fragebogen betrifft den/die Therapeut*in und wird von ihm/ihr ausgefüllt.

Code: T + dritter und vierter Buchstaben des Vornamens + Anzahl der Buchstaben im Nachnamen

Name Therapeut*in: _____

Datum und Uhrzeit der Erfassung:_____

Alter:_____ Geschlecht:_____ Art d. Therapie/Behandlung: _____

BFI-10

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	weder noch	eher zutreffend	trifft voll und ganz zu
(1) Ich bin eher zurückhaltend, reserviert.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
(2) Ich schenke anderen leicht Vertrauen, glaube an das Gute im Menschen.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
(3) Ich bin bequem, neige zur Faulheit.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
(4) Ich bin entspannt, lasse mich durch Stress nicht aus der Ruhe bringen.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
(5) Ich habe nur wenig künstlerisches Interesse.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
(6) Ich gehe aus mir heraus, bin gesellig.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
(7) Ich neige dazu, andere zu kritisieren.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
(8) Ich erledige Aufgaben gründlich.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
(9) Ich werde leicht nervös und unsicher.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
(10) Ich habe eine aktive Vorstellungskraft, bin fantasievoll.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

(Rammstedt, B. et al., 2014)

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Fragebogen II: betrifft den/die Therapeut*in und wird von ihm/ihr ausgefüllt

Code: T + dritter und vierter Buchstaben des Vornamens + Anzahl der Buchstaben im Nachnamen

Name Therapeut*in codiert:

_____

Datum und Uhrzeit der

Erfassung:_____

Fragestellung: Bitte denken Sie daran: „Was trifft auf Ihre derzeitige Lebenssituation zu?“

Situational Eight DIAMONDS - S8*

	Die Items der S8* (basierend auf der RSQ-8)	Wie stark trifft die Aussage zu? überhaupt nicht 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 teils-teils völlig
***D**uty*		
1.	Eine Arbeit muss erledigt werden.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
2.	Aufgabenorientiertes Denken ist notwendig.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
3.	Ich muss (m)eine Pflicht erfüllen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
***I**ntellect*		
4.	Die Situation enthält intellektuelle Reize.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
5.	Es besteht die Möglichkeit intellektuelle Fähigkeiten zu demonstrieren.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
6.	Informationen müssen tiefgründig geistig be-/verarbeitet werden.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
***A**dversity*		
7.	Ich werde kritisiert.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
8.	Ich werde für etwas beschuldigt.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
9.	Ich werde durch etwas oder jemanden bedroht.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
***M**ating*		
10.	Potentielle sexuelle oder romantische PartnerInnen sind anwesend.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
11.	Physische Attraktivität ist relevant.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
12.	Die Situation ist sexuell aufgeladen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
*p**O**sitivity*		
13.	Die Situation ist erfreulich.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
14.	Die Situation ist verspielt.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
15.	Die Situation ist fröhlich und ausgelassen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
***N**egativity*		
16.	Die Situation könnte Stress auslösen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
17.	Die Situation könnte Gefühle der Anspannung auslösen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
18.	Die Situation bringt Frustration mit sich.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
***D**eception*		
19.	Es ist möglich, jemanden zu täuschen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
20.	Jemand in der Situation könnte betrügerisch sein.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
21.	Es ist möglich nicht ehrlich mit Anderen umzugehen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
***S**ociality*		
22.	Enge persönliche Beziehungen sind wichtig oder können sich entwickeln.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
23.	Andere Leute zeigen viele kommunikative Signale.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
24.	Die Kommunikation mit anderen Menschen ist wichtig oder erwünscht.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

(Rauthmann & Sherman, 2016)

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Datenblatt Klient*in/Patient*in

Code: T + dritter und vierter Buchstaben des Vornamens + Anzahl der Buchstaben im Nachnamen

Code: P + dritter und vierter Buchstaben des Vornamens + Anzahl der Buchstaben im Nachnamen

Name Therapeut*in codiert: _____

Datum und Uhrzeit der

Erfassung:_____

Dauer der Behandlung/Therapie: _____

Name Patient*in/Klient*in codiert: _____

Alter: _____ Geschlecht: _____

Grund des Besuches: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Fragebogen III / BFI-10

Dieser Fragebogen wird zur Einschätzung der Persönlichkeit der Patienten/Klienten angewendet und von dem/der Therapeut*in ausgefüllt, bezogen auf die Patient*in/Klient*in.

Code: P + dritter und vierter Buchstaben des Vornamens + Anzahl der Buchstaben im Nachnamen

Name Patient*in/ Klient*in: _____

Datum und Uhrzeit der Erfassung:_____

Alter:_____ Geschlecht:_____ Art d. Therapie/Behandlung: _____

BFI-10

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	weder noch	eher zutreffend	trifft voll und ganz zu
(1) Ich bin eher zurückhaltend, reserviert.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
(2) Ich schenke anderen leicht Vertrauen, glaube an das Gute im Menschen.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
(3) Ich bin bequem, neige zur Faulheit.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
(4) Ich bin entspannt, lasse mich durch Stress nicht aus der Ruhe bringen.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
(5) Ich habe nur wenig künstlerisches Interesse.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
(6) Ich gehe aus mir heraus, bin gesellig.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
(7) Ich neige dazu, andere zu kritisieren.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
(8) Ich erledige Aufgaben gründlich.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
(9) Ich werde leicht nervös und unsicher.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
(10) Ich habe eine aktive Vorstellungskraft, bin fantasievoll.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

(Rammstedt, B. et al., 2014)

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Notizen Therapeut*in

Code: T + dritter und vierter Buchstabe des Vornamens + Anzahl der Buchstaben im Nachnamen

Name Therapeut*in codiert:_____

Uhr am Handgelenk getragen ab:_____

Datum und Uhrzeit der Aufzeichnungen:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

25.2 Auswertung BFI-10

Die Auswertung erfolgt mittels SPSS mit folgender Kodierung (siehe Abbildung 5) (Rammstedt, B. et al., 2014).

SPSS-Syntax zur Auswertung der BFI-10

```
RECODE item01 item03 item04 item05 item07 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) INTO item01r item03r
item04r item05r item07r.

COMPUTE BFI_E=Mean(item01r, item06).
COMPUTE BFI_N=Mean(item04r, item09).
COMPUTE BFI_O=Mean(item05r, item10).
COMPUTE BFI_G=Mean(item03r, item08).
COMPUTE BFI_V=Mean(item02, item07r).

EXECUTE.
```

Abbildung 16: SPSS Syntax zur Auswertung der BFI - 10 (Rammstedt et al. 2014 aus Gesis Working Papers 2012/23)

25.3 Rohdaten

In diesem Abschnitt werden die Rohdaten komprimiert als Exceltabelle, die als Basis für die statistische Auswertung mittels SPSS dient dargestellt. Auf den ersten vier Screenshots sind die Überschriften ersichtlich, die sich auf den weitern Bildern fortsetzen. Die gesamten Rohdaten werden gesondert online in die dafür vorgesehene Datenbank in Moodle hochgeladen. Pro Therapeut*in sind das zwischen 10 – ca. 18 Seiten.

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

25.3.1 Exceltabelle Daten Therapeut*innen

	code	date	time	alter	sex	beruf	art	bfi_1	bfi_2	bfi_3	bfi_4	bfi_5	bfi_6
2	TLI6	20.04.2022	21:35	23	1	1	Heilmasseurin	2	2	2	4	4	4
3	PF06	21.04.2022	09:00	61	2	1	Heilmassagen	1	3	5	4	4	4
4	PHA8	21.04.2022	13:30	54	1	1	Lymphtrainage	4	4	2	3	2	4
5	PGE7	21.04.2022	14:30	61	1	1	Heilmassagen	2	2	4	3	4	4
6	PLD10	21.04.2022	15:30	92	1	1	Lymphtrainage	2	2	3	4	4	4
7	PRI6	21.04.2022	16:30	49	2	1	Heilmassagen	3	4	1	4	1	4
8	PRT8	21.04.2022	17:30	60	1	1	Heilmassagen	2	4	2	2	3	3
9	PBE7	22.04.2022	09:00	31	2	1	Heilmassagen	2	4	4	4	4	4
10	TAE8	22.02.2022	20:00	50	1	2	Psychologin	4	4	2	4	1	4
11	PBE4	22.02.2022	17:00	49	1	2	Psycholog. Beratung	5	3	4	2	4	4
12	PIT7	24.02.2022	18:00	42	1	2	Psycholog. Beratung	1	1	1	1	3	4
13	PRI11	23.02.2022	13:00	59	1	2	Psycholog. Beratung	1	2	3	2	4	4
14	PBL6	23.02.2022	15:00	47	2	2	Psycholog. Beratung	1	2	4	4	1	1
15	POM4	23.02.2022	19:00	42	2	2	Psycholog. Beratung	2	4	4	2	1	2
16	PCH7	23.02.2022	10:00	28	2	2	Psycholog. Beratung	4	2	4	2	4	2
17	PTBU6	28.02.2022	09:00	51	1	2	Psycholog. Beratung	4	3	2	4	2	4
18	PNT6	28.02.2022	10:00	65	2	2	Psycholog. Beratung	4	2	1	4	2	2
19	TRN8	25.02.2022		39	2	1	Ergotherapeut	2	4	2	4	2	3
20	PEF7	22.02.2022	10:00	20	2	1	Ergotherapie	4	3	4	2	4	1
21	PEF7	22.02.2022	11:00	20	2	1	Cranio Sacral	4	3	4	2	4	1
22	PLJ6	22.02.2022	14:00	52	1	1	Ergotherapie	2	4	2	4	5	5
23	PGE6	22.02.2022	16:45	48	1	1	Ergotherapie	4	2	4	2	5	3
24	PLJ6/2	24.02.2022	16:30	52	1	1	Ergo/Cranio	3	4	2	3	4	5
25	PRB5	24.02.2022	17:45	54	1	1	Ergo/Shiatsu	2	3	2	3	5	3
26	PTR12	24.02.2022	19:00	45	1	1	Ergo/Shiatsu	1	5	4	2	2	2
27	PRI10	25.02.2022	10:30	84	1	1	Ergo	2	2	1	3	4	4
28	PKE9	25.02.2022	11:30	44	1	1	Ergo/Shiatsu	2	2	1	2	3	4

	bfi_6	bfi_7	bfi_8	bfi_9	bfi_10	S8_1	S8_2	S8_3	S8_4	S8_5	S8_6	S8_7	S8_8	S8_9	S8_10	S8_11
2	4	2	4	3	4	6	6	7	2	2	4	1	1	1	6	4
3	4	1	4	1	2											
4	4	2	4	4	4											
5	4	2	4	2	2											
6	4	4	3	2	2											
7	4	1	5	2	4											
8	3	2	4	4	4											
9	4	2	4	2	4											
10	4	2	4	2	5	7	6	6	7	5	6	2	1	1	5	5
11	4	5	5	4	3											
12	4	5	5	5	3											
13	4	5	5	4	3											
14	1	2	4	3	5											
15	2	4	5	3	5											
16	2	3	5	4	3											
17	4	2	4	2	4											
18	2	4	4	3	5											
19	3	2	5	1	5	7	7	4	6	6	5	4	2	2	3	3
20	1	3	3	4	3											
21	1	3	3	4	3											
22	5	2	5	4	2											
23	3	3	5	2	2											
24	5	2	5	4	2											
25	3	2	4	2	2											
26	2	2	4	3	2											
27	4	4	5	1	3											
28	4	2	4	4	2											

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Daten Therapeuten Anhang - Excel

Maria·Helene·Bachmann,·M.A.¶

	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP
1	S8_11	S8_12	S8_13	S8_14	S8_15	S8_16	S8_17	S8_18	S8_19	S8_20	S8_21	S8_22	S8_23	S8_24	grund
2	4	1	6	6	7	6	6	5	2	2	1	6	5	6	Therapeutin
3															Schmerzen HWS-Bereich
4															Ödeme
5															Schmerzen HWS-Bereich
6															Lymphödem im Bein
7															Verspannung im Nacken
8															Verspannung
9															Bandscheibenvorfall
10	5	5	6	4	4	6	4	3	1	2	2	5	5	4	
11															psychische Probleme
12															psychische Probleme
13															psychische Probleme
14															psychische Probleme
15															psychische Probleme
16															psycho soziale Probleme
17															psychische Probleme
18															psychische Probleme
19	3	3	5	3	4	7	5	5	2	2	2	4	3	4	Therapeut
20															Thoraxtrauma
21															Tetraparaese
22															Fraktur
23															Contusion
24															Fraktur
25															Arthritis
26															Skoliose
27															Arthrose
28															Cervikalsyndrom

Daten Therapeuten Anhang - Excel

Maria·Helene·Bachmann,·M.A.¶

	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY
1	grund	diagnose	tresslevel=SI	SL2	SL3	SL4	Notiz	Durchschnittliches Stresslevel im Tagesverlauf		
2	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin			
3	Schmerzen HWS-Bereich	physisch = 1	80	75	50	50	Patinet desinteressiert; Therapeutin verärgert; Stress = 1	28		
4	Ödeme	1	48	75	60	50	kann Genesung nicht versprechen; Stress = 1	28		
5	Schmerzen HWS-Bereich	1	48	48	48	48	1	28		
6	Lymphödem im Bein	1	45	60	45	70	1	28		
7	Verspannung im Nacken	1	75	84	90	70	1	28		
8	Verspannung	1	75	55	48	70	1	28		
9	Bandscheibenvorfall	1	75	90	50	50	1	27		
10							Therapeut	33		
11	psychische Probleme	psychisch = 2	49	50	48	50	1	33		
12	psychische Probleme	2	32	12	30	28	1	36		
13	psychische Probleme	2	24	28	20	28	1	28		
14	psychische Probleme	2	20	30	38	38	1	28		
15	psychische Probleme	2	17	15	13	17	1	28		
16	psycho soziale Probleme	2	69	60	30	25	1	28		
17	psychische Probleme	2	38	40	43	40	1	24		
18	psychische Probleme	2	64	50	40	20	1	24		
19	Therapeut	Therapeut	Therapeut				Therapeut			
20	Thoraxtrauma	1	3	5	6	8	1	10		
21	Tetraparaese	1	13	10	8	0	1	10		
22	Fraktur	1	5	7	26	0	verärgert über fehlende complience Stress=1	10		
23	Contusion	1	20	24	21	0	handy von klientin klingelt = stört. Stress=1	10		
24	Fraktur	1	28	20	15	8	1	10		
25	Arthritis	1	19	18	8	24	1	16		
26	Skoliose	1	16	7	29	0	1	16		
27	Arthrose	1	15	11	23	5	1	21		
28	Cervikalsyndrom	1	22	59	30	36	1	21		

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Daten Therapeuten Anhang - Excel

Maria·Helene·Bachmann,·M.A.¶

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
28	PKE9	25.02.2022	11:30	44	1	1	Ergo/Shiatsu	2	2	1	2	3	4
29	TRT8	16.03.2022	07:30	60	2	2	Psychotherapeut	4	5	2	4	4	2
30	PVI8	16.03.2022	17:50	22	2	2	Psychotherapie einzel	1	3	2	1	2	2
31	PNA5	16.03.2022	16:35	33	1	2	Psychotherapie einzel	5	4	1	4	5	2
32	PRI5	16.03.2022	15:05	25	1	2	Psychotherapie einzel	4	4	2	2	3	2
33	PHA7	16.03.2022	13:20	65	1	2	Psycholog. Beratung	5	2	2	5	1	2
34	PRS7	16.03.2022	09:20	52	1	2	Psychotherapie einzel	1	2	5	1	2	5
35	PRK8	16.03.2022	10:25	34	2	2	Psychotherapie einzel	4	3	5	1	2	4
36	TEL7	16.03.2022	21:19	37	1	1	Physiotherapeutin	1	4	1	4	3	5
37	PNI6	17.03.2022	08:30	48	1	1	Physiotherapie	3	2	3	2	4	3
38	PRN7	17.03.2022	08:45	46	1	1	Physio	2	4	4	5	1	5
39	PRI6	17.03.2022	10:00	32	2	1	Physio/Lymph	3	5	5	3	5	4
40	PND6	17.03.2022	11:00	47	1	1	Physio	2	5	2	4	3	4
41	PRI10	17.03.2022	15:00	25	1	1	Physio	1	4	1	1	2	5
42	PDR6	17.03.2022	15:40	61	1	1	Physio	3	2	4	3	5	4
43	PNI7	17.03.2022	16:20	87	1	1	Physio/Massage	2	3	1	4	1	4
44	PRT6	17.03.2022	16:55	47	1	1	Physio	3	4	1	4	2	2
45	PRK9	17.03.2022	18:00	54	1	1	Physio	1	3	3	5	2	5
46	TGE12	21.03.2022	20:00	52	1	3	Pädag. Trainerin	2	5	2	2	3	3
47	PCA15	22.03.2022	13.20	8	2	3	Pädag. Trainerin	1	3	4	4	2	4
48	PEL6	22.03.2022	14:20	6	1	3	Pädag. Trainerin	4	3	5	4	2	3
49	PAN7	22.03.2022	15:20	10	1	3	Pädag. Trainerin	3	4	2	2	1	4
50	PPH7	22.03.2022	16:20	10	1	3	Pädag. Trainerin	2	4	5	5	2	3
51	PIA9	22.03.2022	17:20	11	2	3	Pädag. Trainerin	4	4	3	2	3	2
52	PKO10	22.03.2022	07:35	16	2	3	Pädag. Trainerin	4	4	4	4	1	3
53	PUR12	23.03.2022	13:05	7	1	3	Pädag. Trainerin	2	4	3	4	3	4
54	PCT11	23.03.2022	15:05	10	1	3	Pädag. Trainerin	4	4	3	3	2	3
55	PNE11	23.03.2022	16:05	13	1	3	Pädag. Trainerin	4	4	5	2	2	4
56	PXI8	23.03.2022	17:05	12	2	3	Pädag. Trainerin	4	4	5	5	1	4
57	TNI4	21.03.2022	19:30	47	1	2	Musiktherapeutin	2	2	2	4	1	4
58	PAN5	22.03.2022	10:00	89	1	2	Musiktherapie	2	4	2	2	4	4
59	PRT7	22.03.2022	11:00	69	1	2	Musiktherapie	2	2	2	2	2	3
60	PNA9	22.03.2022	11:00	67	1	2	Musiktherapie	1	4	1	4	2	1

Daten Therapeuten Anhang - Excel

Maria·Helene·Bachmann,·M.A.¶

	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB
28	4	2	4	4	2											
29	2	2	5	4	3	6	5	6	6	7	6	5	3	3	6	6
30	2	5	5	4	2											
31	2	5	4	4	4											
32	2	5	4	4	4											
33	2	1	5	1	5											
34	5	5	5	3	2											
35	4	2	4	5	4											
36	5	2	4	1	4	6	7	6	5	6	7	4	3	4	7	4
37	3	4	5	3	4											
38	5	1	5	1	5											
39	4	1	3	3	2											
40	4	2	5	1	5											
41	5	3	5	2	3											
42	4	2	5	1	4											
43	4	4	5	3	4											
44	2	1	5	4	3											
45	5	3	5	1	4											
46	3	3	4	4	4	5	5	4	6	4	4	2	1	1	7	5
47	4	5	5	2	4											
48	3	3	4	4	4											
49	4	3	4	5	5											
50	3	3	2	4	4											
51	2	3	4	4	4											
52	3	3	2	2	5											
53	4	5	5	5	4											
54	3	3	4	3	4											
55	4	4	3	3	5											
56	4	3	4	4	5											
57	4	2	4	2	5	5	6	4	3	3	5	1	1	1	1	1
58	4	1	4	2	1											
59	3	3	4	2	4											
60	1	3	4	2	4											

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Daten Therapeuten Anhang - Excel

Maria·Helene·Bachmann,·M.A.¶

	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP
28															Cervikalsyndrom
29	6	4	5	3	3	6	6	5	3	2	1	7	5	6	Therapeut
30															Fremdaggression/Selbstent
31															Impulskontrollstörung
32															Schizophren/Wahnhaft
33															erweiterte Wahrnehmung
34															Erschöpfungsdepri/Burn Ou
35															PC-Spielsucht, Depression
36	4	4	6	3	4	6	6	4	7	6	6	7	7	7	Therapeutin
37															Physische Themen
38															BWS Schmerzen
39															Schmerzen
40															Schmerzen nach Verletzung
41															Migräne
42															Schmerzen/Narben
43															Verspannungen
44															Prolaps L4/L5
45															Postprolaps
46	5	5	5	4	4	4	4	3	3	2	2	2	3	3	Päd. Trainerin
47															Konzentrationstraining
48															Lese-/Rechtschreibung
49															Rechentraining
50															Rechtschreibtraining
51															Aufsatztraining
52															Rechtschreibtraining
53															Rechtschreibtraining
54															Rechtschreibtraining
55															Rechentraining
56															Rechentraining
57	1	1	5	2	2	4	3	3	4	4	4	7	4	7	Therapeutin
58															Musiktherapie/Demenz
59															Remobilisation nach Sepsis

Daten Therapeuten Anhang - Excel

Maria·Helene·Bachmann,·M.A.¶

	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY
28	Cervikalsyndrom	1	22	59	30	36	1	21		
29	Therapeut	Therapeut	Therapeut	Therapeut	Therapeut	Therapeut	Therapeut			
30	Fremdaggression/Selbstentwert	2	24	18	38	23	1	42		
31	Impulskontrollstörung	2	52	29	41	35	1	42		
32	Schizophren/Wahnhaft	2	58	64	43	57	1	42		
33	erweiterte Wahrnehmung	2	79	84	58	70	1	42		
34	Erschöpfungsdepri/Burn Out	2	49	28	30	43	1	42		
35	PC-Spielsucht, Depression	2	40	20	23	13	1	42		
36	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin			
37	Physische Themen	1	0	0	0	0	1	41		
38	BWS Schmerzen	1	85	0	0	0	1	41		
39	Schmerzen	1	34	25	60	0	1	41		
40	Schmerzen nach Verletzung	1	52	60	91	0	1	41		
41	Migräne	1	91	88	94	77	1	41		
42	Schmerzen/Narben	1	85	91	86	88	1	41		
43	Verspannungen	1	88	94	84	0	1	41		
44	Prolaps L4/L5	1	82	88	74	0	1	41		
45	Postprolaps	1	53	81	78	61	1	41		
46	Päd. Trainerin	Päd. Trainerin	Päd. Trainer	Päd. Trainer	Päd. Trainer	Päd. Trainer	Päd. Trainerin			
47	Konzentrationstraining	3=päd. Training	74	63	76	55	1	30		
48	Lese-/Rechtschreibung	3	40	45	76	79	1	30		
49	Rechentraining	3	49	76	55	72	1	30		
50	Rechtschreibtraining	3	55	34	52	67	1	30		
51	Aufsatztraining	3	52	40	70	53	Stress = 1/bei Stress =70 = Schmerzen im Rücken=Stress 2	30		
52	Rechtschreibtraining	3	33	26	33	0	1	30		
53	Rechtschreibtraining	3	60	33	76	33	1	32		
54	Rechtschreibtraining	3	30	65	77	50	Stress = 1/ bei Stress 77 Nachricht die beunruhigte = Stress 2	32		
55	Rechentraining	3	61	55	37	30	1	32		
56	Rechentraining	3	30	44	31	27	1	32		
57	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin			
58	Musiktherapie/Demenz	2	50	75	49	30	1	29		
59	Remobilisation nach Sepsis	2	46	22	40	47	1	29		

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Daten Therapeuten Anhang - Excel

Maria·Helene·Bachmann,·M.A.¶

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
59	PRT7	22.03.2022	11:00	69	1	2	Musiktherapie	2	2	2	2	2	3
60	PNA9	22.03.2022	11:00	67	1	2	Musiktherapie	1	4	1	4	2	1
61	PCH7	22.03.2022	12:00	98	1	2	Musiktherapie	4	2	2	1	2	1
62	PNN8	22.03.2022	14:10	79	1	2	Musiktherapie	1	4	2	4	2	5
63	PRI6	22.03.2022	14:55	84	1	2	Musiktherapie	3	2	1	4	4	2
64	PFR6	22.03.2022	15:40	82	1	2	Musiktherapie	3	4	3	4	2	2
65	PNA8	22.03.2022	15:40	85	1	2	Musiktherapie	3	2	2	4	4	2
66	PTR13	31.03.2022	07:30	57	1	3	Mototherapeutin	1	4	1	4	2	5
67	PRA11	29.03.2022	07:45	37	1	3	Erstgespräch	1	4	2	3	4	3
68	PIK4	29.03.2022	13:40	8	2	3	Mototherapie	1	2	4	2	2	4
69	PHN4	29.03.2022	15:10	8	2	3	Mototherapie	2	2	2	1	2	4
70	PKA8	28.03.2022	14:20	8	2	3	Mototherapie	4	2	1	2	4	2
71	PRA7	28.03.2022	07:45	7	1	3	Mototherapie	4	2	3	2	1	2
72	TNI9	04.04.2022	07:30	44	1	2	D.S.A.	2	4	1	3	4	3
73	PNA6	04.04.2022	09:00	38	1	2	Familienintensivbetreuung	1	4	1	3	2	5
74	PBR7	04.04.2022	12:00	36	1	2	Familienintensivbetreuung	2	5	1	3	5	4
75	PMO10	04.04.2022	14:00	11	1	2	Familienintensivbetreuung	1	4	1	2	4	3
76	PMA9	04.04.2022	16:00	34	1	2	Familienintensivbetreuung	2	4	1	2	5	3
77	PMI6	06.04.2022	10:00	16	1	2	Familienintensivbetreuung	3	3	1	3	5	3
78	PTO7	07.04.2022	08:30	42	2	2	Familienintensivbetreuung	4	3	1	3	5	3
79	PNA10	07.04.2022	10:30	13	1	2	Familienintensivbetreuung	1	3	1	4	5	3
80	PAM6	08.04.2022	10:30	16	1	2	Familienintensivbetreuung	2	3	1	4	5	4
81	TID12	06.04.2022	19:00	44	1	3	Logopädin	2	4	1	3	4	4
82	PSA16	06.04.2022	14:00	6	1	3	Logopädin	2	3	4	4	4	4
83	PRI8	06.04.2022	15:00	6	1	3	Logopädin	5	2	1	2	3	1
84	PRL12	06.04.2022	16:00	51	1	3	Logopädin	1	2	1	4	2	5
85	PLE7	06.04.2022	17:00	5	1	3	Logopädin	4	3	1	3	3	3
86	PPA8	07.04.2022	13:00	5	1	3	Logopädin	1	4	4	2	3	4
87	PLE9	07.04.2022	14:00	7	2	3	Logopädin	4	3	1	4	2	4

Daten Therapeuten Anhang - Excel

Maria·Helene·Bachmann,·M.A.¶

	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB
59	3	3	4	2	4											
60	1	3	4	2	4											
61	1	4	3	4	3											
62	5	2	4	1	4											
63	2	3	5	3	2											
64	2	3	3	2	3											
65	2	3	4	4	2											
66	5	2	5	2	4	7	7	7	6	6	6	4	2	1	1	1
67	3	2	5	1	2											
68	4	5	2	2	5											
69	4	5	2	3	4											
70	2	2	5	5	3											
71	2	4	4	5	5											
72	3	2	5	3	4	7	7	6	6	7	6	3	1	1	7	6
73	5	2	4	2	4											
74	4	2	5	2	3											
75	3	2	4	2	2											
76	3	3	4	2	2											
77	3	2	4	2	1											
78	3	3	4	3	3											
79	3	2	5	2	3											
80	4	2	1	3	2											
81	4	1	4	4	4	7	7	7	5	6	5	3	1	1	1	1
82	4	1	2	4	5											
83	1	1	4	5	4											
84	5	1	3	2	4											
85	3	3	4	4	3											
86	4	1	2	3	3											
87	4	1	4	3	3											

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Daten Therapeuten Anhang - Excel

Maria·Helene·Bachmann,·M.A.¶

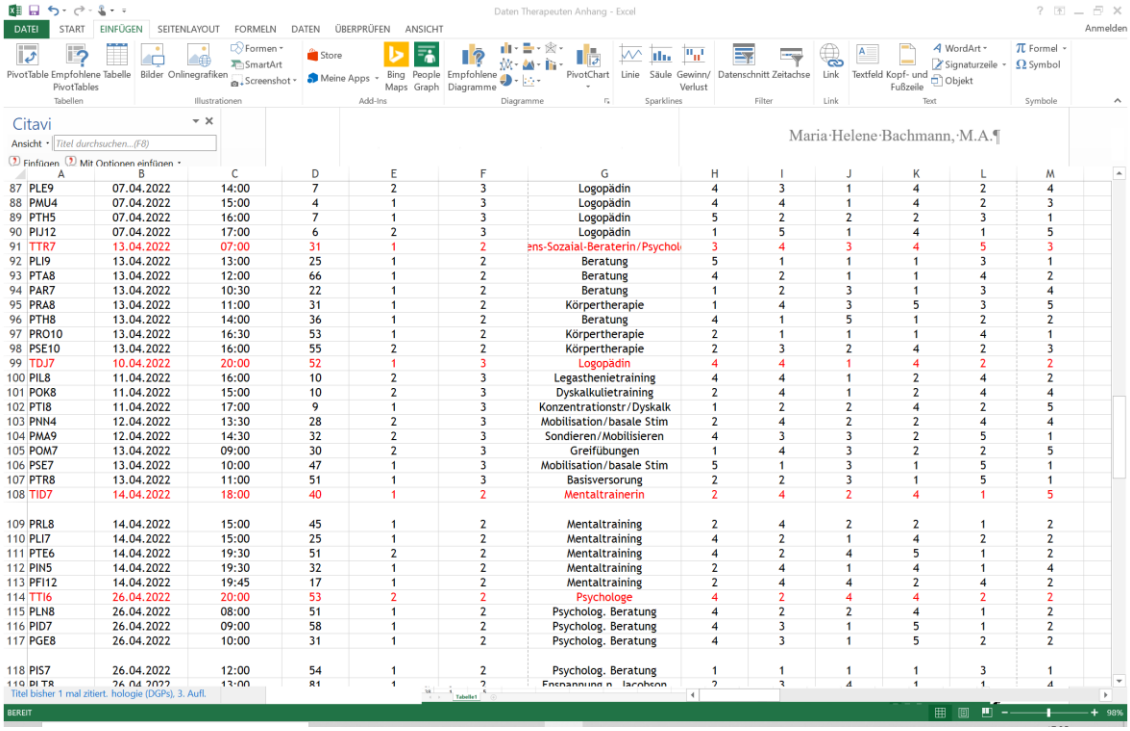
	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP
59															Remobilisation nach Sepsis
60															Postsepsis/Herz OP
61															Dement
62															Herzinfarkt/Entspannung
63															Schlaganfall
64															Akutgeriatrie
65															Langzeitpflege
66	1	1	6	7	6	4	3	2	1	1	1	6	6	6	Therapeutin
67															Erstgespräch Mototherapie
68															Lese-/Rechtschreibung
69															Lese-/Rechtschreibung
70															Motobeobachtung
71															Moto-Übungen
72	6	5	5	3	4	6	6	2	2	3	1	7	4	6	Therapeutin
73															sozialpädagog. Gespräch
74															sozialpädagog. Gespräch
75															Schulverweigerung
76															Entlastungsgespräch
77															Erstkontakt
78															Klärung Erziehungsfähigkeit
79															Erstkontakt
80															Schulverweigerung
81	1	1	6	6	6	5	5	3	1	1	2	4	6	7	Therapeutin
82															Sprachentwicklungsstörung
83															Sprachentwicklungsstörung
84															Sprachstörung/Aphasie
85															Artikulationsstörung
86															Artikulationsstörung
87															Artikulation/Essstörung

Daten Therapeuten Anhang - Excel

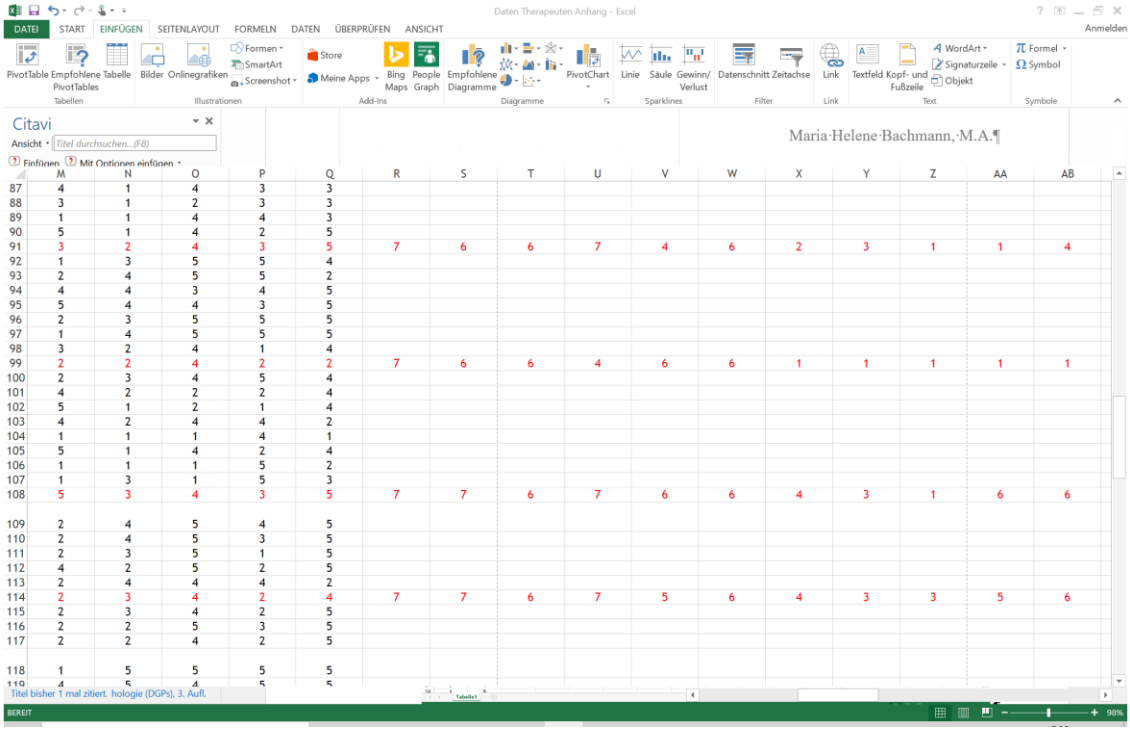
Maria·Helene·Bachmann,·M.A.¶

	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY
59	Remobilisation nach Sepsis	2	46	22	40	47	1	29		
60	Postsepsis/Herz OP	2	46	22	40	47	1	29		
61	Dement	2	68	57	18	20	1	29		
62	Herzinfarkt/Entspannung	1	33	16	12	28	1	29		
63	Schlaganfall	1	28	67	43	22	1	29		
64	Akutgeriatrie	1	25	31	74	70	1	29		
65	Langzeitpflege	1	25	31	74	70	1	29		
66	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin			
67	Erstgespräch Mototherapie	1	44	28	20	27	1	19		
68	Lese-/Rechtschreibung	1	13	15	20	15	1	19		
69	Lese-/Rechtschreibung	1	85	91	20	13	Arbeit mit Zwillingsbrüdern. Kinder laut = 1	19		
70	Motobeobachtung	1	50	18	16	21	1	19		
71	Moto-Übungen	1	62	18	17	18	Kind weinerlich; Babysprache, komplizierte unsichere Mutter = 1	19		
72	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin			
73	sozialpädagog. Gespräch	2	49	33	46	22	Tochter rizt sich; äußert Suizidgedanken, aggressiv = 1	45		
74	sozialpädagog. Gespräch	2	64	51	30	21	Div. Streit nach Scheidung; Kinder, hunde, Schule =1	45		
75	Schulverweigerung	2	97	88	25	41	1	45		
76	Entlastungsgespräch	2	64	88	52	71	konflikte mit 16j sohn = 1	45		
77	Erstkontakt	2	25	25	25	25	klientin von wg zurück zur familie =1	34		
78	Klärung Erziehungsfähigkeit	2	34	68	76	77	kinder schulverweigerung; erziehungsfähig? = 1	34		
79	Erstkontakt	2	77	34	28	73	Angst, Panik = 1	34		
80	Schulverweigerung	2	24	18	31	26	1	25		
81	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin			
82	Sprachentwicklungsstörung	1	50	60	70	25	1	46		
83	Sprachentwicklungsstörung	1	25	42	46	40	1	46		
84	Sprachstörung/Aphasie	1	18	35	27	35	1	46		
85	Artikulationsstörung	1	29	42	88	0	1	46		
86	Artikulationsstörung	1	94	36	61	47	viel Motivation und Animation = 1	27		
87	Artikulation/Essstörung	1	22	24	24	22	1	27		

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
87	PLE9	07.04.2022	14:00	7	2	3	Logopädin	4	3	1	4	2	4
88	PMU4	07.04.2022	15:00	4	1	3	Logopädin	4	4	1	4	2	3
89	PTH5	07.04.2022	16:00	7	1	3	Logopädin	5	2	2	2	3	1
90	PIJ12	07.04.2022	17:00	6	2	3	Logopädin	1	5	1	4	1	5
91	TTR7	13.04.2022	07:00	31	1	2	ens-Sozaial-Beraterin/Psychol	3	4	3	4	5	3
92	PLI9	13.04.2022	13:00	25	1	2	Beratung	5	1	1	1	3	1
93	PTA8	13.04.2022	12:00	66	1	2	Beratung	4	2	1	1	4	2
94	PAR7	13.04.2022	10:30	22	1	2	Beratung	1	2	3	1	3	4
95	PRA8	13.04.2022	11:00	31	1	2	Körpertherapie	1	4	3	5	3	5
96	PTH8	13.04.2022	14:00	36	1	2	Beratung	4	1	5	1	2	2
97	PRO10	13.04.2022	16:30	53	1	2	Körpertherapie	2	1	1	1	4	1
98	PSE10	13.04.2022	16:00	55	2	2	Körpertherapie	2	3	2	4	2	3
99	TDJ7	10.04.2022	20:00	52	1	3	Logopädin	4	4	1	4	2	2
100	PIL8	11.04.2022	16:00	10	2	3	Legasthenietraining	4	4	1	2	4	2
101	POK8	11.04.2022	15:00	10	2	3	Dyskalkulietraining	2	4	1	2	4	4
102	PTI8	11.04.2022	17:00	9	1	3	Konzentrationstr/Dyskalk	1	2	2	4	2	5
103	PNN4	12.04.2022	13:30	28	2	3	Mobilisation/basale Stim	2	4	2	2	4	4
104	PMA9	12.04.2022	14:30	32	2	3	Sondieren/Mobilisieren	4	3	3	2	5	1
105	POM7	13.04.2022	09:00	30	2	3	Greifübungen	1	4	3	2	2	5
106	PSE7	13.04.2022	10:00	47	1	3	Mobilisation/basale Stim	5	1	3	1	5	1
107	PTR8	13.04.2022	11:00	51	1	3	Basisversorung	2	2	3	1	5	1
108	TID7	14.04.2022	18:00	40	1	2	Mentaltrainerin	2	4	2	4	1	5
109	PRL8	14.04.2022	15:00	45	1	2	Mentaltraining	2	4	2	2	1	2
110	PLI7	14.04.2022	15:00	25	1	2	Mentaltraining	4	2	1	4	2	2
111	PTE6	14.04.2022	19:30	51	2	2	Mentaltraining	4	2	4	5	1	2
112	PIN5	14.04.2022	19:30	32	1	2	Mentaltraining	2	4	1	4	1	4
113	PFI12	14.04.2022	19:45	17	1	2	Mentaltraining	2	4	4	2	4	2
114	TTI6	26.04.2022	20:00	53	2	2	Psychologe	4	2	4	4	2	2
115	PLN8	26.04.2022	08:00	51	1	2	Psycholog. Beratung	4	2	2	4	1	2
116	PID7	26.04.2022	09:00	58	1	2	Psycholog. Beratung	4	3	1	5	1	2
117	PGE8	26.04.2022	10:00	31	1	2	Psycholog. Beratung	4	3	1	5	2	2
118	PIS7	26.04.2022	12:00	54	1	2	Psycholog. Beratung	1	1	1	1	3	1



	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB
87	4	1	4	3	3											
88	3	1	2	3	3											
89	1	1	4	4	3											
90	5	1	4	2	5											
91	3	2	4	3	5	7	6	6	7	4	6	2	3	1	1	4
92	1	3	5	5	4											
93	2	4	5	5	2											
94	4	4	3	4	5											
95	5	4	4	3	5											
96	2	3	5	5	5											
97	1	4	5	5	5											
98	3	2	4	1	4											
99	2	2	4	2	2	7	6	6	4	6	6	1	1	1	1	1
100	2	3	4	5	4											
101	4	2	2	2	4											
102	5	1	2	1	4											
103	4	2	4	4	2											
104	1	1	1	4	1											
105	5	1	4	2	4											
106	1	1	1	5	2											
107	1	3	1	5	3											
108	5	3	4	3	5	7	7	6	7	6	6	4	3	1	6	6
109	2	4	5	4	5											
110	2	4	5	3	5											
111	2	3	5	1	5											
112	4	2	5	2	5											
113	2	4	4	4	2											
114	2	3	4	2	4	7	7	6	7	5	6	4	3	3	5	6
115	2	3	4	2	5											
116	2	2	5	3	5											
117	2	2	4	2	5											
118	1	5	5	5	5											

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Daten Therapeuten Anhang - Excel

Maria·Helene·Bachmann,·M.A.¶

	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP
87															Artikulation/Essstörung
88															Sprachentwicklungsstörung
89															Artikulationsstörung
90															Autismus
91	4	4	1	4	4	7	2	1	1	4	1	1	7	6	Therapeutin
92															Panikattacken bei Knall/De
93															Panik/Todesangst
94															Probleme mit Nachbarn
95															Neurodermitis/Gelenksschm
96															Bipolar
97															Corona-Trauma/Angststörul
98															Corona-Trauma/Angststörul
99	1	1	4	5	6	2	2	2	1	1	1	6	6	7	Therapeutin
100															schulprobleme
101															schulprobleme
102															schulprobleme
103															Bad
104															Immobil/sondieren nötig
105															Feinmotorik / Kommunikati
106															Immobil
107															Immobil/nicht selbst essen
108	6	6	5	6	5	7	7	4	1	3	2	5	5	5	Therapeutin
109															leicht verletzlich
110															Stress mit Kollegen
111															von Arbeit suspendiert/nich
112															Schwiegermutter/Machtthe
113															Ärger mit Chef
114	6	3	5	5	3	3	5	5	3	3	3	5	5	6	Therapeut
115															Sohn homosexuell
116															Mann geimpft, sie nicht; wi
117															Flut von Infos lösen Angst a
															Mann in Pension, Stress. Ke
118															Panikattacken

Daten Therapeuten Anhang - Excel

Maria·Helene·Bachmann,·M.A.¶

	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY
87	Artikulation/Essstörung	1	22	24	24	22	1	27		
88	Sprachentwicklungsstörung	1	22	28	28	42	1	27		
89	Artikulationsstörung	1	30	27	30	51	Verlauf nicht befriedigend = 1	27		
90	Autismus	1	51	35	37	21	1	27		
91	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin			
92	Panikattacken bei Knall/Depri	2	28	25	30	54	1	43		
93	Panik/Todesangst	2	20	58	53	20	1	43		
94	Probleme mit Nachbarn	2	78	83	29		1	43		
95	Neurodermitis/Gelenksschmerzen	1	33	56	38	23	1	43		
96	Bipolar	2	14	22	20	35	1	43		
97	Corona-Trauma/Angststörung/BurnOut	2	24	55	65	67	1	43		
98	Corona-Trauma/Angststörung/BurnOut	2	24	55	65	67	1	43		
99	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin			
100	schulprobleme	3	47	41	45	27	1	27		
101	schulprobleme	3	67	53	39	41	1	27		
102	schulprobleme	3	32	36	21	29	1	27		
103	Bad	2	33	32	31		1	35		
104	Immobil/sondieren nötig	2	31	30			1	35		
105	Feinmotorik / Kommunikation	2	49	24	33		1	49		
106	Immobil	2	33	43			1	49		
107	Immobil/nicht selbst essen	2	43	43			1	49		
108	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin			
109	leicht verletzlich	2	64	62	72	31	bei 72... =2 privater Stress; deneken auf Einkaufsliste	41		
110	Stress mit Kollegen	2	31	36	46	40	1	41		
111	von Arbeit suspendiert/nicht impfen/	2	32	12	21	20	1	41		
112	Schwiegermutter/Machtthema	2	24	52	38	20	Gedanke: Kind abholen =2	41		
113	Ärger mit Chef	2	63	52	87	62	1	41		
114	Therapeut	Therapeut	Therapeut	Therapeut	Therapeut	Therapeut	Therapeut			
115	Sohn homosexuell	2	76	49	70	78	1	26		
116	Mann geimpft, sie nicht; will Scheidung	2	58	80	54	43	1	26		
117	Flut von Infos lösen Angst aus, 2 Kinder	2	71	67	55	29	1	26		
	Mann in Pension, Stress. Keinen Ausweg.									
118	Panikattacken	2	39	52	31	25	1	26		

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Daten Therapeuten Anhang - Excel

Maria·Helene·Bachmann,·M.A.¶

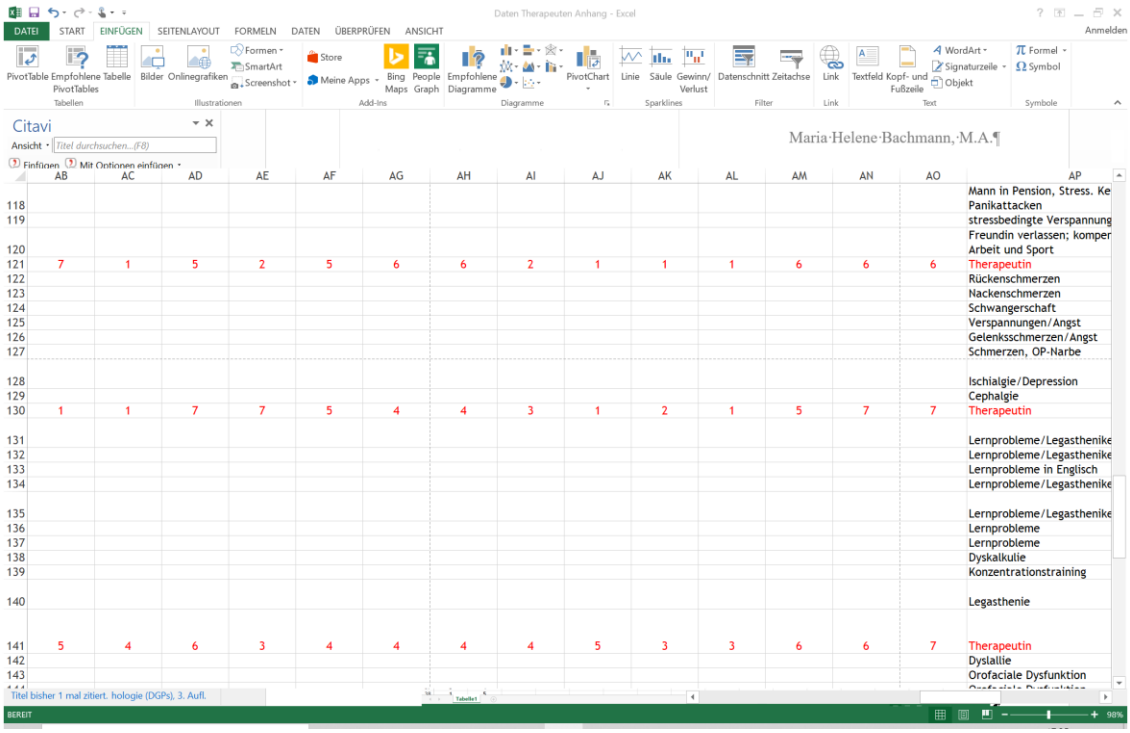
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
118	PIS7	26.04.2022	12:00	54	1	2	Psycholog. Beratung	1	1	1	1	3	1
119	PLT8	26.04.2022	13:00	81	1	2	Enspannung n. Jacobson	2	3	4	1	1	4
120	PRB10	26.04.2022	18:15	41	2	2	Psycholog. Beratung	4	4	1	2	3	3
121	TIS7	25.04.2022	18:00	53	1	1	Osteopathin	4	2	5	4	3	4
122	PNI6	25.04.2022	17:00	21	1	1	Osteopathie	2	4	2	4	2	4
123	PTH6	25.04.2022	14:00	17	1	1	Osteopathie	1	4	2	4	2	5
124	PTH7	25.04.2022	13:00	23	1	1	Osteopathie	4	4	1	2	2	2
125	PNI7	25.04.2022	12:00	43	1	1	Osteopathie	2	3	2	1	4	4
126	PLL16	25.04.2022	11:15	80	2	1	Osteopathie	5	4	2	5	1	1
127	PRG16	25.04.2022	10:00	70	1	1	Osteopathie	1	3	1	2	1	5
128	PIT9	25.04.2022	08:30	63	1	1	Osteopathie	4	2	2	1	3	2
129	PAU9	25.04.2022	09:15	62	2	1	Osteopathie	5	2	4	4	1	2
130	TBI9	25.04.2022	14:00	54	1	3	Pädag. Trainerin	2	2	1	4	2	4
131	PTT6	25.04.2022	15:14	13	2	3	Legasthenietraining/Mathe	4	3	2	2	3	4
132	PRA8	25.04.2022	16:00	15	1	3	Legasthenietraining/Englisch	5	4	3	4	1	2
133	PNI5	25.04.2022	17:00	14	2	3	Englischtraining	2	4	1	5	1	4
134	PXI8	26.04.2022	13:00	11	2	3	Legasthenietraining/Englisch	2	4	4	2	4	4
135	PCA6	26.04.2022	14:00	17	2	3	Legasthenietraining/Maturavorbereitung	2	4	4	4	4	4
136	PCT6	26.04.2022	16:00	13	1	3	Dyskalkulietraining	5	1	1	5	1	2
137	PBI4	27.04.2022	13:00	14	2	3	Englischtraining	4	4	1	2	3	1
138	PRI7	27.04.2022	15:00	14	1	3	Dyskalkulietraining	4	2	2	1	1	3
139	PKL6	27.04.2022	16:00	12	2	3	Konzentrationstr/Lernhilfe	2	2	5	2	4	3
140	PRC6	27.04.2022	18:00	15	2	3	Legasthenietraining/Lerntraining	2	4	2	2	3	4
141	TIS6	02.05.2022	14:20	56	1	3	Logopädin	4	3	2	2	4	4
142	PKA7	02.05.2022	14:40	7	2	3	Dyslalliebehandlung	3	4	2	2	4	5
143	PNN10	02.05.2022	15:30	10	1	3	Myofunktonelle Therapie	2	3	1	2	3	4

Daten Therapeuten Anhang - Excel

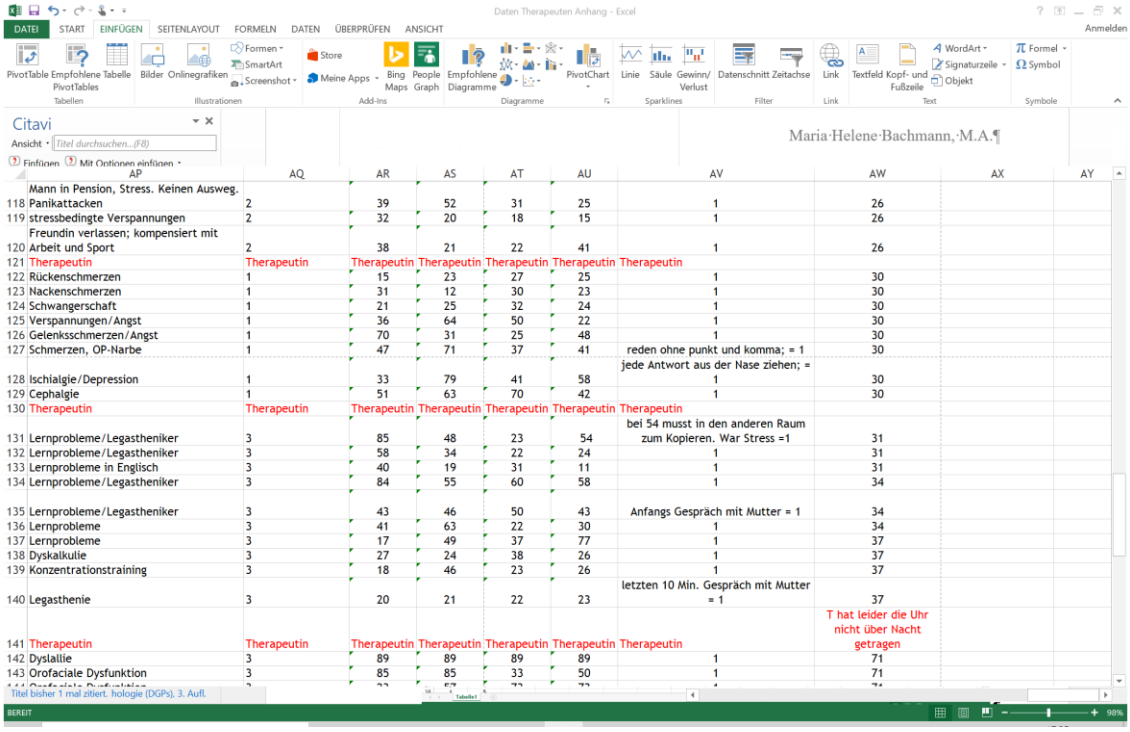
Maria·Helene·Bachmann,·M.A.¶

	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB
118	1	5	5	5	5											
119	4	5	4	5	5											
120	3	3	5	5	4											
121	4	4	5	3	4	7	7	6	7	4	4	4	2	1	1	7
122	4	3	4	2	5											
123	5	3	4	2	5											
124	2	4	5	4	5											
125	4	4	5	4	4											
126	1	4	5	5	5											
127	5	5	5	5	5											
128	2	4	4	4	2											
129	2	2	4	2	5											
130	4	3	5	2	4	6	5	5	7	6	5	2	2	1	1	1
131	4	2	2	4	3											
132	2	2	4	4	5											
133	4	1	5	2	5											
134	4	4	2	4	3											
135	4	3	2	4	3											
136	2	2	4	5	5											
137	1	1	4	5	4											
138	3	3	4	5	4											
139	3	5	1	4	2											
140	4	4	4	4	4											
141	4	3	4	2	4	6	5	6	6	4	4	3	2	1	7	5
142	5	1	4	4	4											
143	4	3	4	2	4											

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf



	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP
118															Mann in Pension, Stress. Ke
119															Panikattacken
															stressbedingte Verspannung
120															Freundin verlassen; komper Arbeit und Sport
121	7	1	5	2	5	6	6	2	1	1	1	6	6	6	Therapeutin
122															Rückenschmerzen
123															Nackenschmerzen
124															Schwangerschaft
125															Verspannungen/Angst
126															Gelenksschmerzen/Angst
127															Schmerzen, OP-Narbe
128															Ischialgie/Depression
129															Cephalgie
130	1	1	7	7	5	4	4	3	1	2	1	5	7	7	Therapeutin
131															Lernprobleme/Legasthenike
132															Lernprobleme/Legasthenike
133															Lernprobleme in Englisch
134															Lernprobleme/Legasthenike
135															Lernprobleme/Legasthenike
136															Lernprobleme
137															Lernprobleme
138															Dyskalkulie
139															Konzentrationstraining
140															Legasthenie
141	5	4	6	3	4	4	4	4	5	3	3	6	6	7	Therapeutin
142															Dyslallie
143															Orofaciale Dysfunktion



	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY
	Mann in Pension, Stress. Keinen Ausweg.									
118	Panikattacken	2	39	52	31	25	1	26		
119	stressbedingte Verspannungen	2	32	20	18	15	1	26		
120	Freundin verlassen; kompensiert mit Arbeit und Sport	2	38	21	22	41	1	26		
121	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin			
122	Rückenschmerzen	1	15	23	27	25	1	30		
123	Nackenschmerzen	1	31	12	30	23	1	30		
124	Schwangerschaft	1	21	25	32	24	1	30		
125	Verspannungen/Angst	1	36	64	50	22	1	30		
126	Gelenksschmerzen/Angst	1	70	31	25	48	1	30		
127	Schmerzen, OP-Narbe	1	47	71	37	41	reden ohne punkt und komma; = 1	30		
128	Ischialgie/Depression	1	33	79	41	58	jede Antwort aus der Nase ziehen; = 1	30		
129	Cephalgie	1	51	63	70	42	1	30		
130	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin			
131	Lernprobleme/Legastheniker	3	85	48	23	54	bei 54 musst in den anderen Raum zum Kopieren. War Stress =1	31		
132	Lernprobleme/Legastheniker	3	58	34	22	24	1	31		
133	Lernprobleme in Englisch	3	40	19	31	11	1	31		
134	Lernprobleme/Legastheniker	3	84	55	60	58	1	34		
135	Lernprobleme/Legastheniker	3	43	46	50	43	Anfangs Gespräch mit Mutter = 1	34		
136	Lernprobleme	3	41	63	22	30	1	34		
137	Lernprobleme	3	17	49	37	77	1	37		
138	Dyskalkulie	3	27	24	38	26	1	37		
139	Konzentrationstraining	3	18	46	23	26	1	37		
140	Legasthenie	3	20	21	22	23	letzten 10 Min. Gespräch mit Mutter = 1	37		
141	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	T hat leider die Uhr nicht über Nacht getragen		
142	Dyslallie	3	89	89	89	89	1	71		
143	Orofaciale Dysfunktion	3	85	85	33	50	1	71		

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Daten Therapeuten Anhang - Excel

Maria·Helene·Bachmann,·M.A.¶

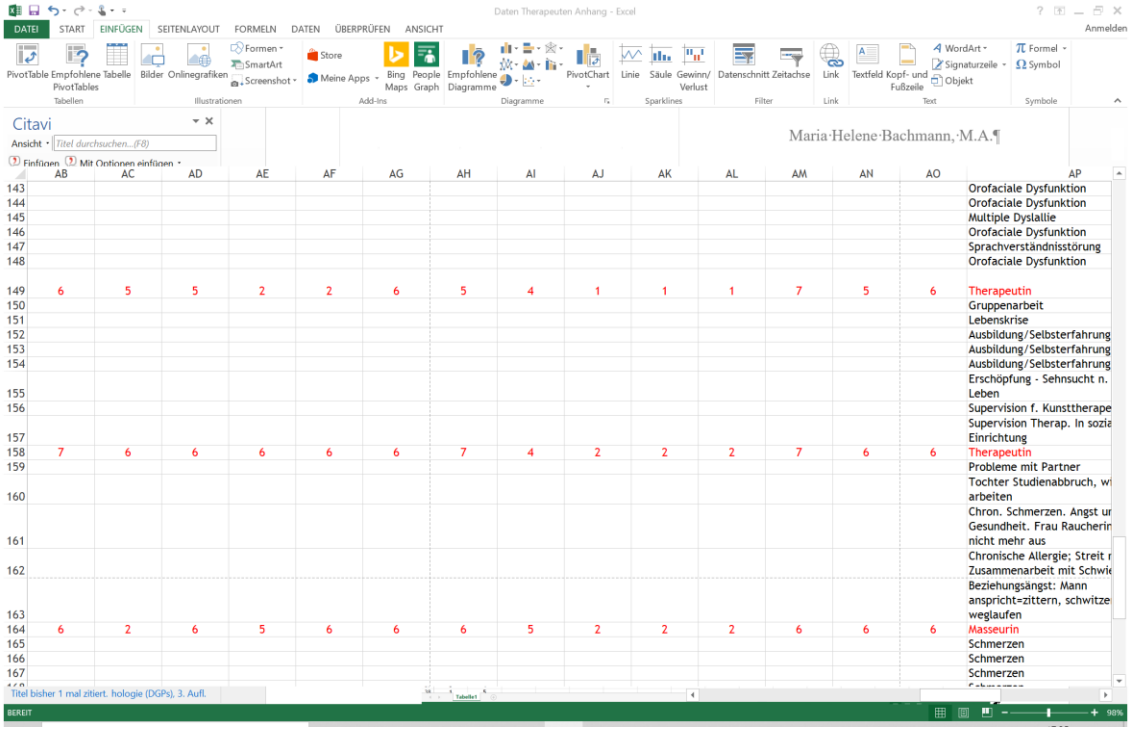
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
143	PNN10	02.05.2022	15:30	10	1	3	Myofunktonelle Therapie	2	3	1	2	3	4
144	PGD7	02.05.2022	16:30	8	1	3	Myofunktonelle Therapie	4	3	5	5	1	4
145	PAN8	03.05.2022	10:20	6	2	3	Dyslalliebehandlung	2	4	1	2	4	4
146	PEN6	03.05.2022	14:00	14	1	3	Myofunktonelle Therapie	1	5	1	4	1	5
147	PBI8	03.05.2022	14:30	6	2	3	Sprachverständnistraining	5	2	3	1	3	1
148	POR5	03.05.2022	15:30	12	1	3	Myofunktonelle Therapie	1	4	1	2	2	5
149	TRG4	03.05.2022	16:50	43	1	2	Kunsttherapeutin/Supervisor in/Psychologin	2	5	4	1	1	3
150	PGE6	05.05.2022	20:00	12 bis 15	2	2	Jugendgruppe	1	2	4	1	5	3
151	PRA4	06.05.2022	09:00	43	1	2	Kunsttherapie	2	2	4	2	3	4
152	PNS5	06.05.2022	22:00	40	1	2	Kunsttherapie Gruppe	4	4	3	2	1	2
153	PNS5	07.05.2022	19:00	40	1	2	Kunsttherapie Gruppe	2	4	3	2	1	2
154	PNS5	08.05.2022	13:00	40	1	2	Kunsttherapie Gruppe	1	5	2	3	1	2
155	PIA5	09.05.2022	17:19	44	1	2	Online psycholog. Beratung	4	2	1	1	1	1
156	PAR9	09.05.2022	22:00	54	1	2	Online Supervision	4	4	1	2	1	2
157	PNI4	09.05.2022	22:00	58	1	2	Online Supervision	2	3	1	2	1	3
158	TGR7	12.05.2022	18:00	28	1	2	Psychologin/Pädagogin	4	3	4	2	4	3
159	PTH10	12.05.2022	08:00	42	1	2	Beratung	2	3	2	4	2	2
160	PTA7	12.05.2022	09:00	54	1	2	Pädag.psycholog. Beratung	2	3	5	5	1	2
161	PTR8	12.05.2022	10:00	64	2	2	Psycholog. Beratung	5	2	1	4	4	1
162	PIT7	12.05.2022	14:00	41	1	2	Psycholog. Gespräch	1	1	1	1	3	5
163	PSA7	12.05.2022	16:00	28	1	2	Psycholog. Beratung	2	3	2	1	3	5
164	TRI7	11.05.2022	19:30	48	1	1	Masseurin	2	5	1	2	4	5
165	PEB9	11.05.2022	08:30	75	2	1	Massage	1	2	1	4	3	5
166	PRG7	11.05.2022	09:30	77	1	1	Massage	1	4	3	2	2	4
167	PDR8	11.05.2022	19:45	68	1	1	Massage	4	4	1	2	4	4

Daten Therapeuten Anhang - Excel

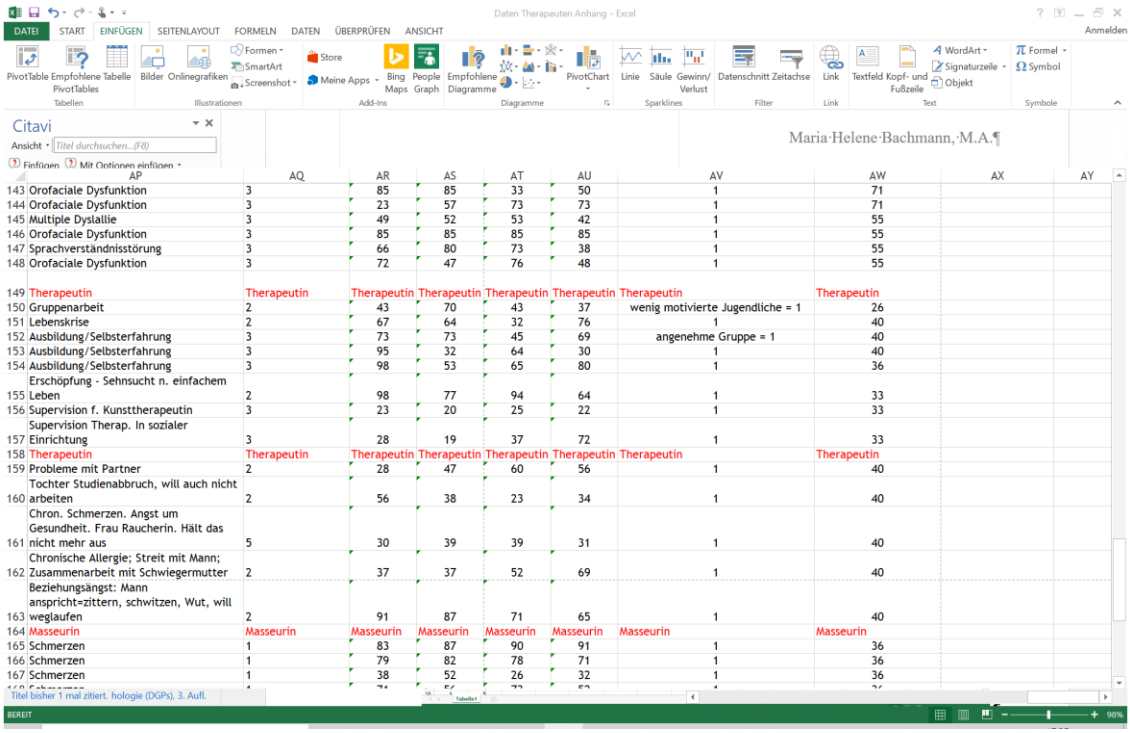
Maria·Helene·Bachmann,·M.A.¶

	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB
143	4	3	4	2	4											
144	4	4	2	2	5											
145	4	1	2	4	3											
146	5	1	5	2	5											
147	1	3	3	5	3											
148	5	2	4	2	5											
149	3	2	4	2	5	6	2	5	3	4	4	2	1	2	7	6
150	3	5	1	5	3											
151	4	4	4	2	4											
152	2	3	5	4	5											
153	2	1	5	2	5											
154	2	1	4	3	5											
155	1	1	5	4	5											
156	2	3	4	4	4											
157	3	4	4	2	4											
158	3	3	5	2	5	7	7	7	7	7	7	5	2	1	6	7
159	2	4	5	4	5											
160	2	2	4	2	5											
161	1	4	4	3	3											
162	5	5	5	5	3											
163	5	5	5	5	5											
164	5	4	5	4	5	7	5	6	5	5	2	3	3	1	7	6
165	5	2	5	2	4											
166	4	4	5	2	4											
167	4	2	5	4	5											

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf



	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP
143															Orofaciale Dysfunktion
144															Orofaciale Dysfunktion
145															Multiple Dyslallie
146															Orofaciale Dysfunktion
147															Sprachverständnisstörung
148															Orofaciale Dysfunktion
149	6	5	5	2	2	6	5	4	1	1	1	7	5	6	Therapeutin
150															Gruppenarbeit
151															Lebenskrise
152															Ausbildung/Selbsterfahrung
153															Ausbildung/Selbsterfahrung
154															Ausbildung/Selbsterfahrung
155															Erschöpfung - Sehnsucht n. Leben
156															Supervision f. Kunsttherape
157															Supervision Therap. In sozia Einrichtung
158	7	6	6	6	6	6	7	4	2	2	2	7	6	6	Therapeutin
159															Probleme mit Partner
160															Tochter Studienabbruch, w arbeiten
161															Chron. Schmerzen. Angst u Gesundheit. Frau Raucheri nicht mehr aus
162															Chronische Allergie; Streit Zusammenarbeit mit Schwi
163															Beziehungsängst: Mann anspricht=zittern, schwitze weglaufen
164	6	2	6	5	6	6	6	5	2	2	2	6	6	6	Masseurin
165															Schmerzen
166															Schmerzen
167															Schmerzen



	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY
143	Orofaciale Dysfunktion	3	85	85	33	50	1	71		
144	Orofaciale Dysfunktion	3	23	57	73	73	1	71		
145	Multiple Dyslallie	3	49	52	53	42	1	55		
146	Orofaciale Dysfunktion	3	85	85	85	85	1	55		
147	Sprachverständnisstörung	3	66	80	73	38	1	55		
148	Orofaciale Dysfunktion	3	72	47	76	48	1	55		
149	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin		
150	Gruppenarbeit	2	43	70	43	37	wenig motivierte Jugendliche = 1	26		
151	Lebenskrise	2	67	64	32	76	1	40		
152	Ausbildung/Selbsterfahrung	3	73	73	45	69	angenehme Gruppe = 1	40		
153	Ausbildung/Selbsterfahrung	3	95	32	64	30	1	40		
154	Ausbildung/Selbsterfahrung	3	98	53	65	80	1	36		
155	Erschöpfung - Sehnsucht n. einfachem Leben	2	98	77	94	64	1	33		
156	Supervision f. Kunsttherapeutin	3	23	20	25	22	1	33		
157	Supervision Therap. In sozialer Einrichtung	3	28	19	37	72	1	33		
158	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin		
159	Probleme mit Partner	2	28	47	60	56	1	40		
160	Tochter Studienabbruch, will auch nicht arbeiten	2	56	38	23	34	1	40		
161	Chron. Schmerzen. Angst um Gesundheit. Frau Raucherin. Hält das nicht mehr aus	5	30	39	39	31	1	40		
162	Chronische Allergie; Streit mit Mann; Zusammenarbeit mit Schwiegermutter	2	37	37	52	69	1	40		
163	Beziehungsängst: Mann anspricht=zittern, schwitzen, Wut, will weglaufen	2	91	87	71	65	1	40		
164	Masseurin	Masseurin	Masseurin	Masseurin	Masseurin	Masseurin	Masseurin	Masseurin		
165	Schmerzen	1	83	87	90	91	1	36		
166	Schmerzen	1	79	82	78	71	1	36		
167	Schmerzen	1	38	52	26	32	1	36		

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Daten Therapeuten Anhang - Excel

Maria·Helene·Bachmann,·M.A.¶

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
167	PDR8	11.05.2022	19:45	68	1	1	Massage	4	4	1	2	4	4
168	PIT7	11.05.2022	19:49	69	1	1	Massage	4	2	3	2	3	2
169	PID6	11.05.2022	19:50	73	1	1	Massage	1	4	1	2	3	4
170	PBI6	12.05.2022	15:00	39	1	1	Massage	5	5	1	5	3	2
171	PTT10	12.05.2022	16:00	40	1	1	Massage	1	4	1	5	2	4
172	PLD8	12.05.2022	17:00	60	1	1	Massage	3	4	1	2	2	4
173	PIS8	12.05.2022	18:00	64	1	1	Massage	3	4	1	2	2	5
174	TSE11	15.05.2022	14:30	59	1	1	Osteopathin/Masseurin	2	5	2	4	2	2
175	PRE10	16.05.2022	07:00	43	1	1	Osteopathie/Massage	1	4	2	1	3	4
176	PRG6	16.05.2022	07:30	67	1	1	Heilmassage	1	4	4	3	2	5
177	PLI9	16.05.2022	08:00	71	1	1	Heilmassage	4	3	4	4	3	3
178	PSE7	16.05.2022	08:30	73	1	1	Osteopathie/Massage	2	2	3	3	2	2
179	PIS7	16.05.2022	09:00	62	1	1	Massage	1	2	1	4	1	5
180	PNA11	16.05.2022	09:30	84	1	1	Heilmassage	4	3	4	2	4	3
181	PNA9	16.05.2022	10:00	83	1	1	Fußreflexzonenmassage	4	4	4	3	4	2
182	PRL4	16.05.2022	10:30	54	1	1	Osteopathie	1	2	1	2	1	1
183	PRM7	16.05.2022	11:30	60	1	1	Osteopathie	2	4	3	2	3	2
184	PRI8	16.05.2022	17:00	47	1	1	Osteopathie	7	4	1	4	2	4
185	PEF7	16.05.2022	17:30	49	2	1	Akupunktmassage	5	3	1	2	3	3
186	TRI12	02.06.2022	13:00	42	2	3	Trainer	3	2	2	2	2	3
187	PER7	02.06.2022	13:30	27	1	3	Arbeitstraining/Gruppe	4	4	5	2	2	1
188	PEX5	02.06.2022	13:30	26	1	3	Arbeitstraining/Gruppe	2	4	2	2	3	4
189	PNO6	02.06.2022	13:30	29	2	3	Arbeitstraining/Gruppe	2	2	5	2	3	4
190	PCH6	02.06.2022	13:30	27	2	3	Arbeitstraining/Gruppe	4	3	2	2	3	4
191	PVI5	02.06.2022	13:30	32	2	3	Arbeitstraining/Gruppe	2	4	1	4	2	4
192	TIG6	29.05.2022	23:00	65	1	3	Trainerin	2	4	4	4	2	4
193	PTE7	30.05.2022	08:15	28	2	3	Training f soziale Kompetenz	2	4	2	2	2	4
194	PER7	30.05.2022	08:15	28	1	3	Training f soziale Kompetenz	2	4	3	1	2	4
195	PGE8	30.05.2022	08:15	35	1	3	Training f soziale Kompetenz	4	4	2	2	3	2
196	PME6	30.05.2022	08:15	45	1	3	Training f soziale Kompetenz	5	4	5	4	2	1
197	PNJ4	30.05.2022	08:15	24	1	3	Training f soziale Kompetenz	2	3	4	4	4	4
198													
199													
200													

Daten Therapeuten Anhang - Excel

Maria·Helene·Bachmann,·M.A.¶

	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB
167	4	2	5	4	5											
168	2	2	5	5	2											
169	4	2	5	2	4											
170	2	1	5	2	4											
171	4	2	4	1	4											
172	4	2	5	4	2											
173	5	2	5	2	2											
174	2	2	5	2	2	4	2	3	4	2	4	1	3	5	4	4
175	4	4	3	5	4											
176	5	4	4	2	3											
177	3	2	4	3	2											
178	2	3	3	2	2											
179	5	4	4	1	4											
180	3	4	4	4	3											
181	2	3	4	2	2											
182	1	4	3	2	1											
183	2	4	4	2	2											
184	4	2	4	2	1											
185	3	2	4	3	3											
186	3	4	5	4	4	7	7	6	6	6	4	3	2	2	4	6
187	1	4	3	4	2											
188	4	2	4	2	4											
189	4	5	2	5	2											
190	4	2	4	2	2											
191	4	2	5	2	4											
192	4	3	4	2	5	6	6	5	6	5	6	5	5	1	4	6
193	4	2	4	4	2											
194	4	3	3	5	4											
195	2	2	4	4	4											
196	1	2	2	5	2											
197	4	2	3	2	4											
198																
199																
200																

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf

Daten Therapeuten Anhang - Excel

Maria·Helene·Bachmann,·M.A.¶

	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP
167															Schmerzen
168															Schmerzen
169															Schmerzen
170															Schmerzen
171															Schmerzen
172															Schmerzen
173															Schmerzen
174	4	2	6	5	4	3	4	5	4	1	1	6	4	7	Therapeutin
175															HWS/Unruhe/Angst
176															Verspannung HWS/Schulter
177															Schmerzen
178															Schmerzen
179															Schmerzen
180															Schmerzen
181															Restless / Schmerzen
182															Kiefersperre
183															Schmerzen Ferse
184															Schulter/Nacken Schmerz
185															Verspannungen/Schmerz
186	6	5	5	6	5	4	5	1	7	6	7	6	5	6	Trainer
187															Arbeitstraining/Arbeitslos
188															Arbeitstraining/Arbeitslos
189															Arbeitstraining/Arbeitslos
190															Arbeitstraining/Arbeitslos
191															Arbeitstraining/Arbeitslos
192	6	3	5	1	1	4	6	5	4	6	3	6	6	7	Trainerin
193															Stabilisierung/Gruppe
194															Stabilisierung/Gruppe
195															Stabilisierung/Gruppe
196															Stabilisierung/Gruppe
197															Stabilisierung/Gruppe

Daten Therapeuten Anhang - Excel

Maria·Helene·Bachmann,·M.A.¶

	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY
167	Schmerzen	1	38	52	26	32	1	36		
168	Schmerzen	1	71	56	73	52	1	36		
169	Schmerzen	1	75	85	79	53	1	36		
170	Schmerzen	1	57	44	91	67	1	40		
171	Schmerzen	1	91	85	78	63	1	40		
172	Schmerzen	1	52	65	63	64	1	40		
173	Schmerzen	1	74	84	87	75	1	40		
174	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin	Therapeutin		
175	HWS/Unruhe/Angst	1 + 2	68	88	84	84	schwieriege Legenssituation. Mann krank viel Arbeit = 1 + 2	55		
176	Verspannung HWS/Schulter	1	84	84	82	64	1	55		
177	Schmerzen	1	64	84	76	76	1	55		
178	Schmerzen	1	76	73	81	81	1	55		
179	Schmerzen	1	81	52	77	70	1	55		
180	Schmerzen	1	70	53	80	57	1	55		
181	Restless / Schmerzen	1	57	70	65	67	1	55		
182	Kiefersperre	1	43	65	37	34	1	55		
183	Schmerzen Ferse	1	40	25	52	52	1	55		
184	Schulter/Nacken Schmerz	1	94	95	95	95	1	55		
185	Verspannungen/Schmerz	1	94	91	91	97	1	55		
186	Trainer	Trainer	Trainer	Trainer	Trainer	Trainer	Trainer	Trainer		
187	Arbeitstraining/Arbeitslos	3	33	46	28	33	1	42		
188	Arbeitstraining/Arbeitslos	3	33	46	28	33	1	42		
189	Arbeitstraining/Arbeitslos	3	33	46	28	33	1	42		
190	Arbeitstraining/Arbeitslos	3	33	46	28	33	1	42		
191	Arbeitstraining/Arbeitslos	3	33	46	28	33	1	42		
192	Trainerin	Trainerin	Trainerin	Trainerin	Trainerin	Trainerin	Trainerin	Trainerin		
193	Stabilisierung/Gruppe	3	55	32	27	29	1	17		
194	Stabilisierung/Gruppe	3	55	32	27	29	1	17		
195	Stabilisierung/Gruppe	3	55	32	27	29	1	17		
196	Stabilisierung/Gruppe	3	55	32	27	29	1	17		
197	Stabilisierung/Gruppe	3	55	32	27	29	1	17		

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/10/bachmann-maria-helene-empirische-studie-interaktionen-im-therapeutischen-setting-masterthesis-mhb-final.pdf