

Tina Albert

Parentifizierung und Imposter-Phänomen

Die moderierende Rolle von Schamgefühlen bei
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

Studium: Masterstudium Psychologie

Alpen-Adria-Universität Klagenfurt

Gutachterin

Ao.Univ.-Prof. Mag. Dr. Brigitte Jenull

Alpen-Adria-Universität Klagenfurt

Institut für Psychologie


Klagenfurt, Februar 2024

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere an Eides statt, dass ich

- die eingereichte wissenschaftliche Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe,
- die während des Arbeitsvorganges von dritter Seite erfahrene Unterstützung, einschließlich signifikanter Betreuungshinweise, vollständig offengelegt habe,
- die Inhalte, die ich aus Werken Dritter oder eigenen Werken wortwörtlich oder sinngemäß übernommen habe, in geeigneter Form gekennzeichnet und den Ursprung der Information durch möglichst exakte Quellenangaben (z.B. in Fußnoten) ersichtlich gemacht habe,
- den Einsatz von generativen Modellen (Künstliche Intelligenz wie z.B. ChatGPT, Grammarly Go, Midjourney) vollständig und wahrheitsgetreu inkl. Produktversion ausgewiesen habe,
- die eingereichte wissenschaftliche Arbeit bisher weder im Inland noch im Ausland einer Prüfungsbehörde vorgelegt habe und
- bei der Weitergabe jedes Exemplars (z.B. in ausgedruckter oder digitaler Form) der wissenschaftlichen Arbeit sicherstelle, dass diese mit der eingereichten digitalen Version übereinstimmt.

Ich bin mir bewusst, dass eine tatsächenswidrige Erklärung rechtliche Folgen haben wird.



Tina Albert

Klagenfurt, 04.02.24

Zusammenfassung

Trotz der hohen Verantwortung, die Psychotherapeut:innen ihren Klient:innen gegenüber tragen, gibt es noch immer wenig Forschung zur psychischen Gesundheit der Behandler:innen. Dabei gibt es immer wieder Hinweise darauf, dass in den Biographien von Psychotherapeut:innen häufiger als bei anderen Berufsgruppen destruktive Lebenserfahrungen wie bspw. Parentifizierung vorkommen. Parentifizierungserfahrungen können wiederum mit Imposter-Gefühlen zusammenhängen, die sich negativ auf die Ausübung des therapeutischen Berufs auswirken können. Zusätzlich wird eine in der Gesellschaft verbreitete Idealvorstellung von der psychotherapeutischen Profession vermutet, der zufolge die Expert:innen für seelische Gesundheit selbst keine psychischen Schwierigkeiten haben sollten. Scheitern (angehende) Psychotherapeut:innen an diesem Ideal, können Schamgefühle auftreten, die u.a. Folge von Parentifizierung und ein signifikanter Prädiktor für Imposter-Gefühle sein können. Aus diesen Erkenntnissen ging die Forschungsfrage hervor, ob bei Psychotherapeut:innen in Ausbildung ein Zusammenhang zwischen Parentifizierungserfahrungen und Imposter-Gefühlen besteht und ob dieser durch Schamgefühle, ausgelöst durch das Therapeut:innen-Ideal, verstärkt wird. Die Forschungsfrage wurde in einer Online-Studie mit Hilfe des *Parentification Questionnaires*, des *Imposter Phenomenon Assessments* und des *Personal Feelings Questionnaires 2* quantitativ untersucht. Die Stichprobe bestand aus $N = 116$ Psychotherapeut:innen in Ausbildung. Gezeigt werden konnte ein moderat positiver Zusammenhang zwischen Parentifizierung und Imposter-Gefühlen, $r = .27, p = .002$. Dabei wiesen die Proband:innen auch eine höhere Ausprägung bei emotionaler (vs. instrumenteller) Parentifizierung auf, $t(115) = 11.99, p < .001$. Zudem ließ sich ein signifikanter Interaktionseffekt von Parentifizierung und Scham beobachten ($b = -0.14, t(112) = -2.39, p = .02, \Delta R^2 = .024$) und damit eine, wenn auch geringe Verbesserung (2,4%) der Vorhersage von Imposter-Gefühlen. Zwischen Scham und Imposter-Gefühlen zeigte sich ein stark positiver Zusammenhang, $r = .49, p < .001$. Auch wenn keine höhere Ausprägung von Parentifizierung bei den Teilnehmenden im Vergleich zu einer Studierenden-Stichprobe vorlag, so zeugen die genannten Ergebnisse doch von einem Bedarf an Methoden zur Aufarbeitung von Parentifizierungserfahrungen, Imposter- und Schamgefühlen. Da sich sowohl Parentifizierung als auch Imposter- und Schamgefühle negativ auf die mentale Gesundheit und die Ausübung des therapeutischen Berufs auswirken können, ist es wichtig die Forschung diesbezüglich zu vertiefen. So kann ein spezifisch darauf ausgerichtetes Selbsterfahrungsprogramm im Rahmen der Ausbildung angeboten werden, das die Bewusstwerdung der eigenen durch Parentifizierung entstandenen narzisstischen Wunden und

die Enttarnung der den Selbstwert schwächenden Imposter-Überzeugungen anstrebt. Dies befähigt die Auszubildenden dazu, gut für sich zu sorgen und ihre eigenen unerfüllten Bedürfnisse nicht an ihre Klient:innen zu übertragen, womit eine nachhaltig angemessene Ausführung der therapeutischen Arbeit gewährleistet werden kann.

Abstract

Despite the high level of responsibility psychotherapists have towards their clients, there is still little research regarding the mental health of practitioners. However, there is repeated evidence that destructive life experiences such as parentification occur more frequently in the biographies of psychotherapists than in those of other professions. Parentification can in turn be linked to imposter feelings, which can have a negative impact on the therapeutic practice. In addition, a widespread ideal of the psychotherapeutic profession in society is assumed, according to which mental health experts should not have any mental health difficulties themselves. If psychotherapists (in training) fail to live up to this ideal, feelings of shame can arise, which in turn can be a consequence of parentification and a significant predictor of imposter. These findings led to the research question whether there is a connection between experiences of parentification and imposter feelings among psychotherapists in training and whether this connection is reinforced by feelings of shame triggered by the therapist ideal. The research question was quantitatively investigated in an online study using the *Parentification Questionnaire*, the *Imposter Phenomenon Assessment* and the *Personal Feelings Questionnaire 2*. The sample consisted of $N = 116$ psychotherapists in training. A moderate, positive correlation between parentification and imposter was assessed, $r = .27, p = .002$. The participants also showed a higher level of emotional (vs. instrumental) parentification, $t(115) = 11.99, p < .001$. In addition, a significant interaction effect of parentification and shame was observed ($b = -0.14, t(112) = -2.39, p = .02, \Delta R^2 = .024$) and therefore an improvement, albeit small in the prediction of imposter feelings (2.4%). There also was a strong positive correlation between shame and imposter, $r = .49, p < .001$. Even though there was no higher level of parentification among the participants compared to a student sample, the results of the study still indicate a need for methods to process parentification, imposter and shame. Since parentification, imposter and shame can have a negative impact on mental health and the therapeutic practice, it is important to expand the research in this regard. In this way, a specifically designed self-experience training program can be offered, which aims to raise awareness of one's own narcissistic wounds caused by parentification and to expose the imposter beliefs that undermine one's self-worth. This enables trainees to take good care of themselves and not transfer their own unfulfilled needs to their clients, thus ensuring that the therapeutic work can be carried out in a sustainable and appropriate manner.

Inhaltsverzeichnis

1	THEORETISCHER HINTERGRUND	1
1.1	BEDEUTUNG UND RELEVANZ DES THEMAS.....	1
1.2	KERNPUNKTE BESTEHENDER LITERATUR.....	2
1.2.1	<i>Parentifizierung</i>	3
1.2.1.1	Definition(en).....	3
1.2.1.2	Entwicklungspsychologische Grundlagen.....	10
1.2.1.3	Ausprägung von Parentifizierung.....	15
1.2.1.4	Risikofaktoren für destruktive Parentifizierung.....	19
1.2.1.5	Folgen von Parentifizierung.....	21
1.2.1.6	Die Profession der Psychotherapie als Folge von Parentifizierung.....	26
1.2.2	<i>Imposter-Phänomen</i>	29
1.2.2.1	Definition.....	29
1.2.2.2	Einflussfaktoren.....	32
1.2.2.3	Zusammenhänge und mögliche Folgen von Imposter-Gefühlen.....	35
1.2.2.4	Imposter-Phänomen und Parentifizierung.....	36
1.2.2.5	Imposter-Phänomen und Psychotherapeut:innen (in Ausbildung).....	39
1.2.3	<i>Scham</i>	40
1.2.3.1	Definition.....	40
1.2.3.2	Scham und Parentifizierung.....	44
1.2.3.3	Scham und Imposter-Phänomen.....	47
1.2.3.4	Psychotherapeut:innen in Ausbildung und Scham.....	49
1.3	EXPLIKATION DER FRAGESTELLUNG UND DER HYPOTHESEN.....	52
1.4	SCHAUBILD.....	55
2	METHODIK	55
2.1	DESIGN.....	55
2.2	STICHPROBENBESCHREIBUNG.....	56
2.3	MESSINSTRUMENTE.....	58
2.3.1	<i>Parentification Questionnaire</i>	58
2.3.2	<i>Imposter-Phänomen</i>	58
2.3.3	<i>Scham</i>	59
2.3.4	<i>Reliabilitäten der Skalen</i>	60
2.3.5	<i>Übersetzung der Fragebögen</i>	61
2.3.6	<i>Studienablauf</i>	61
3	DATENANALYSE UND ERGEBNISSE	62
3.1	DATENAUFBEREITUNG.....	62
3.2	DESKRIPTIVE STATISTIK.....	63
3.3	HYPOTHESENTESTUNG.....	64
3.3.1	<i>Hypothesen 1a und 1b</i>	64
3.3.2	<i>Hypothesen 2a und 2b</i>	67

3.3.3	<i>Hypothesen 3a und 3b</i>	68
3.4	EXPLORATIVE BERECHNUNGEN.....	70
3.4.1	<i>Geschlechterunterschiede</i>	70
3.4.2	<i>Berechnungen mit Subskalen</i>	73
4	DISKUSSION.....	76
4.1	ERGEBNISDISKUSSION.....	76
4.2	LIMITATIONEN.....	83
4.3	AUSBLICK.....	88
	REFERENZEN.....	91
	ANHANG A.....	107
	ANHANG B.....	110
	ANHANG C.....	114
	ANHANG D.....	125

1 THEORETISCHER HINTERGRUND

1.1 Bedeutung und Relevanz des Themas

Wie steht es um die seelische Gesundheit angehender Psychotherapeut:innen? Sich diese Frage zu stellen, scheint in Anbetracht der Verantwortung, die die Behandler:innen in ihrem Beruf tragen nicht unwichtig, wirkt sich deren psychische Verfassung doch unter Umständen auch auf die Arbeit mit ihren Patient:innen aus. Dennoch scheint dieses Thema in der Forschung noch immer einem gewissen Tabu zu unterliegen. Bei einer Datenbankrecherche konnten lediglich zehn Artikel ausgemacht werden, die sich mit den psychischen Schwierigkeiten von Psychotherapeut:innen beschäftigten (Sydow, 2014). Der Fokus bereits bestehender Publikationen lag dabei auf ausgewählten Themenbereichen – Suizidalität, Depression und Burnout (Sydow, 2014). Dies mag unter anderem der Idealvorstellung von dieser Profession geschuldet sein. Psychotherapeut:innen scheinen in der gesellschaftlichen Vorstellung, aber auch in ihrer eigenen, als Spezialist:innen für seelische Gesundheit zu gelten, weshalb wiederum erwartet wird, dass sie auch ihre eigene psychische Verfassung perfekt im Griff haben (Jaeggi, 2001; Sydow, 2014).

Im Vergleich zu anderen Professionen (Buchhalterinnen, Anwältinnen, Chemikerinnen, Ingenieurinnen, Finanzanalystinnen, Künstlerinnen, Mikrobiologinnen, Musikerinnen, Krankenschwestern, Physiotherapeutinnen und Statistikerinnen) berichteten Psychotherapeutinnen jedoch häufiger vom Aufwachsen in destruktiven Familienverhältnissen (Elliot & Guy, 1993). Darunter fielen Erfahrungen wie körperlicher Missbrauch, sexuelle Belästigung, Alkoholismus der Eltern, psychiatrische Hospitalisierung eines Elternteils, Tod eines Familienmitglieds und das Aufwachsen in dysfunktionalen Familienstrukturen (Elliot & Guy, 1993; Orlinsky, 2022). Und dennoch existieren „fast keine belastbaren Daten zur Epidemiologie psychischer Störungen bei den Angehörigen therapeutischer Berufe“ (Sydow, 2014, S. 288).

Was sich bisher zeigen ließ ist, dass Psychotherapeut:innen in ihrer Kindheit „ihre Eltern häufig als psychisch belastet sowie wenig fürsorglich“ wahrnahmen und „sich in besonderem Maß verantwortlich dafür [fühlten], elterliche Probleme zu lösen“ (Sydow, 2014, S. 284). „Nicht selten waren sie Vertraute der Eltern, ‚designierte Familientherapeuten‘ und ‚parentifizierte Kinder‘“ (Sydow, 2014, S. 284). Solche Parentifizierungserfahrungen können sich langfristig auf die Gesundheit des Kindes und damit des späteren Erwachsenen auswirken. Psychische

Erkrankungen wie Ess-, Angst-, und Persönlichkeitsstörungen (Hooper et al., 2011), Depression und psychosomatische Symptomatiken können die Folge sein (Schier et al., 2015).

Es bestehe auch ein Zusammenhang zwischen früheren Parentifizierungserfahrungen und späteren Imposter-Gefühlen (Castro et al., 2004). Wer unter dem Imposter-Phänomen leidet, glaubt, dass der persönliche Erfolg nicht durch die eigenen Fähigkeiten erreicht wurde, sondern lediglich durch Anstrengung, Glück oder Zufall (Clance & Imes, 1978). Für solche Hochstapler- oder Imposter-Gefühle können u.a. Schamgefühle ein signifikanter Prädiktor sein (White, 2001).

Da frühere Parentifizierungserfahrungen zu Imposter-Gefühlen im Erwachsenenalter führen können und sich Scham als möglicher Prädiktor für diese Gefühle zeigte, wird vermutet, dass sich bei Psychotherapeut:innen in Ausbildung (PiA), die Parentifizierung erfahren haben, Imposter-Gefühle äußern. Zudem wird angenommen, dass der erwartete Zusammenhang von Parentifizierung und Imposter-Gefühlen durch Schamgefühle verstärkt wird, die wiederum durch das noch bestehende Ideal von der psychotherapeutischen Profession hervorgerufen wurden. Da sich Parentifizierungserfahrungen langfristig auf die Gesundheit (Hooper et al., 2011; Schier et al., 2015) und Imposter- und Schamgefühle negativ auf den beruflichen Erfolg auswirken können (Hudson & González-Gómez, 2021), erscheint eine Vertiefung des Themas sinnvoll. Da noch wenig empirische Forschung zu den drei Konstrukten im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Profession existiert, fehlt möglicherweise auch ein spezifischer Fokus darauf in den Ausbildungscurricula. Vertiefende Erkenntnisse könnten dabei helfen mögliche Anpassungen an die speziellen Bedürfnisse der Auszubildenden vorzunehmen und mit bestehenden Idealen zu brechen.

1.2 Kernpunkte bestehender Literatur

Die im Folgenden behandelten Konstrukte – Parentifizierung, Imposter-Phänomen und Scham – erweisen sich als so komplex, dass sie unmöglich allumfassend in dieser Arbeit behandelt werden können. Das Ziel dieser Auseinandersetzung ist es, einen Einblick zu gewährleisten, der es erlaubt, einen theoretischen Zusammenhang zwischen den Konzepten herzustellen, um anschließend die daraus entstandene Forschungsfrage nachvollziehen zu können.

1.2.1 Parentifizierung

1.2.1.1 Definition(en)

In seiner Zusammensetzung aus den lateinischen Worten „parentes“ für Eltern und „facere“ für machen, bezeichnet der Begriff Parentifizierung (engl.: *parentification*) den Prozess, bei dem Kinder zu Eltern gemacht werden. Erstmals definiert wurde das Konstrukt von Boszormenyi-Nagy und Spark, die Parentifizierung als „subjektive Verzerrung einer Beziehung – so, als stelle der Ehepartner oder gar eines der Kinder einen Elternteil dar“ (1973/1995, S. 209) beschreiben. Demnach werden Kindern Rollen und Verantwortung übertragen, die normalerweise Erwachsenen vorbehalten sind. Die Generationsgrenzen innerhalb des Familiensystems sind damit verzerrt oder fehlen in manchen Fällen gänzlich (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/1995). Neben Boszormenyi-Nagy und Spark (1973/1995) gilt auch Minuchin (1974) als Urheber des Begriffs (Hooper, 2007a). Mit seiner Bezeichnung des *parental child* beschreibt er eine Situation, in der Kinder aufgrund wirtschaftlicher und sozialer Bedingungen elterliche Verantwortung übernehmen (Earley & Cushway, 2002; Minuchin et al., 1967). Das elterliche Kind hat dabei vornehmlich die Autorität über seine Geschwister (Minuchin, 1974). Während hierbei die Grenzen zwischen den Eltern und dem *parental child* verschwimmen, werden sie zwischen den Eltern und den anderen Kindern streng gewahrt (Soloski et al., 2016). Neben *parentification* und *parental child* wird das Phänomen der elterlichen Verantwortungsübernahme durch das Kind auch mit dem Begriff *role reversal* beschrieben (Earley & Cushway, 2002). Das Kind kann hierbei als Elternteil oder als Partner:in für seine Eltern agieren. Übernimmt das Kind die Rolle der Partnerin bzw. des Partners kann es als Vertrauensperson, Freund:in oder Entscheidungsträger:in auftreten. In diesem Prozess nutzen die Eltern das Kind als Selbstobjekt und missachten gleichzeitig die Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse nach emotionaler Zuwendung (Kabat, 1996).

Auch wenn Elemente wie die Übernahme der elterlichen Rolle durch das Kind, die Umkehrung der Rollen und eine Störung der Generationsgrenzen in den meisten Modellen integriert sind, liegt dennoch keine einheitliche Definition des Begriffs der Parentifizierung vor, da unterschiedliche theoretische Orientierungen jeweils andere Elemente des Konstrukts fokussieren (Hooper, 2007a). Zudem lässt sich Parentifizierung nicht klar von anderen Begriffen abgrenzen. Es gibt zahlreiche Konzepte, die starke Zusammenhänge mit Parentifizierung aufweisen und zum Teil schon vorher existierten, so bspw. *unnatural roles*, *family burden bearer*, *junior partner*, *family hero* und *hurried child* (Jurkovic, 1997).

Parentifizierung kann als organisierendes Konstrukt verstanden werden, das Eltern-Kind-Beziehungen aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet, so z.B. aus psychoanalytischer, psychodynamischer, soziefamliärer und/oder existentiell-ethischer Sicht, aber auch auf beziehungs-dynamischer, strategischer, struktureller, sozialer, kultureller und historischer Ebene (Chase, 1999; Jurkovic, 1997).

Chases (1999) Begriffsbestimmung kann trotz der Unterschiede zwischen den einzelnen Definitionen als gemeinsame Basis des Konstrukts gesehen werden:

„[...] parentification in the family entails a functional and/or emotional role reversal in which the child sacrifices his or her own needs for attention, comfort, and guidance in order to accommodate and care for logistical or emotional needs of the parent.“ (Chase, 1999, S. 5)

Das Kind stellt also seine eigenen Bedürfnisse für die der Eltern zurück, wodurch die ursprünglichen Rollen vertauscht werden. Dies kann sowohl auf einer funktionalen/instrumentellen als auch auf einer emotionalen/expressiven Ebene geschehen. Dieser Rollentausch ist zunächst einmal wenig problematisch, sondern kann Kindern vielmehr dabei helfen Feingefühl und Gegenseitigkeit gegenüber anderen Menschen zu entwickeln (Chase, 1999). Bedenklich wird es dann, wenn Eltern von ihren Kindern verlangen, dass diese auf die elterlichen Bedürfnisse achten bzw. die Abhängigkeit eines Elternteils zu groß wird und dieser ein Zuviel der elterlichen Verantwortung abgibt (Chase, 1999). Möglicherweise antizipiert das Kind dann, dass die Bedürfnisse anderer Menschen wichtiger sind als die eigenen und/oder vernachlässigt eigene Themen und Interessen wie Schule, Freundschaften, Karriere und Beziehungen (Chase, 1999). Wie genau sich problematische Parentifizierung äußert und welche Folgen dies nach sich zieht, wird in Kapitel 1.2.1.5 erörtert.

Auch wenn bereits lange vor der Verwendung der Begrifflichkeiten *role reversal*, *parental child* und *parentification* die Umkehrung der Eltern-Kind-Rolle in der Forschung thematisiert wurde, wurde das Phänomen des elterlichen Kindes doch erstmals durch Minuchin et al. (1967) in einem umfassenderen Rahmen diskutiert (Chase, 1999). Dabei wurde zum Verständnis des Phänomens, auf Ebene der strukturellen Familientherapie, auch die wirtschaftliche Klasse und die Familiengröße und damit auch der soziale Kontext des Individuums in die Betrachtung miteinbezogen (Minuchin, 1974). Wie oben bereits erwähnt, wird dem *parental child* die Autorität für die anderen Kinder der Familie übertragen. Dies habe sich besonders bei Familien mit niedrigem Einkommen, großen Familien und Alleinerziehenden-Haushalten gezeigt (Soloski et al., 2016). Obwohl die Autonomie und Verantwortung, die das Kind durch diese Rolle erhält, nicht seinem Alter entsprechen, kann eine solche familiäre Struktur, die auf der

Anwesenheit eines elterlichen Kindes basiert, wie auch bei Chase (1999) beschrieben, gut funktionieren (Soloski et al., 2016).

Im Zentrum des Konzepts nach Minuchin (1974; Minuchin et al., 1967) stehen v.a. funktionale Aufgaben, die das Kind übernimmt, um zum Wohlergehen und Überleben der Familie beizutragen (Chase, 1999). Die familiären Subsysteme werden so strukturell neu geordnet und es wird darüber entschieden, wer welche Verantwortung trägt und damit gleichzeitig wieviel „Macht“ und „Autorität“ ein jeder ausübt (Chase, 1999). Wird allerdings die Verteilung der Rollen nicht offen besprochen oder verhandelt bzw. übernimmt das elterliche Kind die Hauptverantwortung für seine Geschwister und die Eltern ziehen sich fast gänzlich aus ihrer Verantwortung zurück, kann dies negative Folgen nach sich ziehen (Soloski et al., 2016). Dies könne womöglich zu einer Überforderung und Überschreitung des Entwicklungsstandes des *parental child* führen.

Auf existentiell-ethischer Ebene und im Hintergrund der kontextuellen Familientherapie wird ein Kind nicht erst dann parentifiziert, wenn es explizit bestimmte Rollen zugewiesen bekommt, sondern schon allein durch seine Verfügbarkeit für die Erfüllung der elterlichen Bedürfnisse (Boszormenyi-Nagy & Krasner 1986). Familienmitglieder sind existentiell voneinander abhängig, was zwangsläufig zu einer Auseinandersetzung mit Themen wie gegenseitiger Rücksichtnahme, Rechenschaftspflicht, Verantwortungsübernahme und Loyalität führt und die ethische Frage aufwirft, ob sich das Familiensystem hier in einer ausgewogenen Balance befindet (Jurkovic, 1997). Balance meint dabei nicht ein gleichwertiges Aufwiegen des Gebens und Nehmens aller Familienmitglieder. Die Erziehungsberechtigten fordern keine gleichwertige Gegenleistung, sondern sind sich darüber im Klaren, dass sie es sind, die in dieser Beziehung mehr geben als nehmen (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/1995). Hierbei ist es möglich, dass Eltern ihren Kindern verantwortungsvoll „erwachsene“ Aufgaben zuteilen. Dies geschieht, wenn die Erziehungsberechtigten ihre Kinder ausdrücklich um Hilfe bitten, dabei nicht manipulativ vorgehen und ihre Verfügbarkeit für Aufgaben anerkennen, wertschätzen und darauf achten, dass Kosten und Nutzen ausgewogen sind (Jurkovic, 1997). Es sei sogar wichtig, dass Kinder bis zu einem gewissen Grad parentifiziert werden würden, um später in der Lage zu sein sich mit verantwortungsvollen Rollen zu identifizieren und einen angemessenen Grad an emotionaler Reife zu entwickeln (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/1995). Erst wenn Eltern ihre Kinder zu Loyalität und Fürsorge verpflichten und ihre Unterordnung gegenüber den elterlichen und familiären Bedürfnissen erwarten wird Parentifizierung unangemessen und kann destruktive Folgen haben (Jurkovic, 1997).

Im Unterschied zum strukturellen Ansatz von Minuchin (1974), bei dem Parentifizierung das Ausüben festgelegter Rollen und Funktionen beschreibt, wird der Begriff auf existentiell-ethischer Ebene erweitert und kann ganz unterschiedliche Rollen, Verhaltensmuster und Interaktionsprozesse umfassen (Chase, 1999; Jurkovic, 1997). Ziel sei es am Ende die Bedürfnisse der Familienmitglieder zu befriedigen und/oder zu schützen und die Stabilität des Familiensystems zu wahren. Dies geschehe auf zwei Ebenen – zum einen auf der offen beobachtbaren, zum anderen auf der verdeckten, in den Dynamiken der Familie erkennbaren Ebene (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/1995). Boszormenyi-Nagy und Spark (1973/1995) sprechen hier von unsichtbaren Bindungen, die das Funktionieren der Familie über die Generationen hinweg strukturieren, wodurch Rollen auch auf unbewusster Ebene zugeschrieben werden können (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). Versucht ein Kind bspw. durch Fehlverhalten (z.B. Drogenkonsum, Schule schwänzen, Gewalt) die gemeinsame Aufmerksamkeit der Eltern auf sich zu lenken, um damit indirekt den elterlichen Konflikt zu lösen, würden Boszormenyi-Nagy und Krasner (1986) dies ebenfalls dem Konstrukt der Parentifizierung zuordnen.

Im Spezifischen fokussiert das Konzept von Boszormenyi-Nagy & Spark (1973/1995) und Boszormenyi-Nagy & Krasner (1986) die Verbindung zwischen drei Generationen. Sie vermuten, dass es die Beziehungswünsche der Eltern selbst sind, die von ihren eigenen Eltern unerfüllt blieben, die sie jetzt wiederum versuchen mithilfe ihrer Kinder zu „stillen“. Das Kind erscheint damit auf der einen Seite als ausgebeutetes Objekt, das auf der anderen Seite allerdings auch freiwillig auf die elterlichen Bedürfnisse eingeht, um mit diesen in Beziehung zu bleiben. Eine paradoxe Situation (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/1995), in der das Kind als „loyales Objekt“ bezeichnet werden kann (Karpel, 1977).

Neben dem strukturellen Ansatz von Minuchin und der kontextuellen Herangehensweise von Boszormenyi-Nagy & Spark (1973/1995) soll hier auch das familientheoretische Konzept nach Bowen (1978) Erwähnung finden. Bowen bewegt sich mit seiner Theorie nahe am Konzept des Drei-Generationen-Modells und des loyalen Objekts (Chase, 1999), bezieht aber die Differenzierungsfähigkeit des Selbst (*differentiation of self*) mit ein. Er beschreibt die Familie als emotionale Einheit (*emotional unit*), in der die emotionalen Prozesse dazu dienen ein Gleichgewicht zwischen Nähe und Individualität auszutarieren. Diese Verbindung bestehe über viele Generationen hinweg und beeinflusse das Verhalten der Familienmitglieder unbewusst (Groß, 2012).

Bowen (1978) geht davon aus, dass das Dreieck – also ein aus drei Personen bestehendes System – das kleinste stabile Beziehungssystem ist (Bowen, 1978). Das beste Beispiel dafür sei innerhalb eines Familiensystems die Vater-Mutter-Kind Beziehung. Ein System aus zwei Personen sei instabil und benötige im Konfliktfall, z.B. verbunden mit emotionalem Stress und/oder Angst, eine dritte Person, durch die sich der Druck verteilen lässt (Groß, 2012). Die Dynamiken innerhalb des Dreiecks sind immer in Bewegung, auch in (spannungs-/konfliktfreien) Ruhephasen, und wiederholen sich meist in immer gleicher Weise. In Phasen der Entspannung gibt es zwei Personen, die sich auf angenehme Weise nahe sind und einen Außenseiter, der sich weniger wohl fühlt. Das Paar versucht die angenehme Nähe aufrecht zu erhalten, während der Außenseiter versucht Nähe zu einem der beiden aufzubauen. Kommt es zu Spannungen zwischen dem Paar, ist die Außenseiterposition die angenehmere und begehrtere Position, um der Spannung in der Zweisamkeit zu entgehen. Es wird versucht die Positionen zu wechseln. Obwohl sich die Dynamiken wiederholen und die Beteiligten meist feste Rollen haben, bedeutet das nicht, dass sie unveränderbar sind (Bowen, 1978). Die häufigste Konstellation ist die, in der ein Konflikt zwischen Vater und Mutter besteht. Dem Vater gelingt schließlich der Wechsel in die Außenseiterposition, wodurch er gleichzeitig das Kind in den Konflikt mit der Mutter schickt. Die Mutter bringt das Kind dann immer wieder auf ihre Seite, bis es sich an seine Position gewöhnt und sie sogar freiwillig einnimmt. Es kommt sozusagen zu einer Fusionierung, einer Verschmelzung zwischen Mutter und Kind. Schrittweise kann sich dadurch eine chronisch funktionelle Beeinträchtigung beim Kind einstellen (Bowen, 1978). Diese Übertragung kann sich über Generationen hinweg fortsetzen. Durch diesen sogenannten *multigenerational transmission process* entscheidet sich ebenfalls, welchen Differenzierungsgrad eine Person erreicht, d.h. die Eltern (auch Großeltern) übertragen den Grad der Selbstdifferenzierung an ihre Kinder, den sie selbst erreicht haben (Groß, 2012). Besitzen Eltern selbst eine geringe Fähigkeit zur Differenzierung, so kann es sein, dass sie zu viel Nähe von ihren Kindern verlangen oder zu stark auf Distanz gehen. Dadurch wird es den Kindern erschwert selbstständig zu denken, zu fühlen und zu handeln. Sie reagieren nur auf das Verhalten von anderen (Groß, 2012) und die kindlichen Bedürfnisse treten in den Hintergrund.

Ein Ungleichgewicht in den emotionalen Prozessen der Kernfamilie (*nuclear family emotional process*) kann sich dabei in Symptomen auf verschiedenen Ebenen äußern – bspw. auf Paarebene (*couple conflict*) oder aber bei nur einem Partner (*illness in a spouse*) (Groß, 2012). Im Kontext der vorliegenden Arbeit ist hier besonders die Projektion eines Problems auf ein oder mehrere Kinder zu erwähnen, die dritte Ebene der Symptomformierung. Das Kind entwickelt Symptome, weil die Ängste und Probleme der Eltern auf das Kind übertragen

wurden (Groß, 2012). Dies nennt Bowen (1978) den Familienprojektionsprozess (*family projection process*), bei dem die Symptome aus dem Kontext des Individuums gehoben und um das Beziehungssystem der Familie erweitert werden. Das eigentlich angestrebte Gleichgewicht innerhalb des Familiensystems ist ins Wanken geraten, was sich in pathologischen Symptomen auf physischer, emotionaler und/oder sozialer Ebene bei einem oder mehreren Mitgliedern ausdrückt. Das Auftreten von Symptomen stellt Bowen (1978) zusätzlich in Abhängigkeit der Differenzierungsfähigkeit des Einzelnen – der Fähigkeit des Individuums „im engen emotionalen Kontakt mit anderen [Personen] ein stabiles Selbst zu bewahren“ (Groß, 2012). Ist die Differenzierungsfähigkeit eingeschränkt, kann das Individuum kein eigenständiges Selbst entwickeln, sondern ist permanent auf die Bestätigung und Übereinstimmung von außen angewiesen (Groß, 2012). Personen mit niedriger Selbstdifferenzierung können bei Meinungsverschiedenheiten die sofortige Isolation von anderen bzw. bei Einigkeit die Verschmelzung mit dem anderen und den Verlust des Selbst befürchten (Groß, 2012).

Dieses, von den Beziehungen zu anderen abhängige Pseudo-Selbst (Bowen, 1978) erinnert an das psychoanalytische Konzept des falschen Selbst (*false self*) von Winnicott (1965). Das falsche Selbst entwickle sich demnach in der frühen Mutter-Kind-Beziehung. Begegnet die Mutter den Gesten und Bedürfnissen des Säuglings nicht in angemessener Weise, nicht „gut genug“, so gelingt es dem Kind nicht seine Omnipotenzfantasien zu überwinden, dadurch sein noch schwach ausgeprägtes Ich zu stärken und sein wahres Ich zu entwickeln (Winnicott, 1974). Vielmehr beginnt der Säugling seine Bedürfnisse denen der Mutter unterzuordnen. Er passt sich an und reagiert auf die Forderungen seiner Umwelt. Dies kann das Verschwinden spontaner, lebendiger und kreativer Äußerungen des Kindes zur Folge haben (Butzer, 2022), wobei es nach Winnicott (1965) unterschiedliche Grade dieses Prozesses gibt – niedrig bis hoch, gesund höflich bis komplett abgespalten.

Auch beim Prozess der Parentifizierung kann das Kind beginnen die Bedürfnisse der anderen – v.a. Eltern und Geschwister – wichtiger zu nehmen und sie vor die eigenen zu stellen (Polz, 2018). Wenn sich dann das Erleben des Kindes fast ausschließlich danach richtet den Erwartungen der anderen zu entsprechen und es hauptsächlich dafür Beachtung und Wertschätzung erhält, bleibt das eigene „wahre Selbst“ zurück (Stern, 1992). Eltern, die selbst ein falsches Selbst entwickelt haben, weil ihre Bezugspersonen nicht angemessen auf ihre früheren Bedürfnisse reagierten, können später die Wiedergutmachung ihrer narzisstischen Wunden von ihren Kindern verlangen (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995) und damit die Dynamik wiederholen.

Wie Winnicott (1965) dem falschen Selbst das wahre Selbst (*true self*) gegenüberstellt, das individuell im Kind angelegt ist, sich in der spontanen Geste ausdrückt und sich nie anpasst, so stellt Bowen (1978) dem Pseudo-Selbst das solide Selbst (*solid self*) gegenüber, das sich aus festen Überzeugungen und Glaubenssätzen zusammensetzt. Im Gegensatz zum Pseudo-Selbst kann das solide Selbst nicht durch sozialen Druck oder Zwang verändert werden. Es entsteht langsam und verändert sich von innen heraus (Bowen, 1978). Mit einem gut ausgebildeten soliden Selbst, das in angemessener Weise mit dem vorhandenen Faktenwissen im Einklang steht, sind Menschen in der Lage sich als Individuum zu begreifen, das gleichzeitig mit anderen in emotionalem Kontakt stehen kann (Bowen, 1978).

Zusammenfassend zeigt sich, dass Minuchin (et al., 1967; 1974), Boszormenyi-Nagy und Spark (1973/1995) und Bowen (1978) den Fokus ihrer Betrachtungen auf unterschiedliche Facetten des Konstrukts der Parentifizierung legen. Die gemeinsame Basis der verschiedenen Betrachtungsweisen, die sich u.a. in Chases (1999) oben genannter Definition abbildet, dient auch im Rahmen dieser Arbeit als Basis zur Definition von Parentifizierung: das parentifizierte Kind übernimmt elterliche Verantwortung, entweder auf instrumenteller und/oder emotionaler Ebene, und stellt die eigenen kindlichen Bedürfnisse zum Wohl der Familie zurück, wodurch die Generationengrenzen innerhalb des Familiensystems verzerrt sind (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/1995). Ein möglichst umfassendes Bild von Parentifizierung entsteht dann, wenn die verschiedenen Perspektiven – strukturelle Familiendynamiken (Minuchin et al., 1967), existentiell-ethisch und kontextuelle Dynamiken (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/1995) und familientheoretische Sichtweisen (Bowen, 1978) – miteinbezogen werden.

Da (v.a. instrumentelle) Parentifizierung häufig in großen Familien, Familien aus niedrigeren Wirtschaftsklassen und Single-Eltern-Haushalten auftritt, erweist es sich bei der Auseinandersetzung mit dem Konstrukt als wichtig den sozialen Kontext miteinzubeziehen (Minuchin, 1974; Soloski, 2016). Der Blick auf die rein sozio-familiären Strukturen und die funktionale Aufgabenübernahme reicht jedoch nicht aus, um das Konstrukt in seinem vollen Umfang abzubilden. Durch die existentiell-ethische Perspektive ergänzt, zeigt sich, dass Kinder nicht erst dann parentifiziert werden, wenn sie explizite Rollen zugewiesen bekommen, sondern schon allein durch ihre Verfügbarkeit für die Erfüllung der elterlichen Bedürfnisse (Boszormenyi-Nagy & Krasner 1986). Die Dynamiken in den Familien können sich dabei über (vornehmlich drei) Generationen hinweg fortsetzen. Es scheint, als würden die Eltern die Nichterfüllung ihrer eigenen Bedürfnisse später nachträglich von ihren Kindern „verlangen“ (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995). Wie sich das Gleichgewicht zwischen Nähe und Individualität über die Generationen hinweg gestaltet, wird aus familientheoretischer

Perspektive zusätzlich durch die Differenzierungsfähigkeit des Einzelnen bestimmt (Bowen, 1978). Besitzt ein Individuum eine nur geringe Fähigkeit zur Selbstdifferenzierung, ist es permanent auf die Bestätigung von anderen angewiesen. Es stellt für seine Mitmenschen die eigenen Bedürfnisse hintenan, was wiederum die Entwicklung eines falschen Selbst und pathologischer Symptome fördert.

Insgesamt bleibt dabei wichtig zu beachten, dass nicht jede Form der Parentifizierung automatisch problematisch ist. Parentifizierung kann bis zu einem gewissen Grade auch dazu beitragen, dass sich Kinder besser mit verantwortungsvollen Rollen identifizieren und eine angemessene emotionale Reife entwickeln. Bevor genauer betrachtet wird, wann Strukturen der Parentifizierung pathologisch werden, werden im nächsten Abschnitt intrapsychische Konzepte zum Verständnis der Parentifizierung herangezogen, um das konzeptuelle Bild des Konstrukts zu vervollständigen und zu verstehen, wann Parentifizierung eher positive und wann eher negative Auswirkungen auf die Entwicklung eines Menschen haben kann.

1.2.1.2 Entwicklungspsychologische Grundlagen

Neben den drei genannten relationalen und strukturellen Konzepten können intrapsychische Modelle hilfreich sein, um die Effekte von Parentifizierung auf ein Individuum besser nachvollziehen zu können (Chase, 1999). In der Literatur werden hierzu häufig folgende vier Modelle angewandt: die *attachment theory* (Alexander, 1992; Bowlby, 1982/1969), die *social developmental theory* (Erikson, 1959), die *object relations* (Mahler et al., 1975) und die *self-developemental theory* (Kohut, 1971), welche hier mit Blick auf ihre Bedeutung für das Konzept der Parentifizierung dargestellt werden.

attachment theory

Wie Winnicott (1974) die Entstehung eines „falschen Selbst“ in der frühen Mutter-Kind-Beziehung verortet, so wird auch im Rahmen der Bindungstheorie angenommen, dass eine Störung der Mutter-Kind-Beziehung das Phänomen der Parentifizierung begünstigt und das Vorkommen von Parentifizierung damit gleichzeitig das Bindungsmuster der Eltern zu ihren eigenen Eltern erahnen lässt. Bowlby (1982/1969) nimmt an, dass frühkindliche Beziehungserfahrungen, meist mit den nächsten Bezugspersonen, „innere Arbeitsmodelle“ von Beziehungen erzeugen, in denen abgespeichert ist, wie diese Verbindungen mit anderen Personen funktionieren. Das Kind entwickelt damit bestimmte Überzeugungen von und Erwartungen an Beziehungen (Taubner et al., 2014). Zugleich erfährt es seinen eigenen Wert

in Beziehungen und bekommt ein Gefühl dafür, wie andere Personen auf es reagieren (Chase, 1999). Vier Bindungstypen – sicher, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent und desorganisiert (Ainsworth et al., 1978) – beschreiben dabei die möglichen Ausprägungen. Dabei zeigte sich, dass Parentifizierung besonders mit einem unsicher-ambivalenten, aber auch desorganisierten Bindungsstil in Verbindung gebracht werden kann (Alexander, 1992; Cotroneo, 1986; Cotroneo, 1988; Main & Hesse, 1990).

Ein unsicher-ambivalentes Beziehungsmuster äußert sich beim Kind durch ängstliches, anklammerndes und passives Verhalten. Dieses Muster entsteht, wenn sich Bezugsperson(en) widersprüchlich verhalten. Mal reagieren sie liebevoll auf die Bedürfnisse des Kindes mal reagieren sie gar nicht oder abweisend. Obwohl die unvorhersehbaren elterlichen Reaktionen zu einer starken Verunsicherung beim Kind führen, sucht es dennoch immer wieder deren Nähe, um eine befürchtete Trennung zu vermeiden (Ainsworth et al., 1978).

Der desorganisierte Bindungsstil zeichnet sich durch ein widersprüchliches Verhalten beim Kind aus. Es hat Schwierigkeiten sich und anderen zu vertrauen, was darauf zurückzuführen ist, dass die Bezugspersonen selbst die Angst beim Kind auslösen. Es besteht keine gute Bindung zwischen Eltern und Kind. Desorganisierte Kinder schwanken häufig zwischen einem Bedürfnis nach Nähe und dem Wunsch nach Distanz (Main & Solomon, 1990).

Diese Bindungsstile können sich bis ins Erwachsenenalter fortsetzen (Ainsworth, 1989). So erscheinen Erwachsene mit einer unsicher-ambivalenten Bindung später bspw. als konfus und ängstlich (Collins & Read, 1990; Kobak & Sceery, 1988), klammernd, unselbstständig und eifersüchtig (Brennan & Shaver, 1991; Feeney & Noller, 1990; Hazan & Shaver, 1987) und/oder überaus ausdrucksstark (Bartholomew & Horowitz, 1991). Erwachsene mit einem frühkindlichen desorganisierten Bindungsstil zeigen sich dagegen als sozial gehemmt und wenig selbstbewusst, verhalten sich aber auch vermeidend und sorgenvoll (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Wie schon bei Bowen (1978) und Boszormenyi-Nagy und Krasner (1986) beschrieben, können sich auch die inneren Arbeitsmodelle über mehrere Generationen hin fortsetzen und zeigen sich damit als generationsübergreifend stabil (Bowlby, 1969/1982), und dies besonders bei Untersuchungen des Drei-Generationen-Modells (Benoit & Parker, 1994).

social developmental theory

Ähnlich wie Bowen (1978) das Auftreten von Parentifizierung in Abhängigkeit von der Differenzierungsfähigkeit des Einzelnen stellt, kann mit Bezug auf Erikson (1959) ein Beitrag

zur Entstehung von Parentifizierung im Einzelnen, in diesem Falle des Kindes, erahnt werden. Dieses möchte sich als wertvoller und nützlicher Teil der Familie begreifen und gestattet somit „freiwillig“ seine Parentifizierung (Erikson, 1959), was wiederum an das loyale Objekt von Boszormenyi-Nagy und Spark (1973/1995) erinnert. Entsprechen die übertragenen Rollen den entwicklungsbedingten Kompetenzen des Kindes, ist diese freiwillige Übernahme von erwachsenen Aufgaben wenig problematisch. Das Kind kann seine Fähigkeiten und seinen Zweck in Beziehungen zu anderen erkennen und damit den Grundstein für ein gutes Verantwortungsgefühl und eine gesunde Entschlossenheit im Erwachsenenalter legen (Chase, 1999).

Von Erikson's (1959) insgesamt acht Stufen der psychosozialen Entwicklung – *Childhood: Trust vs. Mistrust* (Stufe 1), *Autonomy vs. Shame and Doubt* (Stufe 2), *Initiative vs. Guilt* (Stufe 3), *Industry vs. Inferiority* (Stufe 4); *Adolescence: Identity vs. Identity confusion* (Stufe 5); *Adulthood: Intimacy vs. Isolation* (Stufe 6), *Generativity vs. Stagnation/Self-absorption* (Stufe 7), *Integrity vs. Despair* (Stufe 8) (Orenstein & Lewis, 2022) – seien dabei im Rahmen von Parentifizierung besonders Stufe 3 und 4 betroffen (Chase, 1999).

In Stufe 3 (*play age period*) kann das Kind ein Gefühl von Bestimmung und Verantwortungsbewusstsein erlangen, wenn es ermutigt und dabei unterstützt wird seine eigenen Interessen zu verfolgen und die Initiative zu ergreifen (Orenstein & Lewis, 2022). Geschieht dies nicht, muss das Kind bspw. seine Bedürfnisse kontinuierlich unterordnen und zurückstellen und Versuche von eigeninitiativem Verhalten werden missachtet, so kann das Kind später eine generelle Gehemmtheit in seinem Verhalten entwickeln oder aber mit überkompensatorischer Selbstdarstellung reagieren (Erikson, 1959). Werden in Stufe 4 (*school age period*) keine, dem Entwicklungsstand entsprechenden, Erwartungen an das Kind gestellt, die zudem wertgeschätzt werden, kann sich eine pathologische Trägheit und Passivität im Verhalten des Kindes und des späteren Erwachsenen zeigen (Orenstein & Lewis, 2022). Wird es stattdessen für angemessene Aufgaben gelobt, kann es ein gesundes Kompetenzgefühl entwickeln.

Insgesamt können unangemessene Aufgaben das Kind vor allem in bestimmten Phasen der Entwicklung überfordern. Es kann folglich den eigenen Erwartungen und denen von außen nicht gerecht werden. Anstatt sich nützlich zu fühlen, drängen sich Gefühle von Schuld, Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit auf (Chase, 1999).

object relations

Wie bei Erikson (1959) beginnt auch in Mahlers (1967) *Seperation-Individuation Theory* und in Winnicotts (1958, 1965) Konzepten (*holding environment, transitional objects, the development of concern, guilt in the child*) das Kind im Laufe seiner Entwicklung seine Eltern unterstützen zu können und auch zu wollen. Es trägt somit freiwillig seinen Teil zur Eltern-Kind-Beziehung bei (Winnicott, 1958, 1965).

Mahler untersuchte speziell Mutter-Kind-Beziehungen vornehmlich während die Kinder in einem Alter von 0 bis 3 Jahren waren. In diesem Stadium entwickle sich eine innere Landkarte über die Vorstellung von anderen und des eigenen Selbst. Dabei werden sowohl schwierige als auch schöne Erfahrungen integriert und befähigen das Kind im Idealfall zu einem angemessenen Umgang mit unterschiedlichen Emotionen bei sich und anderen (Mahler et al., 1975). Innerhalb des Prozesses der *seperation* und *individuation* gelingt es dem Kind optimalerweise sich von der Bezugsperson zu lösen und persönliche Charakterzüge zu entwickeln und selbstständig Leistungen zu erbringen. Dies zeigt noch einmal, dass Parentifizierung gewissermaßen zur Entwicklung dazugehört und als solche nicht zwangsläufig pathologisch ist. Problematisch wird es erst dann, wenn die Bezugspersonen ihre Fürsorgepflicht vernachlässigen, die Grenzen des Kindes verletzen, die kindlichen Beiträge nicht angemessen sind und es damit in solch einer Weise ausgebeutet wird, dass es nicht mehr angemessen von den Eltern geschützt ist (Chase, 1999). In solchen Situationen führt Parentifizierung zu einer Störung der Entwicklungsphasen und verhindert die Loslösung von den Bezugspersonen und die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit.

self-developemental theory

In seinem Werk *The Analysis of the Self* erörtert Kohut (1971), dass die Eltern für das Kind als Selbstobjekt fungieren, welches es verinnerlicht. Selbstobjekt im kohutschen Sinne meint dabei das persönliche Erfahren einer anderen Person und die daraus resultierende Integration der Funktionen dieser Person in das eigene Selbstgefühl (Smothers, 2010). Im besten Fall vermitteln die Eltern dem Kind dabei ein sicheres und stabiles Selbstgefühl, indem sie das Bedürfnis des Kindes nach Spiegelung und Idealisierung befriedigen (Kohut, 1971). Dies kann jedoch nicht gelingen, wenn die Eltern selbst kein ausgeprägtes Selbstgefühl besitzen. Hier zeigen sich Parallelen zur Selbstdifferenzierungsfähigkeit nach Bowen (1978), die ebenfalls durch die Eltern an ihre Kinder weitergegeben wird. So wie eine niedrige Selbstdifferenzierung die Entwicklung des wahren Selbst stört, so beeinträchtigt ein Mangel an guter Spiegelung und Idealisierung die gesunde narzisstische Entwicklung des Kindes (Lowen, 1985). Statt ihren

Kindern zur Befriedigung der narzisstischen Bedürfnisse zur Verfügung zu stehen, verlangen die Eltern diese Befriedigung im Umkehrschluss von ihren Kindern (Miller, 1981). Einen Grund dafür sieht Miller (1981) bspw. darin, dass die Äußerung der eigenen wahren Emotionen in der Ursprungsfamilie, aus Respekt vor den Eltern, für das Kind verboten war. Haben die Eltern dies als Kinder erlebt, geben sie dies wiederum an ihre Kinder weiter und der Kreislauf wiederholt sich. In diesem Zusammenhang bedeute pathologischer Narzissmus den Verlust des wahren und die Entwicklung eines falschen und von anderen abhängigen Selbst, wie es bereits bei Winnicott (1965) und Bowen (1978) diskutiert wurde.

Parentifizierte Kinder werden folglich – bewusst oder unbewusst – dazu benutzt die versäumte Befriedigung der narzisstischen Bedürfnisse ihrer Eltern nachzuholen. Die Fähigkeit dazu besitzen sie jedoch nicht. Diese Kinder stehen vor einer Herausforderung, zu deren Bewältigung sie von Anfang an nicht in der Lage sind (Lowen, 1985). Dies führt oftmals zu einem Gefühl ständiger Unzulänglichkeit. Zudem bleibt durch den Fokus auf die Eltern keine Zeit die eigenen Grenzen zu erkennen und abzustecken (Chase, 1999). Später kann es dem Kind schwer fallen seine eigenen Gefühle zum Ausdruck zu bringen und zu kontrollieren bzw. überhaupt zu spüren (Chase, 1999; Miller, 1981).

Miller (1981) sieht in der Unfähigkeit Gefühle zu empfinden die Wurzel der narzisstischen Störung und benennt zwei Seiten dieser Störung – Grandiosität und Depression. Während das grandiose Individuum, das andere braucht, um bewundert zu werden, als erfolgreich angesehen wird, gilt das depressive Individuum, das andere braucht, um sich mit ihnen zu identifizieren, eher als Versager (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995). Speziell bei Psychotherapeut:innen komme dabei der depressive Teil der narzisstischen Störung häufiger vor (Miller 1981). Auf Psychotherapeut:innen und ihre Parentifizierungserfahrungen wird an anderer Stelle noch näher eingegangen.

Jedes der vier vorgestellten Modelle – *attachment theory*, *social developmental theory*, *object relations*, *self-developmental theory* – vermittelt auf seine Weise ein Verständnis für den kindlichen Entwicklungsprozess und damit eine Einsicht, wie sich Parentifizierung darin verorten lässt und auswirkt. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bereits eine frühe Störung der Mutter-Kind-Beziehung Parentifizierung begünstigen kann, ganz besonders bei einer unsicher-ambivalenten oder desorganisierten Bindung (*attachment theory*). Dieses Beziehungsmuster kann dabei als „inneres Arbeitsmodell“ über mehrere Generationen weitergegeben werden. Zugleich wird Parentifizierung durch das natürliche Bedürfnis des Kindes selbst gefördert, einen Beitrag zum Familienalltag leisten zu wollen (*social*

developmental theory). Besonders die dritte und vierte Entwicklungsstufe nach Erikson (1959) sind dafür sensible Phasen. Dennoch gehört Parentifizierung zur kindlichen Entwicklung dazu (*object relations*). Angemessene Herausforderungen sorgen für eine Loslösung von den Bezugspersonen (*seperation*) und der Entwicklung einer eigenständigen Persönlichkeit (*individuation*). Erst durch die Vernachlässigung der Fürsorgepflicht, der Verletzung der kindlichen Grenzen und der Unangemessenheit der Aufgaben wird Parentifizierung problematisch. Dies äußert sich möglicherweise darin, dass ein Kind kein stabiles Selbstgefühl entwickelt, weil schon seine Eltern keines entwickelten und es ihm damit auch nicht vermitteln konnten (*self-developemental theory*). Dem Kind bleibt eine gute Spiegelung und Idealisierung verwehrt und seine gesunde narzisstische Entwicklung wird gestört. Anstatt die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen, kümmert es sich um seine narzisstisch bedürftigen Eltern und entfernt sich immer weiter von seinem wahren Selbst.

Wie genau sich pathologische und nicht pathologische Parentifizierung unterscheiden und welche Formen Parentifizierung annehmen kann, wird im Folgenden thematisiert.

1.2.1.3 Ausprägung von Parentifizierung

Mit Blick auf den theoretischen Hintergrund erweist sich das Konstrukt der Parentifizierung als besonders vielschichtig, was eine klare Einschätzung von familiären Strukturen erschwert. Parentifizierung lässt sich als ein Kontinuum von angemessen bis unangemessen (Jurkovic, 1997) begreifen, weshalb nicht eindeutig von adaptiver oder pathologischer Parentifizierung gesprochen werden kann. Um eine bessere Einschätzung vornehmen zu können und um das Konstrukt von anderen Phänomenen besser abzugrenzen und zu objektivieren, schlägt Jurkovic (1997) neun Faktoren vor, die zudem helfen das Phänomen nicht voreilig zu pathologisieren (Hooper, 2008). Im Anhang findet sich zur Übersicht eine tabellarische Zusammenfassung dieser neun Faktoren und ihrer Bedeutung (Tabelle A1).

Im Gegensatz zu Boszormenyi-Nagy & Spark (1973/1995), die auch unsichtbare Fürsorge als Merkmal von Parentifizierung sehen, fordert Jurkovic (1997) ausschließlich offenkundig (*overtness*) fürsorgliche Verhaltensweisen der Parentifizierung zuzuordnen. Auch im Rahmen dieser Arbeit werden Verhaltensweisen dann als Parentifizierung eingestuft, wenn Personen direkt ersichtlich fürsorgliche Tätigkeiten übernehmen.

Um genau zu verstehen, welche Folgen Parentifizierung haben kann, gilt es zudem die Art der Rollenübernahme (*type of role assignment*) zu erfassen (Jurkovic, 1997). Hierbei kann

zwischen instrumenteller und emotionaler Parentifizierung unterschieden werden. In Folge instrumenteller Parentifizierung kümmert sich das Kind um alltägliche, physische Aufgaben, um das familiäre Zusammenleben zu unterstützen, so beispielsweise durch Einkaufen, Geschwisterbetreuung, Aufgaben im Haushalt usw. (Jurkovic et al., 1999; Schier et al., 2015). Es übernimmt damit Verantwortung für konkrete und funktionale Aufgaben (Jurkovic, 1997). Diese Form der Parentifizierung zeigt sich, wie bereits erwähnt, besonders in großen Familien, Familien aus niedrigeren Wirtschaftsklassen und Single-Eltern-Haushalten, und trägt dort dazu bei die Eltern zu entlasten und die familiären Sorgen zu reduzieren (Bowen, 1978; Jurkovic & Casey, 2000; Minuchin et al., 1967). Somit sind die Eltern weniger gestresst und das Kind erfährt ein Gefühl von eigener Wirksamkeit und Teilhabe und lernt, dass es im Stande ist mit den eigenen Fähigkeiten etwas zu leisten (Hooper, 2007b). Instrumentelle Parentifizierung ähnelt dabei der Beschreibung von Minuchins *parental child*.

Übernehmen Kinder dagegen die Verantwortung für das emotionale Wohlbefinden ihrer Eltern, weil diese dies – bewusst oder unbewusst – einfordern, so handelt es sich um emotionale bzw. expressive Parentifizierung. Dies äußert sich beispielsweise darin, dass sich Kinder die Sorgen eines Elternteils anhören, Trost spenden oder Streit schlichten (Liechti & Liechti-Darbellay, 2011). Sie übernehmen damit eine partnerähnliche Rolle und wirken als Vertraute:r oder Freund:in der jeweiligen Bezugsperson (Jurkovic et al., 1999). Emotionale Parentifizierung zeigt sich besonders dann, wenn das expressive, intergenerationale Gleichgewicht innerhalb der Familie durcheinander ist, bspw. durch einen ehelichen Konflikt oder die Bedürftigkeit der Eltern (Jurkovic, 1997). Die Grenze zwischen instrumenteller und emotionaler Parentifizierung verläuft dabei nicht immer eindeutig. Instrumentelle Aufgaben können eine emotionale Komponente besitzen und expressive eine funktionale Ebene aufweisen (Jurkovic, 1997). Zudem übernehmen Kinder in parentifizierten Beziehungen oftmals beide Rollen gleichzeitig.

Im Gegensatz zu Haxhe (2016), der instrumentelle Parentifizierung nicht als Parentifizierung sieht, da sie seiner Einschätzung nach nicht dysfunktional ist, erläutert Jurkovic (1997), dass auch ein Zuviel an instrumentellen Aufgaben das Kind überfordern kann, besonders dann, wenn die Arbeit nicht wertgeschätzt wird oder sie keiner zeitlichen Begrenzung unterliegt. Auch das Ausmaß (*extent of responsibility*) und die Dauer der Verantwortungsübernahme entscheidet darüber, ob sich Parentifizierung negativ auswirkt. Gehen die übernommenen Aufgaben über situative Gelegenheiten hinaus kann dies chronisch werden und negative Konsequenzen nach sich ziehen. Aber auch, wenn ein Kind gar keine Verantwortung übernimmt, kann dies problematische Auswirkungen haben. Um adaptiv zu sein, müssen die von Kindern übernommenen Aufgaben ihrem Entwicklungsstand entsprechen (*age appropriateness*),

andernfalls fehlen ihnen die passenden Ressourcen und die persönliche Entwicklung der Kinder wird gehemmt.

Um wen sich das Kind kümmert (*object of caretaking*) – Mutter, Vater oder Geschwister – kann ebenfalls über die Folgen von Parentifizierung entscheiden (Barnett & Parker, 1998). Oftmals übernehmen Kinder auch Verantwortung für mehrere Familienmitglieder oder die gesamte Familie. Darüber hinaus kann das Geschlecht des zu versorgenden Objekts bzw. die Kombination der Geschlechter eine Rolle spielen (Jurkovic, 1997). Es kann einen Unterschied machen, ob sich die Tochter um ihren Vater (*cross-gender parentification*) oder um ihre Mutter (*same-gender parentification*) kümmert.

Auch inwieweit die fürsorgliche Rolle, die ein Kind zur familiären Unterstützung einnimmt, als Teil der eigenen Identität verinnerlicht (*internalization*) wird, entscheidet über die adaptive vs. pathologische Ausprägung von Parentifizierung. Im Extremfall zeigt sich eine pathologische Parentifizierung als vollständige Verinnerlichung der fürsorglichen Rolle (Jurkovic, 1997).

Des Weiteren ist es entscheidend, ob die familiären Grenzen zwischen Kindern und Erwachsenen gewahrt (*family boundaries*) werden. Werden diese missachtet oder fehlen ganz, so findet sich das Kind in destruktiven Strukturen wieder wie bspw. einer Triangulierung oder einer Verstrickung (Jurkovic, 1997).

Zuletzt spielen bei der Einstufung von Parentifizierungsprozessen die soziale Legitimität (*social legitimacy*) und die ethische Vertretbarkeit (*ethicality*) eine wichtige Rolle. Der soziokulturelle Kontext entscheidet mit darüber, ob ein Verhalten als adaptiv oder destruktiv wahrgenommen wird. Auch was als fair erachtet wird, kann bestimmen, welche Verhaltensweisen sich letztlich positiv oder negativ auswirken. Damit bedingen sowohl der soziokulturelle Kontext als auch die wahrgenommene Fairness die anderen sieben Faktoren: Offenheit, Art der Rollenzuweisung, Ausmaß der Verantwortung, Objekt der Fürsorge, Altersangemessenheit, Verinnerlichung sowie familiäre Grenzen (Jurkovic, 1997).

Anhand der erläuterten neun Faktoren kann besser eingeschätzt werden, ob sich beobachtbare Parentifizierungsstrukturen eher adaptiv oder destruktiv auswirken. Jurkovic (1997) erweiterte die Unterscheidung von adaptiver und destruktiver Parentifizierung dabei noch um zwei weitere Begrifflichkeiten – Nicht-Parentifizierung und Infantilisierung – was gerade die feine Trennung zwischen adaptiver und Nicht-Parentifizierung erleichtern kann. Dazu findet sich im Anhang ebenfalls eine tabellarische Zusammenfassung (Tabelle A2).

Destruktiv parentifiziert werden Kinder demnach dann, wenn sie erkennbar emotionale oder instrumentelle Aufgaben übernehmen, die unverhältnismäßig sind und nicht ihrem Entwicklungsstand entsprechen. Verstärkt wird dies, wenn sich die Kinder primär über diese Aufgaben bzw. Rollen identifizieren, ihre persönlichen Grenzen und die des familiären Subsystems verletzt werden. Zudem sind die Aufgaben nicht kulturell vorgeschrieben, nicht gerecht zugewiesen und werden lange aufrechterhalten (Jurkovic, 1997).

Bei adaptiver Parentifizierung sind die übernommenen Aufgaben ebenfalls erkennbar emotional oder instrumentell und unverhältnismäßig (Jurkovic, 1997). Die Dauer der Verantwortungsübernahme spielt dabei keine Rolle. Im Gegensatz zur destruktiven Parentifizierung sind die Kinder aber nicht starr an ihre Rollen gebunden und erfahren Wertschätzung und Fairness von ihren Familien und dem soziokulturellen Umfeld (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/1995; Jurkovic, 1997; Polz, 2018).

Übernehmen Kinder hingegen ein mäßiges Niveau an erkennbar instrumentellen und emotionalen Aufgaben, die ihrer Kultur und ihrem Entwicklungsstand entsprechen, so wird nicht von Parentifizierung gesprochen. Sie werden dabei wertgeschätzt und beaufsichtigt. Grenzen werden bewahrt, die Aufgaben sind fair und die Identität des Kindes entsteht nicht allein durch die Erfüllung der Bedürfnisse anderer.

Wenn Kinder dagegen keinerlei oder nur wenige Aufgaben im Familienleben bewältigen, werden sie in ihrer Entwicklung unterfordert. In solchen Fällen gehen die Eltern überfürsorglich auf alle Bedürfnisse ihrer Kinder ein. Dies geht ebenso wie destruktive Parentifizierung mit Grenzverletzungen einher und Strukturen, die dem des loyalen Objekts gleichen, können entstehen (Jurkovic, 1997; Karpel, 1977). Es besteht außerdem die Möglichkeit, dass sich infantilisierte Kinder mit ihrer unterforderten Rolle identifizieren und es ihnen später schwer fällt Verantwortung für sich und andere zu übernehmen.

Neben den genannten Einteilungen können auch unterschiedliche Arten von Rollen im Prozess der Parentifizierung eingenommen werden. So kann ein Kind den:die Partner:in ersetzen, die Rolle der Eltern selbst oder aber auch die Rolle der Mutter oder des Vaters der Eltern, also eines Großelternteils, übernehmen. In Abhängigkeit von dem jeweiligen übernommenen Part können daher andere Begrifflichkeiten das Phänomen der Parentifizierung beschreiben wie z.B. *adultification*, *spousification*, *role reversal*, *adultoids*, *little parent*, *young caregivers/caregiving* (Hausser, 2012). Dabei umfassen unterschiedliche Rollen jeweils andere Aufgaben. Stein und Kolleginnen (1999) unterteilten hier bspw. in die Rolle des Erwachsenen, des Partners und des Elternteils (*non-specific adult role taking*, *spousal role vis-à-vis parent*,

parental role vis-à-vis parent). Im ersten Fall übernahmen Kinder verschiedenste Aufgaben im Haushalt – Wäsche waschen, Kochen, Aufräumen (vgl. instrumentell). In der Rolle einer Partnerin bzw. eines Partners (*spousal*) teilten die Eltern Probleme (z.B. finanzielle und/oder persönliche) mit ihren Kindern und/oder vertrauten ihnen Geheimnisse an (vgl. emotional). Fungiert das Kind als Elternersatz für seine Bezugspersonen, wird es bspw. bei wesentlichen Entscheidungen um Rat gefragt, wodurch es wiederum einen großen Einfluss auf wichtige familiäre Entwicklungen nimmt (Stein et al., 1999).

Des Weiteren kann es passieren, dass Kindern Rollen wie der Sündenbock der Familie, das gute Geschwisterkind, der Bösewicht oder das Opfer zugeschrieben werden und es sich damit identifiziert. Es kann außerdem zum „*family healer, peacemaker, protector, family doctor*“ (Ackermann, 1966, S. 83) gemacht werden. Im Rahmen einer Trennung können die Eltern das Kind bspw. zum Spion, Geheimnisträger oder Liebhaber machen (Deimel, 2018). Näheres zu diesen und weiteren Funktionen nach Deimel (2018) findet sich in Tabelle A3 im Anhang.

Einzelne dieser Faktoren bergen dabei ein besonderes Risiko für das Auftreten von destruktiver Parentifizierung.

1.2.1.4 Risikofaktoren für destruktive Parentifizierung

Risikofaktoren für destruktive Parentifizierung sind, der Multimodalität des Konstrukts geschuldet, auf verschiedenen Ebenen zu finden. So können Auslöser bei den Eltern, und/oder dem Kind gefunden werden, aber auch im (weiten und nahen) Umfeld und dem kulturellen und ethischen Kontext (Jurkovic, 1997). Letztlich bildet ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren die Realität am besten ab.

Auf elterlicher Ebene zeigt sich destruktive Parentifizierung häufig in Familien, die vor unterschiedlichen emotionalen Herausforderungen stehen (Byng-Hall, 2008), v.a. aber in Familiensystemen, in denen mindestens ein Elternteil unter einer psychischen Erkrankung (z.B. Schizophrenie, Depression, Bipolare Störung) leidet (Jurkovic, 1997). Auch die Erkrankung eines Geschwisterteils kann diesen Einfluss ausüben. Weitere mögliche Risikofaktoren sind problematische Partnerschaften, viel Streit zwischen den Eltern, Trennung und Scheidung der Eltern, der Tod eines Elternteils, Substanzmissbrauch der Eltern, ein übergriffiger Erziehungsstil, eine geringe Selbstdifferenzierungsfähigkeit, aber auch sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung der Kinder (Hausser, 2012; Jurkovic et al., 2001; Titzmann, 2012). Mütter, die selbst sexuellen Missbrauch erfahren haben, neigen dazu vermehrt

parentifizierendes Verhalten gegenüber ihren Kindern zu zeigen (Jurkovic, 1997). Eine besondere Herausforderung stellt auch die Behinderung eines Elternteils dar (Deimel, 2018). Außerdem kann die transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen einen Nährboden für Parentifizierung bieten. Eltern, die selbst Parentifizierung und/oder Traumata erlebt haben und/oder deren Bedürfnisse nach Fürsorge unbefriedigt blieben, neigen dazu diese Erfahrungen an ihre Kinder weiterzugeben bzw. – bewusst oder unbewusst – die Erfüllung ihrer Wünsche von ihren Kindern zu erwarten (Deimel, 2018; Jurkovic, 1997). Funktioniert also mindestens ein Elternteil nicht mehr ausreichend, gerät die Familiendynamik aus dem Gleichgewicht. Die Kinder springen schließlich ein und übernehmen die offene(n) Rolle(n), um wieder Struktur und Sicherheit ins System zu bringen (Deimel, 2018).

Ein höheres Alter und das weibliche Geschlecht erwiesen sich ebenfalls als Risikofaktoren für das Erleben von Parentifizierung (Byng-Hall, 2008; Chase, 1999; Jurkovic 1997; McMahon & Luthar, 2007), wobei es auch Studien gibt, die keine Geschlechterunterschiede feststellen konnten (Graf & Frank, 2001). Kinder, die sehr reif wirkten und ein ausgeprägtes Sozialverhalten zeigten, bekamen zudem häufiger verantwortungsvolle Aufgaben übertragen (Zukow-Goldring, 2002). Auch das Temperament des Kindes, sein Bindungsverhalten (desorganisiert oder unsicher-ambivalent) und ob es überhaupt in der Lage ist, sich um andere zu kümmern, entscheiden darüber, inwiefern es empfänglich für (destruktive) Parentifizierung ist (Jurkovic, 1997). Kinder, die eher schüchtern und einfühlsam waren und länger brauchten, um sich im sozialen Kreis zu öffnen, erfuhren dabei häufiger Parentifizierung. Aber auch Kinder, die einen besonders unbekümmerten Eindruck machten, erhielten öfter altersunangemessene Verantwortung, weil ihre Fähigkeiten von ihren Eltern überschätzt wurden (Jurkovic, 1997). Ähnlich verhielt es sich bei Kindern, denen es auf natürliche Weise leichtfiel, Empathie für andere Menschen zu empfinden und sich um andere zu kümmern (Zahn-Waxler & Robinson, 1995).

Desweiteren hat auch die Familienstruktur einen Einfluss auf Parentifizierungserfahrungen. Größere Familien und Alleinerziehenden-Haushalte benötigen häufig mehr Unterstützung durch ihre Kinder. Auch die Geschwisterposition kann dabei entscheidend sein. Wie bereits erwähnt, bekommen teilweise die älteren, vor allem weiblichen Kinder öfter verantwortungsvolle Aufgaben zugeteilt (Byng-Hall, 2008; Chase, 1999; Jurkovic 1997; McMahon & Luthar, 2007). Zusätzlich spielt der sozioökonomische Status – die berufliche Position, das Einkommen und der Bildungsgrad der Eltern – eine Rolle (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/1995; Minuchin et al., 1967).

Auch der kulturelle Hintergrund der Familien beeinflusst das Vorkommen von Parentifizierung. So erleben Kinder aus afroamerikanischen, asiatischen oder lateinamerikanischen Kulturen häufiger destruktive Verantwortungsübertragung (Hooper et al., 2012; Telzer & Fuligni, 2009). Zudem kann das nachbarschaftliche Umfeld einen Einfluss auf das Ausmaß von Parentifizierungserfahrungen haben. Zeichnet sich die Nachbarschaft durch Austausch, Wohnstabilität, Interaktion zwischen den Kindern, gute Wohnverhältnisse und gute Beziehungen zu Schulen und Institutionen aus, so ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass Kinder weit weniger vernachlässigt werden (Garbarino & Sherman, 1980).

Es zeigt sich auch hier die Vielschichtigkeit des Phänomens, da keine eindeutige Ursache ausgemacht werden kann. Welche Faktoren wie zusammenspielen ist dabei von Familie zu Familie verschieden. Demnach kann Parentifizierung auch unterschiedliche Folgen nach sich ziehen.

1.2.1.5 Folgen von Parentifizierung

Obwohl in der Forschungsliteratur häufiger die negativen Einflüsse des Phänomens untersucht werden (Barnett & Parker, 1998; Hooper et al., 2011; Walker & Lee, 1998), zieht nicht jede Art der Parentifizierung direkt destruktive Folgen nach sich und es besteht die Gefahr das Phänomen voreilig zu pathologisieren. Trotz des Mangels an Forschung zu positiven Effekten (Byng-Hall, 2008; Fitzgerald et al., 2008; Hooper, 2007a, b; Hooper, 2008), gibt es Studien, die diese aufzeigen. Durch die Übernahme adäquater Aufgaben und der entsprechenden Wertschätzung kann Parentifizierung dazu führen, dass Kinder in ihren Fähigkeiten bestärkt werden. Sie lernen Verantwortung zu übernehmen und empathisch zu agieren (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/1995; Polz, 2018). Wie bereits erläutert wird in diesem Fall von adaptiver Parentifizierung gesprochen (Graf & Frank, 2001; Jurkovic, 1997). Aus entwicklungspsychologischer Perspektive ist die Übernahme „erwachsener“ Aufgaben für Jugendliche im Übergang zum Erwachsensein sogar notwendig (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/1995; Jurkovic, 1997; McMahon & Luthar, 2007; Minuchin, 1974) und kann den Charakter der Jugendlichen festigen und ihr Verantwortungsbewusstsein und ihre Kompetenz schulen (Longest & Shanahan, 2007; McMahon & Luthar, 2007; Telzer & Fuligni, 2009).

Es könnte außerdem ein positiver Zusammenhang zwischen instrumenteller und emotionaler Parentifizierung und interpersoneller Kompetenz gefunden werden (Champion et al., 2009; Jurkovic & Casey, 2000; Kuperminc et al., 2009; Thirkfield, 2002). Allerdings zeigte sich dieser nur dann, wenn die übertragene Verantwortung den Jugendlichen fair erschien. Für fair

erachteten die Jugendlichen die Aufgaben dann, wenn ihre Erfüllung wertgeschätzt wurde, d.h. die Eltern bemerkten die Unterstützung und zeigten ihre Wertschätzung (Hooper, 2008). Zudem mussten die Jugendlichen die Aufgaben nur für kurze Zeit bewältigen.

Jugendliche mit Migrationshintergrund erlebten durch ihre Parentifizierungserfahrungen eine starke Selbstständigkeit und Loslösung vom Familiensystem, bei gleichzeitigem familiären Zusammenhalt (Walsh et al., 2006). Insgesamt zeigten sich Jugendliche, unabhängig von ihrem Migrationshintergrund, souverän und kompetent in ihrem Verhalten, wenn der Parentifizierungsprozess fair war und dem jeweiligen Entwicklungsstand entsprach (Walsh et al., 2006).

Auch zwischen psychosozialer Anpassung und Parentifizierung ließ sich ein positiver Zusammenhang ausmachen (McMahon & Luthar, 2007). Mit psychosozialer Anpassung ist die Fähigkeit gemeint „eine subjektiv akzeptable und sozial abgestimmte Antwort auf innere Reifungsvorgänge, einschneidende Lebenserfahrungen und soziale Anforderungen innerhalb eines aktuellen Entwicklungskontextes zu finden“ (Kapfhammer, 1995, S. 11). Bei einer moderaten emotionalen Verantwortungsübernahme zeigten Kinder später weniger emotionale Schwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten. Zu viel, aber auch zu wenig Verantwortungsübernahme wird von den Autor:innen dagegen als destruktiv eingeschätzt und zeigte einen Zusammenhang mit einer schlechteren Eltern-Kind-Beziehung (McMahon & Luthar, 2007). Durch die Übernahme verantwortungsvoller Aufgaben können Kinder auch dazu befähigt werden Schwierigkeiten besser zu bewältigen und kreative Lösungen für Probleme zu finden (Hooper, 2008; Stein et al., 2007; Walsh et al., 2006). Damit einhergehend kann auch das Selbstwirksamkeitsgefühl durch Parentifizierung steigen, welches sich besonders mit der Übernahme von funktionalen Aufgaben entwickelte (Titzman, 2012). Stein und Kolleginnen (2007) konnten zeigen, dass parentifizierte Jugendliche weniger Pseudo-Erwachsenenverhalten wie bspw. Rauchen oder Alkoholkonsum zeigten. Insgesamt konnte eine positive Auswirkung von Parentifizierung auf die mentale Gesundheit herausgestellt werden, unabhängig davon welche Probleme die Eltern hatten (Shifren, 2001). Auch die Entwicklung von Resilienz (Ungar et al., 2011; Gladstone et al., 2006), einem höheren Selbstbewusstsein (Byng-Hall, 2008), Empathiefähigkeit (Gracer, 1992; van der Mijl & Vingerhoets, 2017) und das Erleben von posttraumatischem Wachstum (Hooper, 2007b; Hooper et al., 2009) werden als positive Konsequenzen von Parentifizierung angeführt.

Vor allem Hooper und Kolleg:innen (Hooper, 2007a, b; Hooper & Wallace, 2010) konzentrieren ihre Arbeit auf die Erforschung von sowohl negativen als auch positiven

Auswirkungen von Parentifizierung und konnten so feststellen, dass Erwachsene sowohl Psychopathologien und Dysstress als auch Wachstum, Resilienz- und Kompetenzentwicklung erleben können, wenn sie als Kinder Parentifizierung erfahren haben (Hooper, 2017). Dabei zeigte sich emotionale Parentifizierung als bedeutend destruktiver als instrumentelle Verantwortungsübernahme (Hooper, 2008; Hooper & Wallace, 2010).

Destruktiv wirkt Parentifizierung vor allem dann, wenn die zugeteilten Aufgaben bzw. Rollen nicht dem Entwicklungsstand und der psychischen Reife des Kindes entsprechen (Hooper, 2017). Dabei werden die Grenzen des Kindes missachtet und ein Gefühl der Überforderung und Minderwertigkeit ausgelöst (Polz, 2018). Zu früh werden so Spontaneität, Lebhaftigkeit und Sorglosigkeit von einem Verantwortungsgefühl verdrängt und können in gewissem Maß zu einem Verlust der Kindheit führen (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/1995). Überangepasstheit, Überlegenheitsstreben, Perfektionismus, Kommunikationsdefizite, Minderwertigkeitsgefühle und soziale Isolation können die Folgen sein (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/1995; Jurkovic, 1997; Polz, 2018). Weil die Kinder den altersunangemessenen Anforderungen gar nicht gerecht werden können, entsteht ein Gefühl der Minderwertigkeit, das bspw. mithilfe eines Überlegenheitsstrebens versucht wird zu kompensieren. Auch wenn es dem Kind gelingt eine höhere Position im Familiensystem und dadurch mehr Macht zu erreichen, so bleibt dieses neue Gefühl von Überlegenheit fiktiv (Polz, 2018). Mit der neu gewonnenen Macht und den damit einhergehenden neuen Anforderungen, kann wiederum noch mehr Sorge erwachsen, diesen Ansprüchen nicht gerecht zu werden und keine Anerkennung zu erhalten. Der Fokus der Kinder liegt bei diesem Prozess, wie bereits erläutert, auf den Bedürfnissen und Wünschen der anderen. Die eigenen, für die Entwicklung eines gesunden Selbstbewusstseins nötigen, narzisstischen Bedürfnisse (Miller, 1981) werden vernachlässigt und die Entwicklung eines „falschen Selbst“ basierend auf den Bedürfnissen der anderen gefördert (Bowen, 1978; Miller, 1981; Polz, 2018; Winnicott, 1965, 1974).

Erlebt ein Kind überwiegend destruktive Parentifizierung, erhält kaum elterliche Fürsorge und/oder empfindet dabei wenig Fairness, so kann sich dies langfristig auf die Gesundheit des Kindes, aber auch des späteren Erwachsenen auswirken. Psychische Erkrankungen wie Ess-, Angst-, und Persönlichkeitsstörungen (Hooper et al., 2011), Depression und psychosomatische Symptomatiken können die Folge sein (Schier et al., 2015).

Gerade bei emotionaler Parentifizierung, bei der das Kind eine Rolle übernimmt, die einem Partnerersatz gleicht, ist die Verantwortungsübernahme gleichermaßen unangemessen und altersinadäquat (Hausser, 2012). Dies ist bspw. der Fall, wenn das Kind einem Elternteil „die

unbedingte Zuwendung und Akzeptanz, die Geborgenheit und den Halt, die Einfühlung und Resonanz geben soll, die normalerweise Kinder von ihren Eltern erhalten“ (Haag, 2006, S. 18). Eine solche Situation kann bei Kindern zu Loyalitätskonflikten und Abgrenzungsschwierigkeiten führen (Hooper et al., 2008). Sollte sich das Kind schließlich doch um seine eigenen Bedürfnisse kümmern oder eigene soziale Kontakte priorisieren, können Schuld- und Schamgefühle auftreten (Dam & Hall, 2016). Aus eben diesem Grund wirkt sich diese Form der Parentifizierung meist wesentlich destruktiver aus als instrumentelle Verantwortungsübernahme (Hooper et al., 2008; Schier et al., 2015).

Positive und nachteilige Effekte durch Parentifizierung können grundsätzlich auch gleichzeitig auftreten (Hooper et al., 2011; Jurkovic, 1997), wobei sich negative Konsequenzen vor allem dann zeigen, wenn die übernommene Verantwortung als überwältigend und bedrohlich wahrgenommen wird (Hooper, 2008). Sie ist damit zu viel für das jeweilige Kind. Parentifizierung kann in dieser Hinsicht als traumatischer Prozess gesehen werden, der langanhaltende Auswirkungen auf die mentale Gesundheit des Kindes und des späteren Erwachsenen haben (Hooper, 2008) und sich über Generationen hinweg fortsetzen kann (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/1995; Bowen, 1978; Chase, 1999; Karpel, 1977; West & Keller, 1991). Die schädlichen Effekte zeigen sich nicht immer sofort, sondern treten oftmals zeitversetzt, erst im Erwachsenenalter auf. Bestehende Studien konnten hier einen Zusammenhang zwischen Parentifizierung und Verhaltensstörungen im Erwachsenenalter feststellen, so bspw. (generationsübergreifender) Alkohol- und Drogenmissbrauch (Bekir et al., 1993), Bindungsstörungen und Beziehungsschwierigkeiten (Jones & Wells, 1996; Zeanah & Zeanah, 1989), Co-Abhängigkeit (Wells et al., 1999), niedriger ökonomischer Status (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/1995; Minuchin et al., 1967), Depression und Angststörungen (Jacobvitz & Bush, 1996) und Schamneigung (Wells & Jones, 2000). Im Kindesalter parentifizierte Erwachsene scheinen in Stresssituationen auch häufiger den Bewältigungsmechanismus der Spaltung anzuwenden (Wells & Jones, 1999). Ein Mechanismus bei dem sich Personen selbst und andere als nur gut oder nur böse betrachten. Zurückgeführt werden kann dies auf den durch die Parentifizierung gestörten Separations-Individuations-Prozess (nach Mahler 1967 – *object relations*). Bei einem optimal erlebtem Separation-Individuation-Prozess würde der primitive Mechanismus hingegen wieder verschwinden (Kernberg et al., 1989).

Jurkovic (1997) zufolge können parentifizierte Kinder mit einer ganzen Bandbreite an emotionalen, kognitiven und soziefamiliären Schwierigkeiten konfrontiert sein. Er führt hierbei folgende Belastungen an: *loss of childhood, parents and trust; anger and resentment; stress;*

guilt and shame; physical and sexual abuse; peer problems; school difficulties; disruption in identity development; conflicts about leaving home; occupational concerns; personality dysfunction.

Weil sich parentifizierte Kinder Gedanken um erwachsene Probleme machen, verlieren sie viel zu früh die Sorglosigkeit ihrer Kindheit und damit auch die elterlichen Bezugspersonen, weil diese nicht für sie verfügbar sind und sich womöglich mehr auf ihre Kinder verlassen können als diese auf sie (Jurkovic, 1997). Mit solchen Verlusten gehen auch Vertrauensschwierigkeiten einher. Die Kinder können sich nicht mehr darauf verlassen, dass sich ihre Eltern um sie kümmern, weil sie immer wieder daran scheitern (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Elkind, 1981). Dieses Misstrauen kann sich später auch auf andere Personen ausweiten und/oder sich selbst gegenüber zeigen. Parentifizierten Kindern kann es demnach schwer fallen den eigenen Erfahrungen und Wahrnehmungen zu vertrauen (Miller, 1979, 1981).

Auch wenn Wut und Verbitterung eine große Rolle in der Gefühlswelt parentifizierter Kinder spielen, bleiben diese Gefühle meist verborgen, da die Kinder glauben, ihre Eltern könnten sie nicht tragen bzw. sie könnten die Eltern-Kind-Beziehung stören (Jurkovic, 1997).

Weil die Kinder Verantwortung für Aufgaben tragen, für die sie nicht reif genug sind, fühlen sie sich leicht überwältigt (Polz, 2018), leiden unter Stress und zeigen Symptome wie Unsicherheit, Angst, niedrige Energie und psychosomatische Probleme (Elkind, 1981; Karpel, 1977; Kerr & Bowen, 1988; Minuchin & Fishman, 1981; Wallerstein, 1985).

Neben Wut und Verbitterung sind parentifizierte Kinder auch häufig mit Schuld- und Schamgefühlen konfrontiert. Sobald es einem Familienmitglied schlecht geht, fühlen sie sich aufgrund ihres Verantwortungsgefühls als Versager:innen und schuldig, weil sie es nicht verhindert haben. Schließlich fällt es ihnen schwer ihr eigenes Leben und ihren Erfolg zu genießen. Vielmehr schämen sie sich und fühlen sich wertlos. Dies macht sie besonders verletzlich (Jurkovic, 1997).

Wie dieser Einblick zeigt, hat Parentifizierung in seiner adaptiven Form durchaus positive Auswirkungen auf die Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen und kann nicht als rein pathologisches Phänomen beschrieben werden. Dennoch gibt es zahlreiche Studien, die einen Zusammenhang zwischen destruktiver Parentifizierung und nachhaltiger psychopathologischer Folgen im Erwachsenenalter zeigen. Dies ist ein wichtiger Anlass dafür, die Forschung in diesem Bereich zu vertiefen, um gute Interventionen für die Praxis entwickeln zu können.

Neben den genannten Folgen zeigte sich außerdem, dass Menschen, die Parentifizierung erlebt haben, häufig dazu tendieren helfende Berufe zu ergreifen (DiCaccavo, 2006). Der Fokus dieser Arbeit liegt dabei speziell auf der helfenden Profession der Psychotherapie.

1.2.1.6 Die Profession der Psychotherapie als Folge von Parentifizierung

Kinder, die Parentifizierung erfahren, lernen häufig besonders sensibel die Gefühle und Bedürfnisse ihrer Bezugspersonen zu erspüren, um sie anschließend befriedigen zu können (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995). Daraus kann später die Motivation entstehen dieses fürsorgliche Verhalten auch auf beruflicher Ebene einzusetzen (van der Mijl & Vingerhoets, 2017). Valleau und Kolleg:innen (1995) stellten fest, dass parentifizierte (vs. nicht parentifizierte) Kinder signifikant mehr „*caretaker characteristics*“ im Erwachsenenalter zeigten. Dies kann so weit gehen, dass die Betroffenen später ein Selbstkonzept aufweisen, das zentral auf die Versorgung anderer ausgerichtet ist, bis hin zur Ausbildung des Helfersyndroms. Daneben weisen parentifizierte Erwachsene auch häufiger Eigenschaften wie „*people pleasing*“ auf (Jones & Wells, 1996).

Psychologiestudierende berichteten in diesem Zusammenhang über mehr Parentifizierungserfahrung als Studierende humanitärer Studien (van der Mijl & Vingerhoets, 2017), Studierende der Ingenieurwissenschaft (Sessions, 1986), Business Studierende (Nikčević et al., 2007), Kunststudierende (DiCaccavo, 2002) und Physikstudierende (Fussell & Bonney, 1990). Auch in den Biographien von Psychotherapeut:innen und anderen psychosozialen Fachkräften kommen Parentifizierung, Traumata und das Aufwachsen in destruktiven Familiensystemen häufiger vor als bei anderen Professionen wie bspw. Buchhalter:innen, Anwält:innen, Chemiker:innen (Elliot & Guy, 1993; Fussell & Bonney, 1990; Lackie, 1983; Nikčević et al., 2007; Rizq & Target, 2010). Damit gingen u.a. auch Erfahrungen mit körperlichem Missbrauch, sexueller Belästigung, psychiatrischer Hospitalisierung eines Elternteils, familiären Dysfunktionen, Alkoholismus der Eltern und/oder dem Tod eines Familienmitglieds einher (Elliot & Guy, 1993; Orlinsky, 2022). Parentifizierung trete damit häufig in seiner pathologischen Form in der Entwicklungsgeschichte von Psychotherapeut:innen auf (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995).

Gerade diese Erlebnisse sollen es aber sein, die den Wunsch psychotherapeutisch zu arbeiten erst hervorbringen (Miller, 1979). Derartige Erfahrungen schließen damit eine Ausübung dieses Berufs nicht unmittelbar aus. Therapeut:innen können als sogenannte „*wounded healer*“ durchaus besonders empathisch arbeiten (Guy, 1987). Parentifizierte Psychotherapeut:innen

besitzen möglicherweise gerade durch ihre Erfahrungen Stärken, dank derer sie in der Lage sind eine besonders engagierte und empathische Fürsorge und Nähe stiftende Menschlichkeit zu zeigen (Jurkovic, 1997). Gerade weil sie bereits früh zwischenmenschliche Probleme lösen und in familiären Krisen kreativ sein mussten, besitzen sie einen Einfallsreichtum, der es erlaubt in den Krisensituationen ihrer Klient:innen schnell zu agieren und passende und effektive Interventionen einzusetzen. Dies mag auch ein Grund dafür sein, warum sich die klinische Bandbreite ihrer Klient:innen als recht hoch darstellt. Sie können ihnen eine besonders sichere Umgebung bereitstellen, die es auch Klient:innen mit besonders herausfordernden Problematiken erlaubt sich zu öffnen (Jurkovic, 1997).

Dennoch bringen Parentifizierungserfahrungen auch Risikofaktoren auf professioneller und ethischer Ebene für die therapeutische Arbeit mit sich, die es abzumildern gilt. Es kann sich als schwierig erweisen die eigenen Grenzen und die der Patient:innen zu wahren, wenn bspw. durch die Klient:innen stellvertretend Abhängigkeitsbedürfnisse befriedigt werden (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Guy, 1987; Jurkovic, 1997). Im Zuge dessen kann das Helfen in ein zwanghaftes Geben entgleiten, was die Patient:innen entmündigen und den Therapieprozess unnötig in die Länge ziehen kann (Jurkovic, 1997). Außerdem können parentifizierte Therapeut:innen zu Perfektionismus neigen, weil sie schon früh den Erwartungen ihrer Eltern außerordentlich gerecht werden wollten (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995). Dadurch kann es sich auch schnell schwierig gestalten ein Gleichgewicht zwischen Arbeit und Privatleben aufrechtzuerhalten. Psychotherapeut:innen weisen in diesem Zusammenhang ein besonders hohes Risiko auf, einen professionellen Burnout zu erleiden (Jurkovic, 1997). Wie bereits dargestellt wurde, können pathologische Parentifizierungserfahrungen die Entwicklung eines falschen Selbst, das sich vornehmlich nach den Bedürfnissen von anderen Personen richtet, fördern. Dieses Selbst benötigt den Zuspruch und die Wertschätzung von anderen, um sich selbst wertvoll zu fühlen. Ist dies bei einem:einer Psychotherapeut:in der Fall, kann es sein, dass sich der fachliche und persönliche Wert des- oder derjenigen ausschließlich auf die Anerkennung der Klient:innen oder Kolleg:innen stützt (Jurkovic, 1997). Miller sieht den:die Therapeut:in in diesem Zusammenhang als talentiertes, aber depressives Individuum mit gemäßigten narzisstischen Schwierigkeiten (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995). Mit Kritik umgehen kann diesen Therapeut:innen besonders schwer fallen und lässt sie möglicherweise schnell an ihrer Kompetenz im Allgemeinen zweifeln. Diese situativen Bedenken können wiederum bald zu andauernden Imposter-Gefühlen heranwachsen (Clance & O'Toole, 1988), welche die berufliche Arbeit und das Wohlbefinden der Therapeut:innen nachhaltig negativ beeinflussen können (Clance & O'Toole, 1988; Hudson & González-Gómez, 2021; Neureiter

& Traut-Mattausch, 2016; Vergauwe et al., 2015). Aus diesem Grund liegt der Fokus dieser Arbeit auf dem Zusammenhang zwischen Parentifizierung und dem Imposter-Phänomen, welches im nächsten Abschnitt näher erläutert wird.

Aufgrund der genannten Herausforderungen sollten Psychotherapeut:innen mit Parentifizierungserfahrungen über ausreichend persönliche Einsicht und einen fortgeschrittenen Grad an emotionaler Reife verfügen, um in der Lage zu sein, die psychologische Entwicklung ihrer Patient:innen zu fördern und nicht zu verhindern (Guy, 1987). Sie sollten daher ihre eigene Problematik adäquat bearbeiten, nicht nur intellektuell, sondern auch emotional (Jurkovic, 1997). Dies kann bspw. in einer eigenen Therapie stattfinden oder einer entsprechenden Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung. Hier können die Therapeut:innen oder Auszubildenden neben der Aufarbeitung ihrer kindlichen Erfahrungen auch herausfinden, ob sie die Entscheidung für ihren Beruf bewusst getroffen haben oder ob sie vordergründig durch ihre unbewussten kindlichen Mechanismen gesteuert wurde. Sie können diese Entscheidung hinterfragen und sich zugleich klar darüber werden, dass die psychotherapeutische Arbeit auch ‚nur‘ ein Job ist (Jurkovic, 1997). Sie können lernen, wie man den Beruf in ethisch korrekter Weise ausübt und mit welchen Klient:innen sie gut zusammenarbeiten und mit welchen eher nicht. Um sich selbst nicht für die Arbeit aufzugeben, ist es für parentifizierte Psychotherapeut:innen besonders wichtig gut für sich selbst zu sorgen und sich einen bewussten Ausgleich zum beruflichen Alltag zu schaffen (Jurkovic, 1997).

Zu der eben erörterten Verbindung von Parentifizierungserfahrungen und dem späteren Wunsch psychotherapeutisch zu arbeiten gibt es auch gegenteilige Einschätzungen (DiCaccavo, 2002; Taubner, 2014). Menschen, die den psychologischen Beruf wählen, zeigten bei Taubner und Kolleg:innen (2014) einen besonders offenen und kritischen Umgang mit schwierigen Lebensereignissen. Möglicherweise ergreifen Menschen diesen Beruf nicht, weil sie Traumatisches erfahren haben, sondern weil sie bspw. durch die therapeutische Bearbeitung ihrer Themen bereits einen besseren Zugang zu sich und ein besseres Verständnis für sich haben. Andererseits gibt es auch Studien, die zeigen konnten, dass das Fachpersonal für psychische Gesundheit nicht zwangsläufig besser darin war Traumata in ihrer Geschichte zu identifizieren als andere Professionen (Elliot & Guy, 1993).

Unabhängig davon, ob Menschen in psychologischen Professionen mehr oder ähnlich viel Parentifizierungserfahrungen im Vergleich zu anderen Professionen aufweisen, steht fest, dass auch Menschen aus diesen Berufsgruppen Traumata und Parentifizierung erleben. Gerade weil die Betroffenen in einem Feld arbeiten, in dem sie sich wiederum mit den Traumata anderer

Menschen auseinandersetzen, erfordert dies einen besonders feinfühligem und bewussten Umgang mit den eigenen Themen und eine angemessene Ausbildung. Daher liegt der Fokus dieser Arbeit auf Parentifizierungserfahrungen speziell von Psychotherapeut:innen in Ausbildungen. Die Anforderungen der Ausbildung sind hoch und die möglichen Folgen von Parentifizierung nachhaltig und schwerwiegend. Dies erfordert – gerade wenn die Thematik unter Psychotherapeut:innen in Ausbildung verbreitet ist – eine auf diese speziellen Bedürfnisse zugeschnittene Ausbildung.

In der Forschung konnte bereits gezeigt werden, dass Menschen mit Parentifizierungserfahrungen auch erhöhte Werte bei Imposter-Gefühlen zeigen (Castro et al., 2004). Dies hat wiederum einen Einfluss auf die berufliche Arbeit der Betroffenen (Hudson & González-Gómez, 2021), weshalb das Imposter-Phänomen näher zu betrachten ist.

1.2.2 Imposter-Phänomen

1.2.2.1 Definition

Das Imposter-Phänomen, auch Hochstapler-Phänomen genannt, wurde erstmals vor 45 Jahren von den Forscherinnen Pauline Clance und Suzanne Imes (1978) empirisch untersucht. Im Zentrum ihrer Untersuchung standen leistungsstarke, hoch gebildete Frauen, die trotz herausragender akademischer und beruflicher Erfolge glaubten, sie seien nicht intelligent genug und würden die Menschen in ihrem Umfeld in Bezug auf ihre Fähigkeiten lediglich täuschen. Kolligian und Sternberg (1991) beschreiben das Imposter-Phänomen daher auch mit dem Begriff der *perceived fraudulence* (wahrgenommene Betrugerei/Täuschung). Imposter:innen betrügen ihre Mitmenschen dabei nicht wirklich, sie glauben nur sie zu täuschen. Menschen mit Imposter-Gefühlen sind der Überzeugung, dass ihr persönlicher Erfolg nicht auf ihre inhärenten Fähigkeiten zurückzuführen ist, sondern durch Anstrengung, Glück, Beziehungen oder Zufall zu erklären ist (Clance & Imes, 1978). Dieser Glaube kann meist nicht durch objektive Beweise für die professionellen Errungenschaften durchbrochen werden (Clance, 1985). Die Betroffenen sind in der Lage alle möglichen Erklärungen dafür zu finden, warum die externen Beweise kein Beleg für ihre Intelligenz bzw. Leistungsfähigkeit sind (Clance & Imes, 1978). Sie empfinden es so bspw. als wahrscheinlicher, dass ein Fehler zur Zuteilung eines Hochschulplatzes geführt hat oder eine gute Bewertung durch eine mangelhafte Begutachtung zustande kam, als dass es ihre eigenen Kompetenzen waren, die zum Erfolg führten. Es handelt sich folglich um eine eindeutig subjektive Empfindung, die im Außen nicht bestätigt wird (Clance & Imes, 1978). Imposter:innen attribuieren ihren Erfolg damit meist

ausschließlich external und sind nicht in der Lage ihre Erfolge zu verinnerlichen und sie ihren Fähigkeiten, ihrer Intelligenz und ihren eigenen Leistungen zuzuschreiben (Mak et al., 2019). Slank (2019) bezeichnet dies als ein Versagen des rationalen Denkens. Betroffene empfinden sich trotz hervorragender Leistungen der Anerkennung nicht würdig. Menschen, die sie als intelligent und erfolgreich wahrnehmen, glauben sie erfolgreich getäuscht zu haben (Clance & O'Toole, 1988).

Menschen mit Hochstaplergefühlen befürchten trotz wiederholend guter Leistungen jeden Moment als Schwindler bloßgestellt zu werden und sind überzeugt, dass alle anderen Menschen wesentlich intelligenter sind als sie selbst (Clance, 1985; Sigtler & Wilson, 2001). Sie leben deshalb mit der ständigen Angst vor ihrer Demaskierung. Dies kann durch die sehr hohen Standards befeuert werden, die sich Betroffene auferlegen (Clance & Imes, 1978). Es reicht ihnen nicht nur gut zu sein, vielmehr ist es ihr Ziel etwas Besonderes zu sein und perfekte Leistungen zu erbringen. Sie sind zudem überaus selbstkritisch und leiden unter Selbstzweifeln. Dies macht sie wiederum besonders anfällig für Kritik (Eckler-Hart, 1987).

Neben Leary et al. (2000) beschrieben auch schon Harvey und Katz (1985) das Gefühl, andere zu täuschen, die Angst, dabei enttarnt zu werden und die externale Attribution der eigenen Erfolge als die drei Basiselemente des Imposter-Phänomens, die alle Betroffenen teilen. Sie entwickelten parallel dazu eine Typologie, die sechs verschiedene Imposter-Typen – *workaholic*, *magical thinker*, *shrinking violet*, *charmer*, *chameleon*, *genie* – aufzeigt. Je nach Zusammensetzung der Basiselemente mit anderen Faktoren zeigen die unterschiedlichen Typen auch andere Strategien im Umgang mit Leistungssituationen und erleben verschiedene Intensitätsgrade des Phänomens. *Workaholics* bspw. bereiten sich auf Leistungssituationen immer mit mehr Aufwand und frühzeitiger als andere vor und glauben deshalb weniger kompetent zu sein, weil sie diese Vorbereitung benötigen (Harvey & Katz, 1985). *Magical thinker* zeigen sich besonders besorgt vor Leistungssituationen, die sie schließlich doch sehr gut bewältigen. Sie erlauben sich trotzdem keinen Optimismus vor zukünftigen Aufgaben, weil dies den Ausgang ihrer Meinung nach negativ beeinflussen könnte. Komplimente werden von *shrinking violets* nicht gerne angenommen, sondern vielmehr abgetan. Sie befürchten durch einen Mangel an Bescheidenheit und ein Zuviel an Stolz arrogant wirken zu können, was wiederum zwangsläufig zu einem Versagen ihrerseits führen würde. Dem Namen entsprechend wirken *charmer* sehr angenehm auf andere, sind beliebt und besitzen ein hohes Maß an sozialen Kompetenzen. Allerdings sind sie der Überzeugung, dass ihr Charme auch der einzige Grund für ihre Errungenschaften ist. *Chameleons* verhalten sich auch wie solche. Um sich in einer Situation, die sie fürchten, zu schützen, passen sie sich ihrem jeweiligen Gegenüber an. Sie

übernehmen dessen Persönlichkeitszüge und Meinungen und unterdrücken gleichzeitig ihre eigenen. *Genies* wiederum besitzen eine sehr gut ausgeprägte Intuition und ein feines Gespür für die Bedürfnisse der anderen. Um Anerkennung zu erhalten, erfassen sie sehr schnell die Wünsche ihres Gegenübers und versuchen sie anschließend auch zu erfüllen. Ihre eigenen Bedürfnisse werden dabei oft vernachlässigt.

Der kurze Einblick in Harveys und Katz's Typologie lässt erahnen, wie vielfältig sich Imposter-Gefühle bei unterschiedlichen Menschen ausdrücken können. So können sich die Charakteristiken eines jeden Typus auch im unterschiedlichen Ausmaß überschneiden bzw. gleichzeitig auftreten. Allen hier beschriebenen Strategien der unterschiedlichen Typen ist aber gemein, dass es sich um Verteidigungsmechanismen handelt, die langfristig nicht zum Ziel führen.

Den Imposter-Typen ähnelnd, beschrieb Clance (1985) im selben Jahr sechs zentrale Faktoren des Hochstapler-Phänomens – Präkrastination (extreme Übervorbereitung) und Prokrastination (Aufschieben einer Aufgabe bis zum letzten Moment), Versagensangst, Schuldgefühle bei Erfolg, Verleugnung von Kompetenz und Lob und Perfektionismus. Später wurde dies ergänzt durch Selbstkritik und Leistungsdruck (Kolligian & Sternberg, 1991) sowie einen Selbstpräsentationsanteil (McElwee & Yurak, 2007). Dabei müssen nicht alle Faktoren auf eine Person zutreffen, allerdings kann davon ausgegangen werden, dass mit der Anzahl der Komponenten auch die Intensität der Imposter-Gefühle steigt (Clance, 1985).

Die Komponente der Selbstpräsentation wird im teilweise paradoxen Denken der Betroffenen deutlich. So halten sie andere Personen auf der einen Seite für intelligenter als sich selbst, machen sie aber auf der anderen Seite aufgrund ihrer „Fehler“ verantwortlich für ihren Erfolg (z.B. Fehler bei der Bewertung führt zu guter Note). Zudem haben sie einerseits Angst, dass ihre Unzulänglichkeiten entdeckt werden, setzen sich aber andererseits selbst herab und weisen Lob zurück (Leary et al., 2000). In diesem Zusammenhang zeigte sich auch, dass Imposter:innen unterschiedlich auf Anerkennung reagieren bzw. sich selbst und andere anders einschätzen, je nachdem ob ihre Antworten privat (vs. öffentlich) sind (Leary et al., 2000) bzw. ihr wahrnehmendes Gegenüber ihnen im Status gleich (vs. höher) gestellt ist (McElwee & Yurak, 2010). Ob Betroffene mit den Imposter-Gefühlen eine Form der Selbstpräsentation – bewusst oder unbewusst – ausleben, bleibt individuell zu beurteilen. Wichtig ist aber zu beachten, dass das Vorhandensein eines Selbstpräsentationsanteils nicht gleichbedeutend ist mit der Abwesenheit von tatsächlichen Imposter-Gefühlen (McElwee & Yurak, 2010).

Das Imposter-Phänomen selbst ist keine klinische Diagnose (Bravata et al., 2020), sondern ein dimensionales Konstrukt, das von einer niedrigen bis zu einer hohen Ausprägung reicht (Ibrahim et al., 2021). Lange Zeit wurde bei der Erhebung des Konstrukts trotz seiner multidimensionalen Facetten nur ein Wert bestimmt (Ibrahim et al., 2021). Die Ermittlung der Subskalen des Imposter-Phänomens erweist sich allerdings als notwendig, um ein Bild zu erhalten, das der Realität möglichst gut entspricht und um ein vertiefendes Verständnis für das Phänomen zu entwickeln (Ibrahim et al., 2021; Walker & Saklofske, 2023), vor allem weil die Ausprägung und Zusammensetzung der einzelnen Facetten von Menschen zu Mensch stark variieren können (Walker & Saklofske, 2023). Um dem gerecht zu werden stehen seit kurzem Messinstrumente zur Erfassung der verschiedenen Ebenen des Imposter-Phänomens zur Verfügung (Ibrahim et al., 2021; Walker & Saklofske, 2023). Dies kann u.a. die Gestaltung von angemessenen, der spezifischen Situation entsprechenden Interventionen gewährleisten. Daher wird im Rahmen dieser Arbeit ein solches multidimensionales Instrument verwendet, um dem Imposter-Phänomen in seinem Facetten-Reichtum gerecht zu werden.

1.2.2.2 Einflussfaktoren

Der Fokus der Forschung zum Imposter-Phänomen lag zu Beginn auf erfolgreichen Frauen. Mit Blick auf die Attributionstheorie wurde angenommen, dass es zwischen Männern und Frauen einen Unterschied im Attributionsprozess gibt (Clance & Imes, 1978). So hätten Frauen niedrigere Erwartungen an ihre Fähigkeiten als Männer, was sich in unterschiedlichsten Leistungssituationen zeige. Frauen würden ihren Erfolg dabei eher vorübergehenden, externen Ursachen zuschreiben (Glück, Anstrengung) und ihren Misserfolg stabilen, internen Faktoren (Mangel an Fähigkeit). Bei Männern verhielte es sich genau andersherum. Nach Clance und Imes (1978) haben Frauen den gesellschaftlichen Stereotyp, Frauen seien nicht kompetent genug, verinnerlicht, weshalb es wiederum logisch sei, dass Frauen andere Erklärungen für ihre Erfolge finden müssten und diese daher im Außen suchen würden. Allerdings zeigte sich in einem kürzlich erschienenen Review, dass nur etwa die Hälfte aller Studien einen Geschlechterunterschied im Zusammenhang mit dem Imposter-Phänomen feststellen konnten (Bravata et al., 2020). Dies legt die Vermutung nahe, dass auch andere Faktoren wie bspw. der soziale Kontext einen Einfluss auf die Imposter-Gedanken von Frauen und Männern haben (Pákozdy et al., 2023). So wird angenommen, dass Frauen nur in Situationen, in denen sie auch tatsächlich benachteiligt sind, mehr Imposter-Gefühle zeigen (Feenstra et al., 2020).

Die Position, die eine Person in der sozialen Hierarchie einnimmt, kann ebenfalls Imposter-Gefühle hervorrufen. Dies ist besonders dann der Fall, wenn bspw. eine niedrigere Position spezielle Herausforderungen und Stressoren mit sich bringt (Chrousos & Mentis, 2020; Cokley et al., 2013; McClain et al., 2016). Dabei spielt auch das Bewusstsein eine Rolle. So zeigte sich, dass Menschen, die sich der Geschlechterstereotypen mehr bewusst sind, auch eher zu Imposter-Gefühlen neigen (Cokley et al., 2015). Im Allgemeinen erweist sich die Erfahrung Teil einer Minderheit zu sein als potenziell auslösender Faktor für Hochstaplergefühle (Bernard et al., 2018). So erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Imposter-Gefühlen durch eine frühere Rassismus-Erfahrung, wenn eine Person mit Minderheitsstatus beruflich mit einer Mehrheitsgruppe arbeitete (Bernard et al., 2018; Cokley et al., 2015).

In welcher Ausprägung Imposter-Gefühle auftreten, ist laut kulturübergreifender Forschung abhängig vom Individuum selbst, seinen Zielen und dem sozialen Kontext (Jensen & Deemer, 2020). Das Geschlecht und der Erfolgsstatus spielten dabei keine Rolle. Hochstaplergefühle zeigen sich vielmehr dann, wenn Menschen generell mit Leistungssituationen konfrontiert sind (Harvey & Katz, 1985). Haben sie in solchen Situationen nicht das Gefühl den von ihnen geforderten Leistungen entsprechen zu können, liefert dies eine gute Voraussetzung für die Entstehung von Imposter-Gefühlen wie z.B. Angst vor dem Scheitern oder Selbstzweifel (Chae et al., 1995). Dies ist besonders in beruflichen Feldern der Fall, die einen hohen Stressfaktor aufweisen und/oder wettbewerbsorientiert sind (Parkman, 2016). Slank (2019) vermutet in diesem Zusammenhang auch eine *culture of genius* als begünstigenden Faktor. Eine solche Mentalität glorifiziert angeborenes Talent und begreift es als etwas Feststehendes, was Unsicherheiten auslösen kann, wenn man sich seinen Erfolg erarbeiten muss.

Umgebungen, in denen Menschen lernen, bieten ebenfalls einen Nährboden für Hochstaplergefühle, insbesondere dann, wenn es dabei um die Behandlung von sensiblen Gruppen geht (DeCandia Vitoria, 2021). Hier herrscht oftmals eine große Diskrepanz zwischen den Fähigkeiten der Lernenden und den Bedürfnissen der Klient:innen, da die neuen Kenntnisse erst direkt im Kontakt mit den Klient:innen erlernt werden wie bspw. bei Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen (DeCandia Vitoria, 2021; Urwin, 2017).

Ein weiterer Risikofaktor für die Entstehung des Imposter-Phänomens kann in der Familiengeschichte der Betroffenen gefunden werden. Es zeigte sich bspw., dass Betroffene in ihrer Kindheit entweder angehalten wurden ein hohes Maß an Perfektion zu erfüllen oder aber konstant mit einem idealisierten Geschwisterkind verglichen wurden (Clance et al., 1995; Langford & Clance, 1993). Auch eine hohe wahrgenommene elterliche Kontrolle oder eine

niedrige wahrgenommene elterliche Fürsorge können ein Grund für die Entstehung des Imposter-Phänomens sein (Castro et al., 2004). Sowohl fehlende elterliche Fürsorge als auch Überbehütung konnten in Verbindung mit späteren Imposter-Gefühlen gebracht werden (Li et al., 2014). Insgesamt zeigte sich, dass Betroffene aus Familien stammen, in denen es wenig Zusammenhalt, Ausdrucksfähigkeit und gegenseitige Unterstützung gab, und dies bei gleichzeitig vorhandener hoher elterlicher Kontrolle und einem hohen Maß an Konflikten (Bussotti, 1990; Langford & Clance, 1993). Des Weiteren konnte ein Zusammenhang zwischen früheren Parentifizierungserfahrungen und späteren Imposter-Gefühlen herausgestellt werden (Castro et al., 2004), worauf in Abschnitt 1.2.2.4 vertiefend eingegangen wird.

Generell erweist es sich als eher schwierig Imposter-Gefühle zu durchbrechen. Das Phänomen gleicht einem Kreislauf, den bestimmte Verhaltensweisen der Betroffenen immer wieder befeuern (Clance, 1985). Auf jede neue Herausforderung reagieren Imposter:innen mit Angst und Unsicherheit. Um diesen Gefühlen zu entgegnen, tendieren Betroffene entweder zu übertriebener Vorbereitung (Präkrastination) oder zu anfänglichem Aufschub (Prokrastination) mit anschließendem *Overdoing* (Rohrmann, 2019). Da die Glücksgefühle anschließender Erfolge nicht lange anhalten und sie die Erfolge nicht auf ihre Fähigkeiten beziehen, wiederholt sich die Angst vor neuen Anforderungen und der entsprechenden Kompensation immer wieder. Imposter:innen leisten häufig ein hohes Maß an harter Arbeit, um die gewünschte Anerkennung zu erhalten (Clance & Imes, 1978). Das Problem dabei ist, dass sie sich häufig nicht mit einer durchschnittlichen Leistung zufriedengeben. Sie wollen die besten Leistungen vollbringen, im Idealfall vollkommene Perfektion gepaart mit Leichtigkeit (Rohrmann, 2019), was Clance (1985) den „Superfrau-/Supermann-Komplex“ nennt. Diese kaum erreichbaren Ansprüche führen unausweichlich zum Scheitern und hinterlassen bei den Betroffenen ein Gefühl des Versagens. Dabei fürchten Imposter:innen sowohl den Misserfolg als auch den Erfolg (Clance, 1985). Mit Misserfolg sind Gefühle wie Scham oder Erniedrigung verbunden. Diese sind unangenehm und gilt es zu vermeiden. Die Angst vor Erfolg hingegen speist sich aus einem Gefühl, das Bezug nimmt zum oben genannten Einflussfaktor der sozialen Hierarchie. Ist der Erfolg untypisch für das eigene Geschlecht, die Familie, das Umfeld oder die Ethnie kann dies Schuldgefühle auslösen (Rohrmann, 2019). Wenn Personen in der Hierarchie aufsteigen – bspw. Studierende aus Nicht-Akademikerfamilien – dann kann das Gefühl entstehen gar nicht in diesen höheren Kreis zu gehören, weshalb die Angst vor einer Enttarnung steigt, aber auch die Angst vor einem Verstoß aus der vorherigen Gemeinschaft. Parallel besteht die Sorge vor einem Mehr an Verantwortung durch den Erfolg (Sakulku & Alexander, 2011). Zuletzt führt

auch die externe Attribution ihrer Erfolge, also die fehlende Anerkennung der vorhandenen Beweise ihres Erfolgs, ebenfalls zur Aufrechterhaltung der Imposter-Gefühle.

Gerade weil das Imposter-Phänomen jeden Menschen, unabhängig vom Geschlecht, der Ethnie, dem Bildungsgrad und der Herkunftsfamilie, betreffen (Bernard et al., 2018; Bravata et al., 2020; Cokley et al., 2015; Hoang, 2013) und zahlreiche negative Auswirkungen nach sich ziehen kann, ist es wichtig zu versuchen den Kreislauf mit gezielten Interventionen zu durchbrechen. Weil schon frühkindliche Erfahrungen einen Einfluss darauf nehmen können, liegt der Fokus dieser Arbeit auf dem Zusammenhang zwischen Imposter-Gefühlen und der Herkunftsfamilie, speziell dem Phänomen der Parentifizierung. Bevor diese Verbindung im Abschnitt 1.2.2.4 näher beleuchtet wird, wird zunächst thematisiert, wie sich Imposter-Gefühle auf den Alltag der Betroffenen auswirken können.

1.2.2.3 Zusammenhänge und mögliche Folgen von Imposter-Gefühlen

Die Folgen von Imposter-Gedanken können für die Betroffenen sehr belastend sein und zeigen sich auf verschiedenen Ebenen. Besonders im beruflichen Bereich kann es zu negativen Auswirkungen des Imposter-Phänomens kommen. Gerade weil Imposter:innen dazu neigen in herausfordernden Leistungssituationen schädliche Bewältigungsstrategien (Präkrastination, Prokrastination) einzusetzen, tendieren sie eher zu (emotionaler) Erschöpfung als Nicht-Imposter:innen und bergen ein höheres Risiko für Burnout (Hutchins et al., 2018). Dies kann schließlich dazu führen, dass es den Betroffenen schwer fällt kreative und effektive Arbeit zu leisten (Hudson & González-Gómez, 2021). Imposter-Betroffenen gelingt es nicht ihre Ressourcen effektiv einzusetzen, weil sie für ihren Schutz vor Demaskierung und ihre beständigen Sorgen bereits einen großen Anteil davon verbrauchen (Hudson & González-Gómez, 2021). Neureiter & Traut-Mattausch (2017, S. 59) sprechen in diesem Zusammenhang vom Imposter-Phänomen im Sinne einer „*maladaptability resource*“ (Fehlanpassungsressource). Studien konnten ebenfalls zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen Hochstaplergefühlen und einem geringeren Maß an Karriereambitionen (Neureiter & Traut-Mattausch, 2016), einer geringeren Arbeitszufriedenheit und weniger freiwilligem Arbeitsengagement (Vergauwe et al., 2015) besteht. Zugleich sind sie ihrem Unternehmen aber stärker verbunden, weil eine Kündigung mit finanziellen, sozialen und psychologischen Veränderungen verbunden wäre und damit Ängste auslöst (Vergauwe et al., 2015). Die Problematik liegt besonders darin, dass Imposter:innen meist in der Lage wären mehr zu erreichen. Allerdings sind sie sich ihrer eigenen Kompetenz nicht bewusst und genießen zudem

ihren Erfolg nicht (Clance & O'Toole, 1988). Im schlimmsten Fall kann dies auch zur Selbstsabotage führen (Bath, 2019).

Auch auf das Wohlbefinden der Betroffenen können sich Imposter-Gedanken sehr negativ auswirken (Clance & O'Toole, 1988). So konnte eine Verbindung zwischen dem Imposter-Phänomen und psychologischem Disstress (Henning et al., 1998) ausgemacht werden, was sich in Form von Depression und Hoffnungslosigkeit (Chae et al., 1995; Kolligian & Sternberg, 1991; McGregor et al., 2008), Ängstlichkeit (Clance & Imes, 1978; Cozzarelli & Major, 1990; Topping & Kimmel, 1985) und niedriger emotionaler Stabilität (Vergauwe et al., 2015) ausdrücken kann. Es konnte zudem ein negativer Zusammenhang zwischen Imposter-Gefühlen und generell mentaler Gesundheit festgestellt werden (Sonnak & Towell, 2001). Auch mit unterschiedlichen psychologischen Merkmalen und Persönlichkeitseigenschaften wurde das Imposter-Phänomen bereits in Verbindung gebracht, wie bspw. einem niedrigen Selbstwert (Sonnak & Towell, 2001), Introversion (Chae et al., 1995), Neurotizismus (Casselman, 1992) und Perfektionismus (Henning et al., 1998), welche sich wiederum negativ auf das Wohlbefinden auswirken können. Der niedrige Selbstwert äußert sich dabei meist nicht allumfassend, sondern konzentriert sich vor allem auf den Leistungsbereich (Langford & Clance, 1993). Menschen mit Imposter-Gefühlen ist es wichtig, was andere über sie denken, weshalb sie auch besonders anfällig für Gefühle wie Scham und Wertlosigkeit sind (Langford & Clance, 1993). Dieser Zusammenhang zwischen Scham und dem Imposter-Phänomen zeigte sich in zahlreichen Studien (Clance & O'Toole, 1988; Gardner et al., 2019; Sakulku & Alexander, 2011), worauf im nächsten Kapitel näher eingegangen wird.

Die geschilderten beruflichen Einschränkungen und mentalen Belastungen, die das Imposter-Phänomen verursachen kann, machen weitere Forschung in diesem Bereich nötig, um angemessene Interventionen zur Durchbrechung des Kreislaufs entwickeln zu können. Da ein wichtiger Risikofaktor in der Familiengeschichte von Imposter-Betroffenen vermutet wird, liegt im Folgenden der Fokus auf dem Zusammenhang zwischen dem Imposter-Phänomen und früheren Parentifizierungserfahrungen.

1.2.2.4 Imposter-Phänomen und Parentifizierung

Der vermutete Zusammenhang zwischen Parentifizierungserfahrungen und dem Imposter-Phänomen erscheint nach der Auseinandersetzung mit beiden Konstrukten umgehend nachvollziehbar, wenn man bedenkt, dass (negativ) parentifizierte Kinder schon früh Aufgaben übernehmen, denen sie im Hinblick auf ihren Entwicklungsstand, meist gar nicht gewachsen

sind (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995). Sie können daher den an sie gestellten Anforderungen nicht entsprechen und sind damit zwangsläufig defizitären Gefühlen ausgeliefert. Durch diese Erfahrungen entwickeln sie möglicherweise ein unauthentisches Ich und bringen dieses Gefühl eines falschen Selbst mit ins Erwachsenenalter (Castro et al., 2004). Auch wenn sie dann den Herausforderungen objektiv gewachsen sind, bleibt unter Umständen das früh erworbene unauthentische Gefühl erhalten (Castro et al., 2004).

In der Forschungsliteratur gibt es bereits Indizien, die den Verdacht auf den Zusammenhang zwischen Parentifizierungserfahrungen und Imposter-Gefühlen erhärten. So finden sich in den Biographien von Menschen mit Imposter-Gefühlen häufig Erfahrungen aus vernachlässigenden Familienstrukturen (Bath, 2019). Außerdem konnte Langford (1990; zitiert nach Langford & Clance, 1993) in seiner Studie einen Zusammenhang zwischen dem leistungsorientierten Verhalten bei Imposter-Betroffenen und deren Motivation, gegenüber anderen schlaun wirken und einen guten Eindruck hinterlassen zu wollen, feststellen. Dies deutet wiederum darauf hin, dass ihr Selbstwert stark von der Bewertung anderer abhängig ist (Langford & Clance, 1990). Hier nimmt Langford (1990; zitiert nach Langford & Clance, 1993) schließlich Bezug zum Narzissmus und vermutet, dass Menschen mit Imposter-Gefühlen ähnlich wie Menschen mit narzisstischen Zügen, versuchen einem selbstgesetzten Idealbild zu entsprechen, um sich durch die anschließende Anerkennung von außen gut mit sich selbst zu fühlen. Ohne diese Anerkennung fällt es den Betroffenen schwer ein Gefühl von Selbstwert aufrechtzuerhalten.

Hier lässt sich ein Bezug zum Konzept des falschen Selbst herstellen. Dieses entsteht, weil die eigenen Bedürfnisse immer weiter zurückgestellt werden, um den Anforderungen der sozialen Umwelt gerecht zu werden (Kohut, 1984; Winnicott, 1965). Wie bei Imposter-Betroffenen und Menschen mit ausgeprägt narzisstischen Zügen steht der Selbstwert in völliger Abhängigkeit zum Außen. Die Wünsche der anderen werden zum Teil der Identität des falschen Selbst. Die eigene Identität ist damit abhängig von der Wertschätzung der anderen und das wahre Selbst tritt in den Hintergrund. Dies geschieht vor allem dann, wenn Kinder in einer Atmosphäre groß werden, in der kein Raum dafür ist, ein sicheres Gefühl von Identität und einen stabilen Selbstwert zu entwickeln (Kohut, 1984). Kinder benötigen aber für die Entwicklung eines kohärenten Selbstbildes und eines stabilen Selbstwertes ein Umfeld, in dem ihre Bestrebungen und Gefühle angemessen respektiert und gespiegelt werden (Langford & Clance, 1993). Geschieht dies nicht, kann es, wie bereits erwähnt, sein, dass sich das Kind nur mehr an den Bedürfnissen der anderen orientiert und sich so verhält, wie es glaubt, dass sein Umfeld es haben will. Dafür erhält das Kind im besten Fall auch Anerkennung, allerdings beruht diese auf

dem falschen Selbst, das das Kind entwickelt hat, um seinen Mitmenschen zu gefallen (Langford & Clance, 1993). Eine Wertschätzung für das wahre Selbst des Kindes bleibt aus.

Die fehlende Spiegelung der kindlichen Bedürfnisse wird, mit Bezug zur *social-developemental theory*, auch beim Phänomen der Parentifizierung als mögliche Ursache für eine Störung der gesunden narzisstischen Entwicklung und der damit verbundenen Ausrichtung der Kinder nach den bedürftigen Bezugspersonen gesehen. Parentifizierung kann dabei ebenfalls mit der Entwicklung eines falschen Selbst in Verbindung gebracht werden, das dazu dient Wertschätzung von außen zu erhalten (Langford & Clance, 1993). Kinder, die vordergründig pathologische Parentifizierungserfahrungen – Vernachlässigung der Fürsorgepflicht seitens der Eltern, Verletzung der kindlichen Grenzen und Unangemessenheit der Aufgaben – machen, opfern ihre Bedürfnisse für die Stabilität des Familiensystems. Sie übernehmen Aufgaben und Verantwortung, die ihre entwicklungsentsprechenden Fähigkeiten überschreiten. Wenn sich Menschen in Situationen befinden, in denen sie das Gefühl haben, dass sie nicht in der Lage sind das, was von ihnen erwartet wird, erreichen zu können, können Imposter-Gefühle – Angst vor dem Scheitern, Selbstzweifel – auftreten (Chae et al., 1995). Pathologisch parentifizierte Kinder befinden sich in solch einer Situation. Allerdings haben sie im Gegensatz zu erwachsenen Imposter-Betroffenen nicht nur das Gefühl den Anforderungen nicht gerecht werden zu können, sondern sind den Anforderungen tatsächlich nicht gewachsen. Dennoch lässt dies vermuten, dass diese Erfahrung in der Kindheit so prägend sein kann, dass die Gefühle der Unzulänglichkeit noch im Erwachsenenalter spürbar bleiben und dies auch, wenn die Betroffenen den Anforderungen dann objektiv gewachsen sind.

Bussotti (1990) konnte dementsprechend einen Zusammenhang zwischen dem Imposter Phänomen und familiären Rollenzuweisungen ausmachen. Es zeigte sich, dass Imposter-Gefühle sehr stark damit verbunden waren, dass die Betroffenen in ihrer Ursprungsfamilie verschiedene Rollen übernahmen und glaubten die Mitglieder ihrer Familie zufriedenstellen zu müssen, weshalb Bussotti (1990) bereits eine Verbindung zwischen Parentifizierung und Imposter-Gefühlen vermutete. Allerdings wurde, nach aktuellem Kenntnisstand, erst knapp ein viertel Jahrhundert später die erste empirische Studie zum Zusammenhang zwischen Parentifizierungserfahrungen und dem Imposter-Phänomen durchgeführt und konnte einen Effekt feststellen (Castro et al., 2004).

Da es noch wenig empirische Forschung zum Zusammenhang der beiden Phänomene gibt, diese aber mit belastenden Folgen verbunden sind, wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit eben dieser Zusammenhang empirisch untersucht. Dabei liegt der Fokus spezifisch auf

Psychotherapeut:innen in Ausbildung. Wie bereits erläutert wurde, gehören Psychotherapeut:innen im Allgemeinen einer Berufsgruppe an, deren Arbeitsbedingungen Imposter-Gefühle fördern können. Zudem wird vermutet, dass in ihren Familiengeschichten häufig Parentifizierung vorkommt. Es wird konsequenterweise angenommen, dass dies auch bei Psychotherapeut:innen in Ausbildung der Fall ist, welche sich zusätzlich in einer noch sensibleren Phase des Lernens befinden und damit ein noch höheres Risiko für Imposter-Gefühle aufweisen. Gerade in der Ausbildungsphase können aber spezifische Interventionen gut ansetzen, weshalb diese Stichprobe gewählt wurde.

1.2.2.5 Imposter-Phänomen und Psychotherapeut:innen (in Ausbildung)

Studien zufolge bewegt sich die Prävalenz des Imposter-Phänomens, in Abhängigkeit des verwendeten Messinstruments und des festgelegten Cut-off Wertes, zwischen 9 und 82% (Bravata et al., 2020). Die Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens einmal mit Imposter-Gefühlen konfrontiert zu sein ist damit potenziell recht hoch. Dies sei, wie bereits erwähnt, besonders in beruflichen Feldern mit hoher Stressbelastung wie bspw. bei Ärzt:innen aller medizinischen Fachgebiete, Fachkräften im Gesundheitswesen, Lehrer:innen, Manager:innen, Psychotherapeut:innen oder Studierenden der Fall (Bravata et al., 2020; Iktidar, 2023; LaDonna et al., 2018; Parkman, 2016). Gerade in der Anfangsphase werden bspw. Studierende sozial und akademisch stark beansprucht, was den Selbstwert angreifen kann und damit einen guten Nährboden für Imposter-Gedanken schafft (Jensen & Deemer, 2020). Psychotherapeut:innen hingegen erwerben ihre beruflichen Fähigkeiten erst im direkten Kontakt mit ihren Klient:innen und treffen Entscheidungen mit potentiell lebensverändernden Auswirkungen (DeCandia Vitoria, 2020), was emotional ebenfalls sehr anspruchsvoll ist. Psychotherapeut:innen in Ausbildung erleben damit gleich auf zwei Ebenen große Herausforderungen: Sie befinden sich wie Studierende in einer neuen Lebensphase, die ihnen grundsätzlich einiges abverlangt, und bewegen sich zugleich in einem Feld, das sehr hohe berufsspezifische Anforderungen an sie stellt. Dies macht sie besonders anfällig für Imposter-Gefühle.

Wie zuvor dargestellt zeigt sich in Studien auch, dass Psychotherapeut:innen häufiger über Parentifizierungserfahrungen in ihrer Kindheit berichten als andere Berufsgruppen. Diese Erfahrungen können ebenfalls mit dem Imposter-Phänomen in Verbindung gebracht werden und sogar dafür verantwortlich sein, dass der psychotherapeutische Berufswunsch überhaupt erst entsteht (Miller, 1979). Daher wird angenommen, dass die Wahrscheinlichkeit vom

Imposter-Phänomen betroffen zu sein für Psychotherapeut:innen in Ausbildung besonders erhöht ist.

Angestellte mit Imposter-Gefühlen leiden vor allem unter einem geringen Selbstwertgefühl und der Angst vor dem Versagen und dem Erfolg (Bravata et al., 2020). Daraus können Schwierigkeiten erwachsen, die es den Betroffenen erschweren sich eine gute Work-Life-Balance zu erhalten (Crawford et al., 2016). Genau diese Balance ist aber für (angehende) Psychotherapeut:innen besonders wichtig, um Klient:innen in emotionalen Krisen beistehen zu können. Es erweist sich daher als ausgesprochen wichtig Psychotherapeut:innen in Ausbildung, die sich in einer äußerst sensiblen Phase für Imposter-Gefühle befinden, ein entsprechendes Angebot für spezialisierte Interventionen zu bieten, um sie dabei zu unterstützen ihr volles berufliches Potential zu entwickeln. Sollten zusätzlich Parentifizierungserfahrungen im familiären Hintergrund der Auszubildenden einen Rolle spielen, gilt es die Interventionen auch speziell daran anzupassen.

Da Schamgefühle als signifikanter Prädiktor für das Imposter-Phänomen ermittelt werden konnten und auch ein Zusammenhang zwischen Parentifizierung und Scham festgestellt wurde, widmen sich die folgenden Abschnitte dem Gefühl der Scham und ihrer Verbindung mit Parentifizierungserfahrungen und Imposter-Gefühlen.

1.2.3 Scham

1.2.3.1 Definition

Scham ist zunächst ein soziales Gefühl, weil sie ohne unser soziales Umfeld gar nicht erst existieren würde. Sie entsteht, wenn sich Menschen in Beziehung zu anderen wahrnehmen und erleben (Bath, 2019). Dabei ist die tatsächliche Anwesenheit anderer Personen nicht zwingend notwendig. Allein der Gedanke an andere Menschen kann Schamgefühle auslösen (Tangney et al., 1995). Ähnlich wie das Imposter-Phänomen durch eine Angst enttarnt zu werden gekennzeichnet ist, ist auch das Schamgefühl eng mit dem Gefühl des Bloßgestelltwerdens verbunden (Clance, 1985; Clance & Imes, 1978; Nathanson, 1994). Wird etwas Intimes oder Persönliches, das wir lieber versteckt gewusst hätten, exponiert, so folgt diesem Moment meist ein unbehagliches Empfinden von Scham (Nathanson, 1994).

Trotz ihrer meist äußerst unangenehmen Natur ist Scham keine rein destruktive Emotion (Bath, 2019). Kurze Scham-Momente erleben Menschen häufig im Alltag, weil Scham immer dann auftreten kann, wenn auf menschliches Begehren keine Erfüllung folgt (Nathanson, 1994).

Diese kurzen „*cognitive [shame] shocks*“ (Nathanson, 1987, S. 26) erleben wir, wenn unsere Erwartung an eine soziale Situation nicht erfüllt oder unser Angebot zur Verbindung zurückgewiesen wird. Werden wir bspw. im Sportunterricht als letztes ins Team gewählt, gibt uns das das Gefühl nicht gut genug bzw. ungewollt zu sein. Mit Hilfe positiver sozialer Unterstützung und Wertschätzung können solche Erlebnisse aber gut bewältigt werden, wenn auch die Erinnerung an sie weit über diese Erlebnisse hinweg bestehen kann (Bath, 2019). Die Beispielsituation im Sportunterricht verdeutlicht zugleich unser Bedürfnis nach Zugehörigkeit. Scham-Augenblicke können auch eine positive Kraft besitzen, die uns hilft in Verbindung mit unseren Mitmenschen zu bleiben oder zerbrochene Beziehungen zu anderen Menschen und sozialen Gruppen wiederherzustellen (Bath, 2019). Scham reguliert damit unser soziales Miteinander (Nathanson, 1994). Allerdings kann sie diese aufbauende Wirkung nur dann entfalten, wenn sie zumutbar ist, denn nur dann können Menschen durch sie ein Gewissen entwickeln, ihre Empathie vertiefen und wechselseitig unterstützende Beziehungen führen (Cozolino, 2016). Werden Menschen dagegen immer wieder von anderen ignoriert, öffentlich kritisiert oder gedemütigt oder wird sich regelmäßig über ihr Aussehen, ihre Fähigkeiten, ihre Ethnie oder ihren Glauben lustig gemacht, so kann Scham ein unerträgliches Ausmaß annehmen und ihre zerstörerische Kraft entwickeln. Menschen beginnen dann Ausgrenzung und Ablehnung zu erwarten. Sie internalisieren diese Erwartung möglicherweise und fangen an, sich selbst als unzureichend gegenüber und abgeschnitten von anderen zu begreifen (Bath, 2019). Dadurch kann sich Scham schließlich chronifizieren und mit einem fragilen Selbstwert und einer negativen Selbsteinschätzung einhergehen (Bath, 2019; DeYoung, 2015). Begleitet wird dieses intensive und schmerzhaftes Erleben von Scham häufig auch von Gefühlen wie Wertlosigkeit und/oder Machtlosigkeit (Nathanson, 1987; Tangney et al., 1995).

Besonders belastend ist Scham dann, wenn Menschen glauben, so fehlerhaft zu sein, dass sie es nicht würdig sind, geliebt zu werden und dazuzugehören (Brown, 2012). Wird das eigene Selbst für so schlecht befunden, dass es schmerzt, versuchen Menschen nicht mehr die Beziehung zu anderen zu verbessern, sondern probieren aufgrund des sozialen Aspekts der Scham die eigenen Schwächen und Mängel vor anderen zu verstecken (Morrison, 1998; Wells & Jones, 2000). Sie versuchen diese vermeintlichen Unzulänglichkeiten auch vor sich selbst zu verbergen, was Scham wiederum zu einer Form der Selbsterfahrung macht (Morrison, 1998) bzw. einer selbstbezogenen Emotion (Cohen et al., 2011). Scham ist dann meist mit der Vorstellung verknüpft, dass unser Selbst im vollen Umfang falsch und unzulänglich ist (Nathanson, 1994; Tangney et al., 1995, 1998).

Im Vergleich dazu bezieht sich Schuld, die häufig mit Scham verwechselt wird, auf unsere Handlungen, vor allem solche, die anderen Schaden zufügen könnten (Lewis, 1971; Nathanson, 1994). Sie stellt nicht das gesamte Selbst in Frage, sondern beruht auf dem Glauben, etwas falsch oder schlecht gemacht zu haben (Bath, 2019) und ist damit weniger allumfassend als Scham. Zudem ist es möglich, dieses Gefühl durch ein Schuldbekenntnis und/oder eine Entschuldigung zu kompensieren (Lewis, 1971; Tangney et al., 1998). Scham hingegen bietet weniger Raum für Wiedergutmachung, nicht zuletzt da eine Person nicht zwingend etwas falsch gemacht haben muss, um Scham zu empfinden (Nathanson, 1994). Dennoch sind Schuld und Scham in der Realität nicht immer klar voneinander abzugrenzen. Menschen, die Schuld empfinden, können sich zeitgleich für das Getane schämen, wie auch Menschen, die Scham empfinden, sich zeitgleich schuldig fühlen können (Cohen et al., 2011).

Scham entfaltet ihre Wirkung dann, wenn Menschen ihrer Idealvorstellung vom eigenen Selbst (Ich-Ideal/*ego ideal*) bzw. einem gesellschaftlich gesetzten moralischen Standard nicht entsprechen (Neckel, 2009; Tangney et al., 1998; Wells & Jones, 2000). Damit ist Scham auch eine moralische Emotion, weil sie mit dem Gefühl verbunden ist, gegen eine Norm verstoßen zu haben – „Ich bin nicht, wie ich sein sollte.“. Dies kann zugleich mit dem Gefühl einhergehen, an dem eigenen Mangel selbst schuld zu sein (Neckel, 2009). In Momenten der Scham besteht folglich eine Diskrepanz zwischen dem Ist-Zustand und einer Wunschvorstellung. Higgins (1987) spricht in diesem Zusammenhang von Selbst-Diskrepanzen und benennt drei Facetten des Selbst – *the actual self*, *the ideal self*, *the ought self*. Diese drei Bereiche beschreiben jeweils Eigenschaften des Selbst, von denen eine Person (man selbst oder eine Bezugsperson) glaubt, dass man sie tatsächlich besitzt (*actual self*), sie idealerweise besitzen möchte (Wünsche und Hoffnung, *ideal self*) und sie besitzen sollte (Pflichten und Verantwortung, *ought self*).

Daraus können schließlich vier Möglichkeiten der Selbst-Diskrepanz erwachsen – *actual own* vs. *ideal own*, *actual own* vs. *ideal other*, *actual own* vs. *ought own* und *actual own* vs. *ought other*. In allen vier Fällen steht eine Person Erwartungen gegenüber, die nicht mit der Einschätzung ihrer aktuellen Eigenschaften (*actual own*) übereinstimmen. Die aktuellen Eigenschaften der Person entsprechen dabei entweder nicht ihren persönlichen Idealen, nicht den Idealen einer Bezugsperson, nicht den Vorstellungen wie sie glaubt sein zu müssen oder nicht den Vorstellungen einer Bezugsperson zu ihrem ‚Soll-Zustand‘ (Higgins, 1987). Auch wenn Higgins (1987) vermutete, dass besonders die Diskrepanz zwischen dem aktuellen Selbst und der Idealvorstellung anderer anfällig für Schamgefühle macht, konnten Tangney und Kolleginnen (1998) zeigen, dass Scham bei allen vier Diskrepanzen auftreten kann, was die

theoretische Annahme von Scham als selbst-bezogener Emotion untermauert (Lewis, 1971; Tangney et al., 1995).

Um mit Scham umzugehen, nutzen Menschen, in Abhängigkeit von der Schamintensität und der individuellen Fähigkeit mit dem Gefühl umzugehen, verschiedene Strategien (Nathanson, 1994). Nathanson (1994) beobachtete dabei vier zentrale Bewältigungsmechanismen – *withdrawal*, *attack self*, *avoidance*, *attack others*. Erleben Menschen vermehrt starke Schamgefühle, tendieren sie dazu sich aus sozialen Situationen zurückzuziehen (*withdrawal*), indem sie sich bspw. vor anderen verstecken, abwenden oder verbal nicht mehr interagieren. Dies kann schließlich aufgrund der sozialen Natur des Menschen zu Resignation und Depression führen (Bath, 2019). Menschen können aber auch versuchen Schamgefühle zu vermeiden (*avoidance*). Sie greifen dann beispielsweise häufiger zu Alkohol oder anderen Drogen, haben promiskuitiven Sex und/oder zeigen eine erhöhte Risikobereitschaft. Weniger offensichtlich vermeiden Menschen Schamgefühle, wenn sie versuchen durch erhöhte Anstrengung möglichst gut dazustehen, um anderen zu gefallen und deren Bedürfnissen nachzukommen (Siegel, 2020). Eine weitere Möglichkeit Scham zu umgehen ist es, sich einer Gruppe anzuschließen, die ähnliche (schambehaftete) Erfahrungen gemacht hat und dieselben Werte vertritt. Handelt es sich dabei um keine destruktive Gruppe, ist dies ein durchaus gesunder Umgang mit der Schamsituation (Bath, 2019). Sich selbst und andere zu schädigen (*attack self*, *attack others*) kann ebenfalls ein Weg sein, mit den unangenehmen Nachwirkungen von Scham umzugehen, wenn auch ein weit weniger gesunder. Sich selbst schaden können Menschen bspw., wenn sie sich (wiederholt) in ungleiche oder missbräuchliche Beziehungen begeben (Bath, 2019). Selbstschädigung kann sich aber auch direkt in physischer Form ausdrücken, wenn Menschen ihre Körper durch selbstzugeführte Verbrennungen, Schnitte oder Prellungen verletzen. Extremes Tätowieren, das Einbringen von Fremdkörpern unter die Haut oder stark risikobehaftete Aktivitäten können ebenfalls dazu zählen (Scaer, 2005). Aggression gegenüber anderen wird eingesetzt, um die durch die Scham entstandenen Schmerzen zu mildern und sich wieder stärker und kompetenter zu fühlen (Bath, 2019). Die eigene gefürchtete Scham wird dabei dem Gegenüber aufgezwungen, z.B. in Form von Gewalt mit Fäusten oder Waffen, einer Beleidigung oder durch den Ausschluss aus dem sozialen Umfeld (Nathanson, 1994).

Besonders die vermeidende Strategie im Umgang mit Scham lässt hier Parallelen zum Imposter-Phänomen und der Parentifizierung erkennen. Um keine Scham spüren zu müssen, unternehmen Betroffene große Anstrengungen, um anderen zu gefallen und deren Bedürfnissen gerecht zu werden. Dies kann, wenn exzessiv betrieben, dazu führen, dass sich ein „falsches

Selbst“ fernab von Authentizität entwickelt. Die darunterliegenden Schamgefühle werden wie auch bei den anderen Strategien – *withdrawal, attack self/others* – nicht bearbeitet (Bath, 2019). Aufgrund dieser theoretischen Parallele – der Ausrichtung nach den Bedürfnissen anderer und der möglichen Entwicklung eines falschen Selbst – wird im Folgenden eine Vertiefung der (empirisch untersuchten) Verbindung zwischen Scham und den Konstrukten der Parentifizierung und des Imposter-Phänomens angestrebt.

1.2.3.2 Scham und Parentifizierung

Scham entsteht u.a. dann, wenn Menschen ihrer Idealvorstellung vom eigenen Selbst, dem Ich-Ideal (*ego ideal*), nicht entsprechen. Angenommen wird, dass die Bezugspersonen dieses Ich-Ideal schon früh auf das Kind projizieren. Entsprechen diese übertragenen Erwartungen dann nicht dem Entwicklungsstand bzw. den Fähigkeiten des Kindes, erlebt dieses einen defizitären Zustand, weil es nicht in der Lage ist die Erwartungen seiner Bezugspersonen zu erfüllen (Wells & Jones, 2000). Es entstehen Selbstzweifel und die eigene Daseinsberechtigung wird in Frage gestellt, weil das Kind glaubt, dass es nicht die für die Zuwendung der Bezugspersonen nötigen Bedingungen erfüllt (Goldberg, 1988). Die Erfahrung, diesem projizierten Ich-Ideal nicht zu entsprechen sei schließlich die erste Begegnung mit dem Gefühl von Scham. Erlebt ein Kind immer wieder ein solches Gefühl des Versagens, so kann sich daraus eine generelle Schamanfälligkeit entwickeln. Cozolino (2016) spricht im Sinne dieser früh übertragenen Schamanfälligkeit auch von *core shame* und unterscheidet sie von zumutbaren, alltäglichen Schamerlebnissen.

Die Übertragung von unrealistischen und unangemessenen Erwartungen an ein Kind wird, wie im ersten Abschnitt der Arbeit dargestellt, auch als pathologische Parentifizierung bezeichnet (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/1995). Aus psychoanalytischer Perspektive identifiziert sich das Kind im Parentifizierungsprozess mit der an es übertragenen Rolle bzw. dem Ich-Ideal der Eltern und beginnt das eigene wahre Selbst zu verleugnen und sich für dieses zu schämen (Wells & Jones, 2000). Entwickelt das Kind seine Identität ausschließlich auf Basis der Anforderungen, die andere an es stellen, bleiben die eigenen gesunden narzisstischen Bedürfnisse des Kindes häufig unerfüllt und alles, was an das vermeintlich defizitäre, wahre Selbst erinnert, ruft Schamgefühle hervor (Wells & Jones, 2000; Winnicott, 1965). Dieser Prozess wird folglich als Ursache für die ersten Schamerfahrungen vermutet und kann damit den Grundstein für die Entstehung einer generellen Schamanfälligkeit legen. Cleary (1992, zitiert nach Wells & Jones, 2000) sieht Scham sogar als Basis für Parentifizierung. Der

Verdacht, dass parentifizierte Kinder im späteren Erwachsenenalter anfällig für Schamgefühle sind, konnte schließlich auch in einer Studie mit 197 Studierenden empirisch gestützt werden (Wells & Jones, 2000).

Scham wird in der psychoanalytischen Forschungsliteratur auch als Alter-Ego bzw. Zwilling von Narzissmus bezeichnet: „[...] *shame, like narcissism, is revealed as a dual concept referring not only to self-esteem regulation but, more important, to the formation of selfhood and the development of object relations.*“ (Auerbach, 1990, S. 555). In diesem Sinne spielen sowohl Scham als auch Narzissmus bereits früh eine Rolle bei der Entwicklung des Selbstbewusstseins des Kindes und seiner Objektbeziehungen, was sich wiederum auf seine spätere Beziehungsgestaltung und Persönlichkeitsentfaltung auswirkt (Halewood & Tribe, 2003). Werden die gesunden, kindlich narzisstischen Bedürfnisse nicht erkannt und angemessen gespiegelt, wird die Selbstwertung des Kindes gehemmt. Es treten Schamgefühle auf, weil die eigenen Bestrebungen als ungewollt und ungenügend wahrgenommen werden (Glickauf-Hughes & Wells, 1997). Scham, mit ihrem Fokus auf dem Versagen und der Schwäche, stört damit den gesunden narzisstischen Prozess und die Ausbildung eines Gespürs für sich selbst (Auerbach, 1990).

Es zeigte sich, dass pathologische Parentifizierungserfahrungen auch die Entwicklung sowohl narzisstischer als auch masochistischer Charakterzüge bei den Betroffenen fördern können (Jones & Wells, 1996). Welche der beiden Persönlichkeitseigenschaften sich dabei jeweils ausgeprägter zeigt, stellen die Autorinnen in Abhängigkeit zu den elterlichen Erwartungen. Ist es die Aufgabe des Kindes, sich um die Mitglieder der Familie zu kümmern und sie zu versorgen, bildet sich ein eher masochistischer, selbstzerstörerischer Persönlichkeitsstil aus. Soll das Kind dagegen die unerfüllten Träume der Eltern leben und seine eigenen Wünsche unterdrücken, tendiert es später zu eher narzisstischen Persönlichkeitszügen. Auch für Schamananfälligkeit konnte in der Forschungsliteratur ein Zusammenhang mit Narzissmus (Gramzow & Tangney, 1992; Morrison, 1983; Nathanson, 1987) und Masochismus (Glickauf-Hughes & Wells, 1997; Hibbard, 1992) festgestellt werden. Schamananfällige Menschen, die in Folge destruktiver Parentifizierungserfahrungen narzisstische oder masochistische Merkmale zeigen, tendieren dazu, ihr authentisches Ich zu verleugnen und ein Selbst zu entwickeln, das vornehmlich darauf ausgelegt ist, den Vorstellungen anderer gerecht zu werden (Glickauf-Hughes & Wells, 1997; Winnicott, 1958).

Wells und Jones (1999) vermuteten, dass Menschen, die durch Parentifizierung mehr narzisstische Merkmale entwickelten, ihre Schamgefühlen gegenüber ihrem wahren Selbst mit

Grandiosität bewältigen. Dieses grandiose Selbst entspreche dem von ihren Eltern übertragenen Ich-Ideal und zeige sich, wenn das Kind eine besonders herausstechende Rolle einnehme wie bspw. das klügste Kind, das schönste Kind oder der:die intuitive Zuhörer:in. Letzteres erscheint als Grundstein für den Berufswunsch des:der Psychotherapeut:in naheliegend, auch wenn Miller (1981), wie bereits in Abschnitt 1.2.1.6 erwähnt, eher ein depressives als ein grandioses Selbst bei Psychotherapeut:innen vermutete. Zeigen Menschen mit Parentifizierungserfahrungen hingegen vermehrt masochistische Züge, versuchen sie ihre Schamgefühle zu bewältigen, indem sie sich als unentbehrliche:r Fürsorger:in inszenieren (Jones & Wells, 1996). Sie sehen ihren Wert ausschließlich in ihrer intuitiven Fähigkeit die Bedürfnisse anderer zu befriedigen (Well & Jones, 1999). Auf theoretischer Ebene erscheint es ebenfalls plausibel, dass Menschen, die ihre Identität allein auf ihrer Fürsorgefähigkeit aufbauen, dazu neigen können, helfende Berufe zu ergreifen wie bspw. die psychotherapeutische Arbeit.

In beiden Fällen übernehmen Kinder Rollen, die sie sich als etwas Besonderes fühlen lassen. Sie mögen dabei immer noch fern von ihrem wahren Selbst agieren, fühlen sich aber nicht mehr ungeliebt und bleiben in Verbindung mit ihren Bezugspersonen (Halewood & Tribe, 2003; Wells & Jones, 1999). Die Antennen, die sie dabei für die Bedürfnisse anderer entwickeln, sollen wiederum dazu beitragen, dass sie häufiger als andere den psychotherapeutischen Beruf auswählen (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995). Die (narzisstischen) Wunden, die sie erfahren haben, befähigen sie wiederum zu mehr Mitgefühl gegenüber anderen (Storr, 1979). Daher wird vermutet, dass Menschen, die Psychotherapeut:innen werden wollen und Parentifizierung erlebt haben eher zu Schamgefühlen neigen und diese wiederum mit einer fürsorglichen Rolle zu bewältigen versuchen, sowohl in narzisstischer (der:die intuitive Zuhörer:in) als auch masochistischer (unentbehrliche:r Fürsorger:in) Ausprägung.

Empirisch ließ sich zeigen, dass Psychotherapeut:innen in Ausbildung im Vergleich zu einer Kontrollgruppe weit höhere Werte auf der *Narcissistic Injury Scale* zeigten (Halewood & Tribe, 2003). *Narcissistic Injury* (narzisstische Verletzung) ist ein von Miller (1981) geprägter Begriff für die Nicht-Erfüllung der frühen gesunden narzisstischen Bedürfnisse des Kindes. Die Folge dieser häufig im Parentifizierungsprozess zugezogenen Verletzung zeigt sich darin, dass die Betroffenen oftmals nicht in der Lage sind, ein Bewusstsein für ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse, folglich ihr wahres Selbst, zu entwickeln. Bleibt diese Erfahrung der narzisstischen Verletzung bei Psychotherapeut:innen (in Ausbildung) unbearbeitet, kann dies nicht nur die Gesundheit der Betroffenen negativ beeinflussen, sondern auch deren Arbeit mit ihren Klient:innen. Es scheint daher umso wichtiger auf diese Problematik hinzuweisen und

einen geeigneten Rahmen bspw. innerhalb der psychotherapeutischen Ausbildung zur Bearbeitung dieser Themen zur Verfügung zu stellen. Hierbei scheint es sinnvoll die Ausprägung der unterschiedlichen Persönlichkeitsstile – narzisstisch oder masochistisch – zu beachten, da beide jeweils andere therapeutische Interventionen benötigen (Wells & Jones, 1999).

Zum Zusammenhang von masochistischen Charakterzügen, Parentifizierung und dem Ergreifen des psychotherapeutischen Berufs gibt es nach aktuellem Kenntnisstand keine empirischen Untersuchungen. Von einer Vertiefung diesbezüglich wird hier abgesehen, da die vorliegende Arbeit den Fokus auf die Verbindung von Parentifizierungserfahrungen und Imposter-Gefühlen bei Psychotherapeut:innen in Ausbildung setzt und nicht auf die Entwicklung unterschiedlicher Persönlichkeitsstile.

1.2.3.3 Scham und Imposter-Phänomen

Wie bereits erwähnt, sind sowohl Imposter- als auch Schamgefühle eng mit einem Gefühl des Durchschaut-Werdens verbunden. Imposter:innen befürchten, dass ihre eigentliche Inkompetenz aufgedeckt wird, während Schamgefühle dann auftreten, wenn sich Menschen tatsächlich in ihrem vermeintlichen Scheitern erkannt fühlen. Damit befürchten Imposter:innen potenziell schamauslösende Situationen. Bath (2019) sieht Scham deshalb auch als emotionalen Motor des Imposter-Phänomens.

Hinzu kommt, dass Imposter:innen sich selbst sehr hohe Standards setzen und zur Perfektion neigen (Harvey & Katz, 1985; White, 2001). Damit sehen sich Imposter:innen einem nur schwer zu erreichenden Ich-Ideal (*ego ideal*) gegenüber, dem sie versuchen, mit erhöhter Leistung zu entsprechen (Harvey & Katz, 1985). Weil wiederum niemand ausschließlich erfolgreich sein kann, lässt sich das Erleben von Misserfolgen nicht vermeiden (Clance, 1985). Verfehlen Imposter:innen schließlich ihr Ziel bzw. Ideal, sind (selbstbezogene) Schamgefühle eine sehr wahrscheinliche Konsequenz, zumal es ihnen schwerfällt, ihre Leistungen/Handlungen von ihrem Selbst zu trennen (White, 2001). Schon kleinste Fehler können dann intensive Scham und starke Ängste bei den Betroffenen hervorrufen (White, 2001). Sind die an sich selbst gestellten perfektionistischen Erwartungen dabei unmöglich zu erreichen, kann sich sogar ein chronisches Gefühl von Scham einstellen (Morrison, 1998).

Schon Langford und Clance (1993) vermuteten die Verbindung von Imposter- und Schamgefühlen, da Menschen mit Imposter-Gedanken die Rückmeldung anderer für ihren

Selbstwert benötigen und sich viele Gedanken darüber machen, wie sie von anderen wahrgenommen werden. Die Autor:innen setzten das Auftreten von Imposter-Gefühlen deshalb auch in Verbindung mit dem Vorhandensein eines falschen Selbst. Der Selbstwert eines Menschen ist häufig dann in einem ungesunden Maß von der Wertschätzung anderer abhängig, wenn seine frühen authentischen Gefühle und Bedürfnisse von seinen Bezugspersonen nicht angemessen gespiegelt und wertgeschätzt wurden (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995). Wird ein Kind stattdessen zur Erfüllung der Bedürfnisse der Bezugspersonen benutzt, lernt es früh, seinen Selbstwert mit einem falschen Selbst, das auf die Erfüllung der Wünsche anderer ausgerichtet ist, zu assoziieren (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995). Damit zeigt sich hier erneut der Bezug zum Phänomen der Parentifizierung. Das Kind bzw. der:die spätere Erwachsene empfindet sich dann als wertvoll und selbstsicher, wenn es bzw. er:sie die Wünsche anderer erfüllt und dadurch Wertschätzung erhält. Die Nicht-Erfüllung hingegen führt unweigerlich zu Schamgefühlen, weil die Betroffenen in ihrer Wahrnehmung nicht gut genug darin waren, den Erwartungen der anderen zu entsprechen.

Die Forschung zum Imposter-Phänomen zeigt auch, dass sich die Betroffenen in einer paradoxen Situation wiederfinden. Auf der einen Seite brauchen sie die Leistungssituation, um ihren Selbstwert durch die aus der Leistungssituation resultierende Wertschätzung von anderen aufrechtzuerhalten, auf der anderen Seite fürchten sie diese Situationen, in der ständigen Angst vor dem Versagen (Langford & Clance, 1993). Dennoch schützt auch der Erfolg Imposter-Betroffene nicht gänzlich vor Schamgefühlen, denn diese können nicht nur nach Versagen oder gezeigten Schwächen auftreten, sondern auch nach Erfolgen (White, 2001) und dies gerade dann, wenn ein Publikum involviert ist, das sich auf jeden noch so kleinen Mangel fokussieren könnte (Harvey & Katz, 1985). Trotz gelungener Arbeit kann dann das vermeintlich nicht Gelungene im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen.

In der bestehenden Forschungsliteratur konnte der Zusammenhang zwischen Imposter- und Schamgefühlen bereits empirisch herausgestellt werden. Es zeigte sich, dass sich Hochstaplergefühle im Arbeitskontext in Form von Schamgefühlen ausdrücken (Hudson & González-Gómez, 2021). Zudem medierte Scham hier den negativen Effekt des Imposter-Phänomens auf die Kreativität und den positiven Effekt auf die Leistungsfähigkeit. Scham vermittelte auch den positiven Zusammenhang zwischen Imposter-Gefühlen und psychologischer Belastung (Wei et al., 2020). Im Rahmen dieser Studie zeigten asiatische Amerikaner:innen mit Impostergefühlen hohe Schamwerte, welche wiederum mit einem höheren Stressniveau verbunden waren. Scham konnte auch als signifikanter Prädiktor für Hochstaplergefühle ermittelt werden (Cowman & Ferrari, 2002; White, 2001). Außerdem

erwies sich der Zusammenhang zwischen Imposter- und Schamgefühlen ($r = .54$) als wesentlich stärker als der zwischen Imposter- und Schuldgefühlen ($r = .05$) (Cowan & Ferrari, 2002), was wiederum die Vermutung stützt, dass Imposter:innen nach Misserfolgen nicht allein ihre Handlungen, sondern auch ihr Selbst in Frage stellen. Damit wird auch die Annahme zum Vorhandensein eines falschen Selbst im Rahmen des Imposter-Phänomens bestärkt. Wie bereits erläutert wurde, zeigt das Imposter-Phänomen auch einen Selbst-Präsentations-Anteil (Leary et al., 2000). D.h. es gibt Imposter-Betroffene, die sich gar nicht wirklich als Betrüger wahrnehmen, aber dennoch Imposter-Verhaltensweisen zeigen, um damit negative Bewertungen zu vermeiden (Cowan & Ferrari, 2002). Es zeigte sich ein empirischer Zusammenhang zwischen diesen selbst-manipulativen Verhaltensweisen (*self-handicapping*) und dem Imposter-Phänomen, wobei Scham als Ursache für diese Verbindung ausgemacht werden konnte (Cowan & Ferrari, 2002).

1.2.3.4 Psychotherapeut:innen in Ausbildung und Scham

Schon Langford und Clance (1993) äußerten vor dreißig Jahren den Verdacht, dass Psychotherapeut:innen deren narzisstische Bedürfnisse in der Kindheit nicht ausreichend erfüllt wurden, später auch Imposter-Gefühle zeigen. Wie bereits erörtert, konnten Castro und Kolleg:innen (2004) bei amerikanischen Studierenden der klinischen und beratenden Psychologie einen Zusammenhang zwischen Parentifizierungserfahrungen und Imposter-Gefühlen feststellen. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass diese Verbindung auch bei Psychotherapeut:innen und Psychotherapeut:innen in Ausbildung (PiA) besteht.

Besonders herausfordernd ist die psychotherapeutische Ausbildung laut Mollon (1989) für Menschen mit mangelnder Selbstachtung und -akzeptanz, welche wiederum bei Menschen mit narzisstischen Verletzungen, Parentifizierungserfahrungen und/oder Imposter-Gefühlen angenommen werden. Die Ausbildung allein ist schon eine Probe für das eigene Selbstwertgefühl und Selbstbild. Die Auszubildenden werden zu Beginn ins kalte Wasser geworfen und müssen direkt am Menschen lernen. Dabei sind sie mit Klient:innen konfrontiert, die sie in ihrer Rolle als Therapeut:innen testen und versuchen werden sie zu provozieren (Ford, 1963). Weil Klient:innen zudem häufig Abwehrmechanismen im Umgang mit schwierigen Gefühlen einsetzen und Psychotherapeut:innen dazu tendieren, die daraus resultierenden Probleme in der therapeutischen Beziehung zu ihren eigenen zu machen, fällt es den Therapeut:innen häufig schwer, sich und ihre Arbeit für „gut genug“ zu befinden (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995). Dies bietet wiederum einen guten Nährboden für Schamgefühle,

weil einer erwarteten Vorstellung nicht entsprochen wird. Dabei kann sogar eine unerwünschte Abhängigkeit zwischen dem Selbstwert der Therapeut:innen und dem Selbstwert der Klient:innen entstehen. Geht es den Klient:innen schlecht (vs. gut), geht es auch den Therapeut:innen schlecht (vs. gut) (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995).

Wenn sich Psychotherapeut:innen nicht gut genug in ihrem Beruf fühlen, wird vermutet, dass sie dabei nicht nur an ihren eigenen Erwartungen scheitern, sondern auch an einer verbreiteten Idealvorstellung vom Beruf des:der Psychotherapeut:in (Sydow, 2014). Sie gelten als Spezialist:innen für seelische Gesundheit, weshalb möglicherweise angenommen wird, dass sie selbst keine Probleme in diesem Bereich haben sollten (Jaeggi, 2001; Sydow, 2014). Es wird vermutet, dass sich diese Idee sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch in den Köpfen der Psychotherapeut:innen selbst wiederfindet. Wird diesem Ideal nicht entsprochen, können Schamgefühle und narzisstische Kränkungen die Folge sein, die sich eventuell bei einer bereits vorhandenen Schamneigung noch intensiver ausdrücken. Zudem kann das vermeintliche Scheitern an der Idealvorstellung verhindern, dass sich Psychotherapeut:innen (in Ausbildung) Hilfe suchen, wenn sie psychische Probleme haben oder vor therapeutischen Herausforderungen stehen (Sydow, 2014). Es besteht somit die Gefahr, dass Folgen von Parentifizierungserfahrungen, Imposter-Gedanken und Schamanfälligkeit nicht bearbeitet werden und die Arbeit mit Klient:innen negativ beeinflussen. Die Erfahrungen, die sie auf der einen Seite dazu bewegen Psychotherapeut:innen zu werden, können auf der anderen Seite die psychotherapeutische Arbeit erschweren (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995).

Die Folgen unbearbeiteter Themen sind vielfältig. Psychotherapeut:innen mit narzisstischen Verletzungen, Unsicherheiten gegenüber ihren Fähigkeiten und einem instabilen Selbstwert kann es schwer fallen ihre eigenen Grenzen aufzuzeigen. Dies kann wiederum in späterer Folge zu Stress- und Burnout-Symptomen führen (Halewood & Tribe, 2003). Die daraus entstehenden Belastungen können bei den Therapeut:innen sogar den Wunsch auslösen sich von ihren Klient:innen zurückzuziehen (Guy, 1987), was die therapeutische Zusammenarbeit nahezu unmöglich macht. Außerdem kann es vorkommen, dass narzisstisch verletzte Therapeut:innen ihre Klient:innen unbewusst dazu benutzen ihre eigenen unerfüllt gebliebenen narzisstischen Bedürfnisse zu befriedigen (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995). Daraus erwachsen wiederum neue Probleme. Es entsteht unter Umständen eine ungesunde Abhängigkeit zwischen beiden Parteien, wobei der:die Therapeut:in die dominante Retter-Rolle übernimmt und dem:der Klient:in durch Infantilisierung einen Teil seiner:ihrer Unabhängigkeit abspricht (Hardy, 1979, zitiert nach Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995). Es ist auch möglich, dass Psychotherapeut:innen ihre eigenen Bedürfnisse auf die Klient:innen projizieren, wodurch

Missverständnisse entstehen, die das Vorankommen der Klient:innen in der Therapie erschweren (Halewood & Tribe, 2003). Es zeigt sich, dass das fehlende Bewusstsein bzw. die fehlende Bearbeitung der eigenen Themen die psychotherapeutische Arbeit stört und womöglich verhindert, dass Psychotherapeut:innen die im Sinne der Klient:innen notwendigen therapeutischen Schritte gehen, so bspw. die Unlust verursachende therapeutische Herausforderung der Klient:innen oder das Bearbeiten negativer Übertragungen (Halewood & Tribe, 2003). Auch der Einsatz von weiter oben erwähnten *self-handicapping* Verhaltensweisen können die angemessene Ausführung der therapeutischen Arbeit verhindern (Cowman & Ferrari, 2002; Leary et al., 2000).

Eckler-Hart (1987) erklärte, dass sich angehende Psychotherapeut:innen, um mit den Herausforderungen der Ausbildung fertig zu werden, unter Umständen ein falsches, an den Beruf angepasstes Selbst aneigneten, das es ihnen ermöglichte sich kompetent zu verhalten und vor möglicher Kritik zu schützen. Da Eigenschaften wie bspw. Empathie und Intelligenz nicht nur auf beruflicher, sondern auch auf persönlicher Ebene geschätzt werden, kann Kritik auf beruflicher Ebene leicht dazu führen, dass die Auszubildenden auch ihre persönlichen Qualitäten in Frage stellen (Eckler-Hart, 1987). Ein ‚falsches‘ berufliches Selbst bietet hier Schutz und Abgrenzung. So half die Aneignung hervorragender Zuhörfähigkeiten einer Auszubildenden dabei, empathisch zu agieren, trotz fehlender realer Empathie gegenüber ihren Klient:innen. Dies führte aber wiederum dazu, dass sie sich nicht mit diesen Fähigkeiten identifizieren konnte und glaubte, dass Klient:innen und Kolleg:innen nur ihr falsches Selbst bzw. ihre Darstellung wertschätzten (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995). Somit kann neben der fehlenden Befriedigung der frühen narzisstischen Bedürfnisse auch die Ausbildung selbst zur Entwicklung eines falschen Selbst und daraus resultierenden Imposter- und Schamgefühlen beitragen (Eckler-Hart, 1987).

All die genannten potenziell negativen Einflussfaktoren von Parentifizierungserfahrungen und Imposter-Gefühlen auf die therapeutische Arbeit mit Klient:innen und die Annahme einer Scham verstärkenden psychotherapeutischen Idealvorstellung, die Auszubildende daran hindert ihre Themen angemessen zu bearbeiten, machen eine empirische Untersuchung der in dieser Arbeit erörterten Annahmen unumgänglich. Die zahlreichen theoretischen Parallelen der drei Konzepte – Parentifizierung, Imposter-Phänomen und Scham – und die teilweise erbrachten empirischen Belege für die bestehenden Zusammenhänge bestärken dieses Vorhaben. Dieser Schritt ist notwendig, um zukünftig passende Programme entwickeln zu können, die angehenden Psychotherapeut:innen dabei helfen ihre Themen so zu bearbeiten, dass diese die

Arbeit mit ihren Klient:innen nicht stören und die den Auszubildenden zugleich die Möglichkeit bieten, sich eine gute Balance zwischen Beruf und Privatleben zu erarbeiten.

1.3 Explikation der Fragestellung und der Hypothesen

Psychotherapeut:innen berichten im Vergleich zu anderen Professionen häufiger von Parentifizierungserfahrungen, traumatischen Erlebnissen und dem Aufwachsen in destruktiven Familienverhältnissen (Elliot & Guy, 1993; Fussell & Bonney, 1990; Lackie, 1983; Nikčević et al., 2007; Rizq & Target, 2010; Sydow, 2014). Daher wird angenommen, dass auch in der Biographie von Psychotherapeut:innen in Ausbildung (PiA) häufig Parentifizierungserfahrungen vorkommen.

H1a: Psychotherapeut:innen in Ausbildung zeigen im Durchschnitt eine hohe Ausprägung des Merkmals Parentifizierung.

Parentifizierung trete in der Entwicklungsgeschichte von Psychotherapeut:innen häufig in seiner pathologischen Form auf (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995). So sollen sie sich schon in ihrer Kindheit verantwortlich für die Lösung der elterlichen Probleme gefühlt und als Vertraute ihrer Bezugspersonen fungiert haben (Sydow, 2014). Definiert ist dies als emotionale Parentifizierung, bei der Kinder sich die Sorgen der Eltern anhören, ihnen Trost spenden oder Streit schlichten und damit eine partnerähnliche Rolle übernehmen und als Vertraute der Bezugspersonen agieren (Jurkovic et al., 1999; Liechti & Liechti-Darbellay, 2011). Demzufolge kann vermutet werden, dass Psychotherapeut:innen häufiger die emotionale und damit destruktivere Form (Hooper, 2008; Hooper & Wallace, 2010) der Parentifizierung erfahren haben. Daher wird erwartet, dass auch Psychotherapeut:innen in Ausbildung eine höhere Ausprägung bei emotionaler (vs. instrumenteller) Parentifizierung zeigen.

H1b: Psychotherapeut:innen in Ausbildung zeigen eine höhere Ausprägung des Merkmals emotionale (vs. instrumentelle) Parentifizierung.

In der Forschungsliteratur wird vermutet, dass Kinder, die Parentifizierung erleben, defizitären Gefühlen ausgeliefert sind, weil sie den an sie gestellten, unangemessenen Erwartungen gar nicht gerecht werden können (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995). Ein daraus entstehendes unauthentisches, falsches Selbst soll noch im Erwachsenenalter spürbar sein und dazu führen, dass sie sich noch immer den an sie gestellten Aufgaben nicht gewachsen fühlen, obwohl sie es jetzt objektiv gesehen sind (Castro et al., 2004). Damit einhergehend finden sich in den

Biographien von Menschen mit Imposter-Gefühlen häufig Erfahrungen aus vernachlässigenden Familienstrukturen (Bath, 2019). Es konnte sogar ein Zusammenhang zwischen dem Imposter-Phänomen und familiären Rollenzuweisungen ausgemacht werden (Bussotti, 1990). Castro et al. (2004) stellten schließlich in einer empirischen Studie mit amerikanischen Psychologiestudierenden einen moderaten Zusammenhang ($r = .37$) zwischen Parentifizierung und dem Imposter-Phänomen fest. Es wird daher angenommen, dass sich auch bei Psychotherapeut:innen in Ausbildung ein Zusammenhang zwischen Parentifizierungserfahrungen und Imposter-Gefühlen zeigt.

H2a: Bei Psychotherapeut:innen in Ausbildung zeigt sich ein Zusammenhang zwischen früheren Parentifizierungserfahrungen und späteren Imposter-Gefühlen.

Weil sich Psychotherapeut:innen schon früh für die Lösung der Probleme ihrer Eltern verantwortlich gefühlt und als deren Vertraute fungiert haben (Sydow, 2014), wird vermutet, dass Psychotherapeut:innen in Ausbildung eine stärkere Ausprägung bei emotionaler Parentifizierungserfahrung zeigen (H1b). Da zudem angenommen wird, dass es einen Zusammenhang zwischen frühen Parentifizierungserfahrungen und späteren Imposter-Gefühlen bei Psychotherapeut:innen in Ausbildung gibt (H2a), wird geschlussfolgert, dass sich ein stärkerer Zusammenhang zwischen emotionaler (vs. instrumenteller) Parentifizierung und Imposter-Gefühlen zeigen wird.

H2b: Bei Psychotherapeut:innen in Ausbildung zeigt sich ein stärkerer Zusammenhang zwischen emotionalen (vs. instrumentellen) Parentifizierungserfahrungen und Imposter-Gefühlen.

Es wird vermutet, dass sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch bei den Psychotherapeut:innen selbst noch immer eine Idealvorstellung von der psychotherapeutischen Profession existiert (Sydow, 2014). Weil sie als Spezialist:innen für seelische Gesundheit gelten, wird ihnen womöglich zugeschrieben, dass sie selbst keine Probleme im Umgang mit psychischen Krisen haben sollten (Jaeggi, 2001; Sydow, 2014). Scheitern Psychotherapeut:innen dann am Vergleich mit diesem Ideal können Schamgefühle entstehen (Neckel, 2009). Da zudem vermutet wird, dass Psychotherapeut:innen häufig Parentifizierung erlebt haben (Sydow, 2014) und diese Erfahrungen anfälliger für Scham machen (Wells & Jones, 2000), liegt der Verdacht nahe, dass Psychotherapeut:innen und deshalb auch Psychotherapeut:innen in Ausbildung durch den Vergleich mit dem psychotherapeutischen

Ideal Scham empfinden, wenn eine vermeintliche Diskrepanz zum Ideal vorliegt (Higgins, 1987; Neckel, 2009; Sydow, 2014).

H3a: Psychotherapeut:innen in Ausbildung zeigen nach dem Vergleich mit dem psychotherapeutischen Ideal eine hohe Ausprägung von Schamgefühlen.

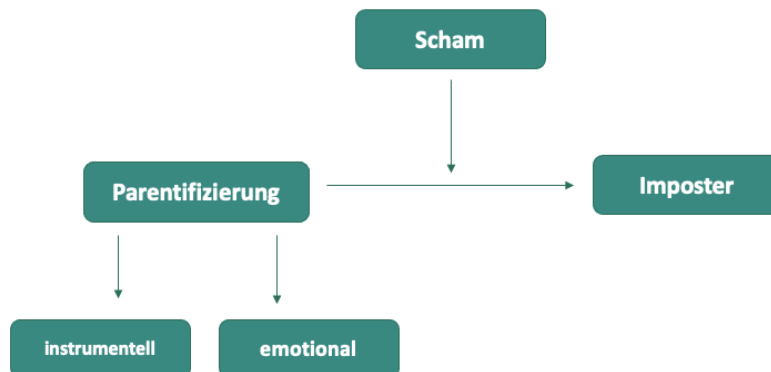
Der bestehenden Forschungsliteratur zufolge konnte ein empirischer Zusammenhang zwischen Imposter- und Schamgefühlen und Parentifizierung und Schamgefühlen festgestellt werden. Dabei können sich Imposter-Gefühle in Form von Schamgefühlen ausdrücken (Hudson & González-Gómez, 2021), Schamgefühle können aber auch ein signifikanter Prädiktor für Imposter-Gefühle sein (White, 2001). Außerdem können Menschen, die Parentifizierung erlebt haben, anfälliger für Schamgefühle sein (Wells & Jones, 2000). Weil Scham im Vergleich zu einem Ideal, dem nicht entsprochen wird, entsteht (Neckel, 2009; Tangney et al., 1998; Wells & Jones, 2000) und ein bezüglich der psychotherapeutischen Profession bestehendes Ideal vermutet wird, liegt der Verdacht nahe, dass Scham, verstärkt bzw. ausgelöst durch den Vergleich mit diesem Ideal, einen Einfluss auf den erwarteten Zusammenhang zwischen Parentifizierung und Imposter-Gefühlen haben kann. Mit Bezug auf die vorangegangenen Hypothesen wird daher vermutet, dass Schamgefühle, den Zusammenhang zwischen Parentifizierungserfahrungen und Imposter-Gefühlen verstärken können.

H3b: Der Zusammenhang zwischen Parentifizierungserfahrungen und Imposter-Gefühlen wird durch Schamgefühle verstärkt.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage: Besteht bei Psychotherapeut:innen in Ausbildung ein Zusammenhang zwischen früheren Parentifizierungserfahrungen und späteren Imposter-Gefühlen und wird dieser durch Schamgefühle verstärkt?

1.4 Schaubild

Vermuteter Interaktionseffekt



Anmerkung: Moderation veranschaulicht, in Eigenarbeit erstellt

2 METHODIK

2.1 Design

Die Forschungsfrage wurde in einer empirischen Online-Studie quantitativ untersucht. Mittels dreier Fragebögen und einem selbst entwickelten Szenario wurden die Variablen Parentifizierung, Imposter-Phänomen und Scham erhoben, um die in Abschnitt 1.3 aufgestellten Hypothesen explanativ zu überprüfen. Parentifizierung ist dabei die unabhängige Variable (UV) und das Imposter-Phänomen die abhängige Variable (AV). Scham ist der Moderator, da angenommen wird, dass Scham die Wirkung von Parentifizierung auf das Imposter-Phänomen verändert, in diesem Fall verstärkt. Erhoben wurde zu einem Zeitpunkt, weshalb es sich bei den gewonnenen Daten um Querschnittsdaten handelt. Das Studiendesign ist ein vornehmlich korrelatives, weil es sich um eine vorgefundene Stichprobe handelt, keine Vergleichsgruppe bzw. unterschiedliche Versuchsbedingungen vorliegen und dementsprechend auch keine randomisierte Zuteilung erfolgte. Aufgrund der natürlichen zeitlichen Abfolge – Parentifizierung fand in der Vergangenheit statt und Imposter-Gefühle zeigen sich heute – könnte ein kausaler Ursache-Wirkungs-Zusammenhang vermutet werden, bleibt aber trotzdem aufgrund zahlreicher anderer Einflussmöglichkeiten über die Zeit nicht nachweisbar.

Um eine angemessene Stichprobengröße zu ermitteln, wurde für die Moderationsanalyse eine Power-Analyse mit Hilfe des InteractionPowerR Pakets (Baranger et al., 2022) für die

Statistiksoftware R Version 4.1.2 (R Core Team, 2021) durchgeführt. Das Programm führt Power-Analysen für Moderationsanalysen – Regressionsmodelle in Querschnittsdatensätzen, bei denen der interessierende Term eine Wechselwirkung zwischen zwei Variablen ist – durch. Hierfür wurde $\alpha = .05$ gesetzt. Um zu erfahren ab welcher Stichprobengröße mit einer guten Power zu rechnen ist, wurde für N eine Sequenz von 100 bis 1000 untersucht. Für den Moderationsterm stellen das Imposter-Phänomen (y) die abhängige Variable, Parentifizierung ($x1$) und Scham ($x2$) die unabhängigen Variablen dar, wobei Scham ($x2$) in diesem Fall speziell die Moderationsvariable ist. Folgende Werte wurden für die Berechnung eingesetzt: $r = .37$ für die Korrelation von $x1$ und y (Castro et al., 2004); $r = .59$ für die Korrelation von $x2$ und y (Wei et al., 2020); $r = .19$ für die Korrelation von $x1$ und $x2$ (Wells & Jones, 2010). Die Reliabilitäten der jeweiligen Variablen wurden denselben Studien entnommen ($x1 = .94$; $x2 = .85$; $y = .96$). Da es bisher keine Studien zum Interaktionseffekt von $x1 * x2$ und y gibt, wurde die Power-Analyse sowohl für eine geringe Korrelation mit $r = .10$, eine moderate Korrelation mit $r = .30$ als auch eine starke Korrelation mit $r = .50$ gerechnet (nach Cohen, 1992). Für einen schwachen Interaktionseffekt werden dabei 662 Teilnehmende benötigt, für einen moderaten Effekt 78 und für einen starken Effekt 32 Proband:innen. Da Moderationsanalysen eine wesentlich höhere Stichprobengröße benötigen als Korrelationen und t-Tests, sind mit der Ermittlung der genannten Stichprobengrößen auch die geplanten Korrelationen und t-Tests dieser Arbeit abgedeckt.

2.2 Stichprobenbeschreibung

Die Online-Studie zur Untersuchung der oben genannten Forschungsfrage wurde mithilfe der EFS Survey Software Unipark (Questback, 2023) erstellt und fand vom 28.04.23 bis zum 30.09.23 statt. Die Teilnehmenden wurden zuvor mit Hilfe der Cluster-Sampling-Methode rekrutiert. Dafür wurde eine Liste mit allen psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten in Deutschland, Österreich und der Schweiz erstellt. Anschließend wurden per Zufallsstichprobe für jedes Land pro Therapierichtung – Verhaltenstherapie, psychodynamische Verfahren, systemische Therapie – je drei Institute gezogen, sodass am Ende 27 Ausbildungsinstitute kontaktiert wurden. Eine Liste dieser Institute findet sich im Anhang B. Mit der Bitte, die Studie an ihre Auszubildenden weiterzuleiten, wurden die Institute per E-Mail kontaktiert. Die E-Mail enthielt zudem einen Einladungstext mit den wichtigsten Informationen, den Kontaktdaten der Studienleitung und dem Link zur Studie. Es gab keine externen Anreize für die Teilnahme an der Studie. Da PiA-Netzwerke Psychotherapeut:innen in Ausbildung aus allen Regionen

Deutschlands vernetzen, wurden diese ebenfalls per E-Mail kontaktiert, um eine größere Reichweite zu generieren und um eine möglichst repräsentative Stichprobe zu erhalten.

Insgesamt nahmen $N = 170$ Personen an der Umfrage teil, wovon $n = 120$ Personen die Studie vollständig bearbeiteten. Die Proband:innen, die frühzeitig abbrachen, taten dies mit einer Mehrheit beim *Parentification Questionnaire* mit $n = 24$ Personen. Weitere $n = 16$ Personen brachen beim *Impostor Phenomenon Assessment* ab. Von den 120 vollständigen Befragungen wurde noch $n = 1$ Person ausgeschlossen, da diese den Attention Check („Kreuzen Sie bitte „stimme überhaupt nicht zu“ an.“) nicht korrekt beantwortet hatte. $N = 3$ weitere Personen wurden von der Analyse ausgeschlossen, da sie angaben sich nicht in der Ausbildung zum:zur Psychotherapeut:in zu befinden. Somit bestand die finale Stichprobe aus $N = 116$ Psychotherapeut:innen in Ausbildung. Damit ließe sich laut Power-Analyse ein moderater bis starker Interaktionseffekt identifizieren. Für einen kleinen Effekt reicht die Stichprobengröße demzufolge nicht aus.

Von den $N = 116$ Teilnehmenden waren $n = 95$ Frauen, $n = 20$ Männer, $n = 1$ divers. Damit lag der Anteil der Frauen im Vergleich zur Gesamtstichprobe bei 81.90%. Die Altersspanne erstreckte sich von 20 bis 61 Jahren, wobei bei $n = 13$ Personen keine Angabe zu ihrem Alter machten. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden lag somit bei $M = 34.07$ ($SD = 7.56$). Mit Orientierung an der Einteilung der Lebensphasen nach Raithel et al. (2009) sind $n = 37$ Personen dem frühen Erwachsenenalter (21. – 30. Lebensjahr) zuzuordnen, $n = 45$ Personen dem mittleren Erwachsenenalter (30. – 40. Lebensjahr), $n = 19$ Personen dem späten Erwachsenenalter (40. – 50. Lebensjahr) und $n = 2$ Personen dem Seniorenalter „Junge Alte“ (55. – 65. Lebensjahr). Alle Proband:innen gaben an Geschwister zu haben, davon hatten $n = 104$ Personen jeweils ein Geschwister und $n = 15$ Personen jeweils zwei Geschwister. Somit nahmen keine Einzelkinder an der Studie teil. Die Ausbildungsdauer wurde von den Teilnehmenden von 1 bis 14 Jahren angegeben. Davon befanden sich $n = 26$ Personen im ersten Ausbildungsjahr, $n = 32$ im zweiten, $n = 29$ im dritten, $n = 12$ im vierten, $n = 4$ im fünften, $n = 6$ im sechsten, $n = 4$ im siebten, $n = 2$ im neunten und $n = 1$ im vierzehnten Ausbildungsjahr. Insgesamt kamen $n = 45$ Personen aus Deutschland (38.79%), $n = 18$ Personen aus Österreich (15.52%) und $n = 53$ Personen aus der Schweiz (45.69%).

2.3 Messinstrumente

2.3.1 Parentification Questionnaire

Die Parentifizierungserfahrungen der Teilnehmenden wurden mithilfe des *Parentification Questionnaire* (Hooper & Wallace, 2010; nach Jurkovic & Thirkield, 1998) erhoben – einem Selbstbeurteilungsinstrument, das retrospektiv drei Dimensionen von wahrgenommener Parentifizierung misst – instrumentelle Parentifizierung, emotionale Parentifizierung, wahrgenommene Fairness (Hooper & Wallace, 2010). In der Originalversion von Jurkovic und Thirkield (1998) enthält das Instrument 30 Items, mit jeweils 10 Items pro Dimension. In der überarbeiteten Version von Hooper & Wallace (2010) wurden 7 Items entfernt, die zu komplex und nicht salient genug waren und Kreuzladungen aufwiesen. Somit enthält das in dieser Arbeit verwendete *Parentification Questionnaire* für instrumentelle Parentifizierung 5 Items (z.B. „Ich habe mich oft um die Wäsche der Familie gekümmert.“), für emotionale Parentifizierung 7 Items (z.B. „In meiner Familie brachte ich oft Opfer, die unbemerkt blieben.“) und für wahrgenommene Fairness 9 Items (z.B. „Auch wenn meine Eltern es gut meinten, konnte ich mich nicht wirklich darauf verlassen, dass sie meine Bedürfnisse erfüllen.“). Die Items wurden auf einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet – von 1 = „stimme überhaupt nicht zu“ bis 5 = „stimme voll und ganz zu“. Da es nach aktuellem Kenntnisstand keine offizielle deutsche Übersetzung gibt, wurden die Items selbstständig vom Englischen ins Deutsche übersetzt. Das Item PQ1: „I did a lot of the shopping (e.g., for groceries or clothes) for my family / Ich habe viele Einkäufe für meine Familie erledigt (z. B. Lebensmittel oder Kleidung)“, wurde bei Hooper und Wallace (2010) der emotionalen Parentifizierung zugeordnet. Nach Sichtung der Literatur erscheint diese Zuordnung des Einkaufs-Items nicht korrekt, da es der Definition nach zur instrumentellen Parentifizierung gehört: „Im Rahmen instrumenteller Parentifizierung kümmert sich das Kind um alltägliche, physische Aufgaben, um das familiäre Zusammenleben zu unterstützen, so beispielsweise durch Einkaufen, Geschwisterbetreuung, Aufgaben im Haushalt usw. (Jurkovic et al., 1999; Schier et al., 2015)“. Dies wird in der Datenanalyse mitbeachtet, zumal eine Zuordnung des Items zur instrumentellen Parentifizierung dafür sorgt, dass jeweils 6 Items für emotionale und instrumentelle Parentifizierung vorhanden sind und so ein Vergleich der beiden Aspekte besser umzusetzen wäre.

2.3.2 Imposter-Phänomen

Mithilfe des *Impostor Phenomenon Assessment* (IPA, Walker & Saklofske, 2023) wurden die Imposter-Gefühle der Proband:innen erhoben. Das Selbstbeurteilungsinstrument erfasst drei

Dimensionen des Imposter Phänomens – *Doubts About Achievement, Perceived Discrepancy*, und *Self-Handicapping Behaviors* (Zweifel an der eigenen Leistung, wahrgenommene Diskrepanz, selbstschädigende Verhaltensweisen). Die 54 Items (z.B. „Ich habe oft das Gefühl, härter arbeiten zu müssen als andere, um all das, was ich tue, zu erreichen.“, „Andere Menschen neigen dazu, mich für kompetenter zu halten, als ich wirklich bin.“, „Ich ertappe mich dabei, dass ich häufig Aufgaben bis zur letzten Minute aufschiebe.“) wurden auf einer 6-stufigen Likert-Skala – von 1 = „stimme überhaupt nicht zu“ bis 6 = „stimme voll und ganz zu“ – beantwortet. Die Items wurden selbstständig vom Englischen ins Deutsche übersetzt, da auch hier noch keine offizielle deutsche Übersetzung vorliegt.

2.3.3 Scham

Um Schamgefühle zu erheben, wurden die Proband:innen via selbst erstelltem Szenario auf die scheinbar gesellschaftlich verbreitete Idealvorstellung von der psychotherapeutischen Profession aufmerksam gemacht. Ihnen wurde dargelegt, dass Psychotherapeut:innen als Spezialist:innen für seelische Gesundheit gelten und daher angenommen wird, dass sie ihre eigene Gesundheit perfekt im Griff haben sollten. Anschließend wurden die Teilnehmenden gebeten, sich ein Bild von ihrer persönlichen Idealvorstellung eines:einer Psychotherapeut:in zu machen, um sich danach mit diesem Ideal gedanklich zu vergleichen. Schließlich wurden sie dazu aufgefordert, ihre aktuelle Gefühlslage einzuschätzen. Dafür wurde das *Personal Feelings Questionnaire 2* (PFQ-2; Harder & Zalma, 1990) eingesetzt, ein Messinstrument, das mit 22 Items Scham und Schuld als momentanen Zustand (*state*) in Bezug auf ein bestimmtes Ereignis erhebt. Die Skala enthält im Original 16 Items, darunter 10 Items für Scham, 6 Items für Schuld und 6 Füll-Items. Auch dieser Fragebogen wurde selbstständig übersetzt und angepasst. 4 Items der Kategorie Schuld wurden dabei entfernt, da sie sich in der Übersetzung nicht passend als Adjektiv formulieren ließen – *worry about hurting or injuring someone, regret, feeling you deserve criticism for what you did and remorse*. Zusätzlich wurden die beiden Items *mild guilt* und *intense guilt* zu einem Item (schuldig) zusammengefasst. Da Schuld im Rahmen dieser Arbeit nicht erhoben wurde, kann dieses Item zu den Füll-Items gezählt werden. Final enthält das angepasste Messinstrument damit 17 Items in Form von Adjektiven (Füll-Items: schuldig, traurig, euphorisch, zufrieden, niedergeschlagen, wütend, fröhlich; Scham-Items: beschämt, lächerlich, selbstbewusst, gedemütigt, dumm, kindisch, hilflos/gelähmt, verlegen, minderwertig, unwohl). Die Füll-Items wurden beibehalten, damit nicht für die Proband:innen nicht direkt erkennbar war, welches Konstrukt erhoben wurde.

2.3.4 Reliabilitäten der Skalen

Die Skala *Imposter Phenomenon Assessment* weist im gesamten, wie auch in den Subskalen *Doubts About Achievement* und *Perceived Discrepancy* eine exzellente Reliabilität auf. Die Subskala *Self-Handicapping Behaviors* weist eine gute/hohe Reliabilität auf. Die Ergebnisse entsprechen damit in etwa den Werten von Walker & Saklofske (2023). Da die Gesamt-Skala des *Imposter Phenomenon Assessments* und die Subskalen *Doubts About Achievement* und *Perceived Discrepancy* ein Cronbachs $\alpha > .9$ erzielen, kann überlegt werden, ob gewisse Items redundant sind (Streiner, 2003). Da es sich um einen sehr langen Fragebogen mit 54 Items handelt, wäre zukünftig eine Kürzung in Betracht zu ziehen. Die Reliabilität der Gesamt-Skala des *Parentification Questionnaire* (PQ) ist gut bis sehr gut. Die Subskala „Emotionale Parentifizierung“ (EP) weist eine gute und die Subskala „Wahrgenommene Fairness“ (WF) eine akzeptable Reliabilität auf, womit beide Werte geringer sind als in der Forschungsliteratur angegeben (Hooper & Wallace, 2010). Besonders die Skala „Instrumentelle Parentifizierung“ (IP) weist einen sehr schlechten Wert auf. Wird das Item PQ1: „I did a lot of the shopping (e.g., for groceries or clothes) for my family / Ich habe viele Einkäufe für meine Familie erledigt (z. B. Lebensmittel oder Kleidung)“ der „Instrumentellen Parentifizierung“ zugeordnet, so steigt der Reliabilitätswert beider Skalen, bleibt aber weiterhin schlecht für die Skala „Instrumentelle Parentifizierung“ (Cronbachs α nach Zuordnung des Einkaufs-Items zur Instrumentellen Parentifizierung: PQ – IP mit Einkaufs-Item: .35; PQ – EP ohne Einkaufs-Item: .77). Die Scham-Skala (*Personal Feelings Questionnaire 2*) weist eine gute Reliabilität auf und entspricht damit den Werten von Harder und Zalma (1990). Die Werte sind Tabelle 1 zu entnehmen. Im Rahmen dieser Arbeit wird der Vollständigkeit halber trotz der schlechten Werte der Skala „Instrumentelle Parentifizierung“ mit allen Skalen gerechnet.

Tabelle 1

Skalen Reliabilität

Skala	Cronbachs α Literatur	Cronbachs α PiA Studie
IPA Total	.96	.97
IPA - DA	.93	.96
IPA - PD	.93	.96
IPA - SHB	.82	.80

Skala	Cronbachs α Literatur	Cronbachs α PiA Studie
PQ Total	-	.80
PQ - IP (ohne Einkaufs-Item)	.81	.17
PQ - EP (mit Einkaufs-Item)	.82	.74
PQ - IP (mit Einkaufs-Item)	-	.35
PQ - EP (ohne Einkaufs-Item)	-	.77
PQ - PF	.88	.62
PFQ-2 Shame	.78	.77

Anmerkung: IPA – Imposter Phenomenon Assessment; DA – Doubts About Achievement; PD – Perceived Discrepancy; SHB – Self-Handicapping Behaviors; PQ – Parentification Questionnaire; IP – Instrumental Parentification; EP – Emotional Parentification; PF – Perceived Fairness; PFQ-2 – Personal Feelings Questionnaire 2; Cronbachs α : > .6: akzeptabel, > .7: gut, > .8: sehr gut; > .9: exzellent, aber möglicherweise redundante Items – modifiziert nach Blanz (2015) und Streiner (2003)

2.3.5 Übersetzung der Fragebögen

Die Übersetzung der drei verwendeten Fragebögen wurde in Anlehnung an die TRAPD Methode angefertigt. Zunächst wurden zwei unabhängige Übersetzungsentwürfe erstellt (*Translation*). Anschließend haben die Übersetzerinnen und ein Reviewer die beiden Versionen miteinander verglichen und sich für eine finale Übersetzung entschieden (*Review*). Der Reviewer hat in der Funktion eines Jurors die überprüfte Übersetzung mit den Original-Fragebögen verglichen und freigegeben (*Adjudication*). Zum Schluss wurde ein Pretest mit vier Personen durchgeführt und Feinheiten ausgebessert und angepasst (*Pretest*). Der gesamte Prozess ist dokumentiert (*Documentation*) – folgende Unterlagen liegen vor: zwei ursprüngliche Übersetzungen, die Version aus dem Vergleich der beiden Übersetzungen mit anschließendem Vergleich mit dem Original und den dazugehörigen Kommentaren, Feedback aus dem Pretest, die finale Übersetzung. Im Anhang C sind die englischen Originalmaterialien, und die finale Übersetzung mit eingearbeitetem Review und Pretest zu finden.

2.3.6 Studienablauf

Die Psychotherapeut:innen in Ausbildung erhielten über die oben beschriebenen Wege einen Link zur Online-Studie. Bevor die Proband:innen ihr Einverständnis zur Teilnahme erklärten, wurden sie über Zweck, Ablauf, Nutzen und Risiken der Studie aufgeklärt. Im nächsten Schritt wurden sie gebeten, ihre soziodemographischen Daten anzugeben. Anschließend beantworten

die Auszubildenden die Items zu den Konstrukten Parentifizierung und Imposter-Phänomen. Danach wurde ihnen ein Szenario vorgelegt, das sie auf die vermutlich gesellschaftlich verbreitete Idealvorstellung von der psychotherapeutischen Profession aufmerksam machte. Sie wurden dann gebeten, sich ein Bild von ihrer persönlichen Idealvorstellung eines:einer Psychotherapeut:in zu machen, um sich danach mit diesem Ideal gedanklich zu vergleichen. Schließlich wurden sie dazu aufgefordert, ihre aktuelle Gefühlslage einzuschätzen, um ihre Schamgefühle zu erheben. Ein abschließendes Debriefing klärte die Teilnehmenden über den Zweck der Studie auf.

3 DATENANALYSE UND ERGEBNISSE

3.1 Datenaufbereitung

Die Auswertung der Daten erfolgte mit der Statistik- und Analyse-Software IBM SPSS Statistics (Version 28). Zu Beginn wurde der Rohdatensatz aufbereitet und bereinigt. Ausgeschlossen wurden dabei Proband:innen, die die Frage: „Befinden Sie sich zurzeit in Ausbildung zur Psychotherapeutin/ zum Psychotherapeuten?“ mit „Nein“ beantwortet hatten. Außerdem wurde ein *Attention Check* angewandt, bei dem die Versuchspersonen das Item mit "stimme überhaupt nicht zu" ankreuzen sollten. Insgesamt wurden so $n = 4$ Proband:innen ausgeschlossen, $n = 3$ Personen, weil sie sich nicht in Ausbildung befanden und $n = 1$ Person, weil sie den Attention Check nicht korrekt beantwortet hatte. Der final bereinigte Datensatz enthielt damit $N = 116$ Personen (Rohdatensatz $N = 120$). Wie bereits erwähnt, ließe sich mit dieser Stichprobe laut Power-Analyse ein moderater bis starker Interaktionseffekt identifizieren.

Im nächsten Schritt wurden die Multiple-Item-Skalen und deren Subskalen über den Summenwert gebildet. Dafür wurden vorab für die Skala *Parentification Questionnaire* (PQ) und die Skala *Imposter Phenomenon Assessment* (IPA) die entsprechenden Items umgepolt. Beim PQ handelte es sich um drei positiv formulierte Items: „Die Mitglieder meiner Familie haben mich ziemlich gut verstanden.“, „Meine Eltern waren sehr hilfsbereit, wenn ich ein Problem hatte.“, „Ich wurde selten gebeten, auf meine Geschwister aufzupassen.“. Beim IPA waren es zwei positiv formulierte Items: „Meistens stelle ich fest, dass ich den Ansprüchen gerecht werde, die ich an mich selbst stelle.“, „Mein öffentliches und mein privates Ich sind ein und dieselbe Person.“. Für den *Personal Feelings Questionnaire 2* (PFQ-2) war keine Umpolung nötig. Ein hoher Wert steht der Forschungsliteratur zufolge in allen drei Skalen und

deren Subskalen für eine starke Ausprägung des Phänomens (Hooper & Wallace, 2010; Walker & Saklofske, 2023; Espinosa da Silva et al., 2022). Im Falle der Fairness-Skala des PQ meint das eine hohe wahrgenommene Ungerechtigkeit (*unfairness*), also eine niedrig wahrgenommene Fairness.

Da es sich mit $N = 116$ Personen um eine große Stichprobe handelt (mehr als 30 Personen), wurde davon ausgegangen, dass die angewendeten Testverfahren robust sind (Bortz & Schuster, 2010). Deshalb wurden die Verfahren zur Hypothesentestung auch dann angewandt, wenn die Voraussetzungen nicht erfüllt waren.

3.2 Deskriptive Statistik

In Abschnitt 2.2 sind die Häufigkeitsverteilungen in Bezug auf die soziodemographischen Daten beschrieben. Die Mittelwerte, Standardabweichungen und die Range der erhobenen Variablen sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Range der Skalen und ihrer Subskalen

Variable	M	SD	Range	Gesamtrange
PQ Total	47.37	14.28	25 – 85	21 – 105
PQ - Fairness	22.62	8.42	7 – 31	9 – 45
PQ - EP (mit Einkaufs-Item)	15.76	5.29	7 – 31	7 – 35
PQ - EP (ohne Einkaufs-Item)	13.79	5.01	6 – 27	6 – 30
PQ - IP (mit Einkaufs-Item)	10.97	3.92	6 – 24	6 – 30
PQ - IP (ohne Einkaufs-Item)	10.02	3.18	5 – 20	5 – 25
IPA Total	160.00	48.49	67 – 273	54 – 324
IPA - DA	88.09	26.83	31 – 142	27 – 162
IPA - PD	49.54	19.91	20 – 113	20 – 120
IPA - SHB	22.38	6.61	10 – 40	7 – 42
PFQ-2 Shame	17.40	4.99	11 – 40	10 – 50

Anmerkung: IPA – Imposter Phenomenon Assessment; DA – Doubts About Achievement; PD – Perceived Discrepancy; SHB – Self-Handicapping Behaviors; PQ – Parentification Questionnaire; IP – Instrumental Parentification; EP – Emotional Parentification; PF – Perceived Fairness; PFQ-2 – Personal Feelings Questionnaire 2

3.3 Hypothesentestung

Zur Überprüfung der aufgestellten Hypothesen wurden mit der Statistik- und Analyse-Software IBM SPSS Statistics (Version 28) sowohl zwei t-Tests für unabhängige Stichproben, ein t-Test für abhängige Stichproben, drei Pearson-Korrelationen und eine Moderationsanalyse berechnet. Die Moderationsanalyse wurde unter der Verwendung des SPSS-Makro „PROCESS“ Version 4.2 (Hayes, 2022; Model 1, 5000 Bootstrap Samples) durchgeführt.

3.3.1 Hypothesen 1a und 1b

In Hypothese 1a wurde angenommen, dass Psychotherapeut:innen in Ausbildung im Durchschnitt eine hohe Ausprägung des Merkmals Parentifizierung zeigen. Hierfür wurden die Mittelwerte des *Parentification Questionnaire* (PQ) inkl. der Subskalen herangezogen. Anschließend wurden diese mit den Werten der Studie von Hooper und Wallace (2010) verglichen, die 143 Studierende befragten, die in ihrer beruflichen Ausübung nicht näher spezifiziert wurden. Dafür wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt, wobei eine statistische Signifikanz bei $p < .05$ angenommen wurde. Zur Einschätzung der Effektstärke wurde Cohens d (< 0.5 = kleiner Effekt; $0.5-0.8$ = mittelgradiger Effekt; > 0.8 = großer Effekt) berechnet. Für den Vergleich wurden die Skalen in ihrer ursprünglichen Zusammensetzung verwendet. D.h. das Item „I did a lot of the shopping (e.g., for groceries or clothes) for my family / Ich habe viele Einkäufe für meine Familie erledigt (z. B. Lebensmittel oder Kleidung)“, das mit Blick auf die Literatur als zur Skala „Instrumentelle Parentifizierung“ zugehörig vermutet wird, blieb in der Skala „Emotionale Parentifizierung“ enthalten, da dies der Zuordnung bei Hooper and Wallace (2010) entsprach.

Dass Psychotherapeut:innen in Ausbildung eine höhere Ausprägung des Merkmals emotionale (vs. instrumentelle) Parentifizierung zeigen wurde in H1b vermutet. Zur Überprüfung der Annahme wurden die Mittelwerte der Subskalen – emotional vs. instrumentell – des PQ mit Hilfe eines t-Tests für abhängige Stichproben miteinander verglichen. Eine statistische Signifikanz wurde bei $p < .05$ angenommen. Zur Einschätzung der Effektstärke wurde abermals Cohens d berechnet.

t-Test für unabhängige Stichproben

Dadurch, dass die Werte aus zwei unterschiedlichen Studien in unterschiedlichen Ländern stammen, sind die Messungen unabhängig. Die abhängige Variable ist intervallskaliert. Die

unabhängige Variable ist in diesem Fall die Gruppenzuteilung – Studie (Albert, 2023) vs. Studie (Hooper & Wallace, 2010). Da für die Studie von Hooper und Wallace (2010) keine Daten, bis auf den Mittelwert und die Standardabweichung, vorliegen, können im Folgenden nur die Daten dieser Studie auf Ausreißer, Normalverteilung und Homoskedastizität getestet werden. Die Daten aller drei Skalen sind gemäß dem Shapiro-Wilk-Test – „Emotionale Parentifizierung“ ($p = .008$), „Instrumentelle Parentifizierung“ ($p < .001$) und „Wahrgenommene Fairness“ ($p < .001$) – nicht normalverteilt. Aufgrund der großen Stichprobengröße wird dennoch eine Normalverteilung angenommen. Nur die Skala „Instrumentelle Parentifizierung“ enthält Ausreißer. Da es sich dabei aber nur um zwei leichte Ausreißer handelt, bleiben diese im Datensatz enthalten. Mit einem Hartley-Test auf Varianzgleichheit von $F(258) = 1.17, p = 0.20$ wird von einer Varianzhomogenität ausgegangen und der t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt.

Mit dem t-Test für unabhängige Stichproben wurden die Mittelwerte dieser Studie mit denen der Studie von Hooper und Wallace (2010) verglichen – Psychotherapeut:innen in Ausbildung (PiA) vs. Studierende. Der t-Test wurde auf Basis der zusammengefassten Daten der Studien (M und SD) für die Subskalen durchgeführt. Für die Gesamtskala lag kein für die Berechnung notwendiger Wert der Standardabweichung bei Hooper und Wallace (2010) vor.

Die Berechnung des t-Tests ergab für den Vergleich der Skala „Wahrgenommene Fairness“ des PQ keinen signifikanten Unterschied der Mittelwerte für PiA ($M = 22.62, SD = 8.42$) und Studierende ($M = 24.65, SD = 9.09$), $t(257) = -1.85, p = .07, d = 0.12$. Sowohl für die Skala „Emotionale Parentifizierung“ (PiA: $M = 15.76, SD = 5.29$ vs. Studierende: $M = 26.92, SD = 7.93$) als auch für die Skala „Instrumentelle Parentifizierung“ (PiA: $M = 10.02, SD = 3.18$ vs. Studierende: $M = 23.86, SD = 8.10$) zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen, $t(257) = -12.99, p < .001, d = 0.63$; $t(257) = -17.53, p < .001, d = 0.74$. In beiden Fällen sind die Werte bei den PiA signifikant niedriger und es zeigt sich ein mittelgradiger Effekt.

t-Test für abhängige Stichproben

Für den Vergleich der Ausprägungen von emotionaler (vs. instrumenteller) Parentifizierung wurden die Testung der Voraussetzungen und die Berechnung zweimal durchgeführt. Einmal mit der ursprünglichen Item-Zuteilung, einmal mit der Zuordnung des Items „I did a lot of the shopping (e.g., for groceries or clothes) for my family / Ich habe viele Einkäufe für meine

Familie erledigt (z.B. Lebensmittel oder Kleidung)“ zur Skala „Instrumentelle Parentifizierung“.

Die Voraussetzungen für den t-Test für abhängige Stichproben sind teilweise erfüllt. Die Messungen sind abhängig, da zwei Werte derselben Personen verglichen werden. Die abhängigen Variablen (Ausprägung der Subskalen „Emotionale Parentifizierung“ und „Instrumentelle Parentifizierung“) sind intervallskaliert. Die unabhängige Variable ist nominalskaliert – Ausprägung 1 „Emotionale Parentifizierung“ vs. Ausprägung 2 „Instrumentelle Parentifizierung“. In der ursprünglichen Item-Zuteilung enthält nur die Skala „Instrumentelle Parentifizierung“ zwei leichte Ausreißer, die nicht aus dem Datensatz entfernt werden. Beide Skalen sind gemäß dem Shapiro-Wilk-Test („Emotionale Parentifizierung“, $p = .008$; „Instrumentelle Parentifizierung“, $p < .001$) nicht normalverteilt, werden aber aufgrund der Stichprobengröße als normalverteilt angenommen. Mit der Zuordnung des Items „I did a lot of the shopping (e.g., for groceries or clothes) for my family / Ich habe viele Einkäufe für meine Familie erledigt (z.B. Lebensmittel oder Kleidung)“ zur Skala „Instrumentelle Parentifizierung“ ändert sich nichts an der Berechnung der Normalverteilung. Beide Skalen sind gemäß Shapiro-Wilk-Test („Emotionale Parentifizierung“, $p = .002$; „Instrumentelle Parentifizierung“, $p < .001$) nicht normalverteilt, werden aber aufgrund der Stichprobengröße als normalverteilt angenommen. Die Skala „Instrumentelle Parentifizierung“ enthält noch immer zwei leichte Ausreißer, die nicht aus dem Datensatz entfernt werden. Die Skala „Emotionale Parentifizierung“ enthält keine Ausreißer.

Mit dem t-Test für abhängige Stichproben wurden die Mittelwerte der Skalen „Emotionale Parentifizierung“ und „Instrumentelle Parentifizierung“ bei den Psychotherapeut:innen in Ausbildung verglichen.

Die Berechnung des t-Tests für abhängige Stichproben mit der ursprünglichen Item-Zuteilung ergab einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Skalen, $t(115) = 11.99$, $p < .001$, $d = 0.75$. Es zeigen sich, bei einem mittelgradigen Effekt, signifikant höhere Werte bei der Skala „Emotionale Parentifizierung“. Die Berechnung des t-Tests für abhängige Stichproben mit der neuen Item-Zuteilung ergab ebenfalls einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Skalen, $t(115) = 6.03$, $p < .001$, $d = 0.49$. Es zeigt sich erneut ein mittelgradiger Effekt mit signifikant höheren Werten bei der Skala „Emotionale Parentifizierung“.

3.3.2 Hypothesen 2a und 2b

Mit Hypothese 2a wurde angenommen, dass sich ein Zusammenhang zwischen früheren Parentifizierungserfahrungen und späteren Imposter-Gefühlen bei Psychotherapeut:innen in Ausbildung zeigt. Dieser vermutete Zusammenhang wurde mit einer Pearson-Korrelation untersucht und eine statistische Signifikanz bei $p < .05$ angenommen. Um zu überprüfen, ob der Zusammenhang zwischen emotionaler (vs. instrumenteller) Parentifizierung und Imposter-Gefühlen stärker ist (H2b), wurden zunächst zwei Pearson-Korrelationen durchgeführt – emotionale (vs. instrumentelle) Parentifizierung und Imposter-Gefühle. Schließlich wurden die Konfidenzintervalle beider Korrelationskoeffizienten mit der z -Transformation von Fisher (Bortz & Schuster, 2010) berechnet und auf ihre Überschneidung hin untersucht. Überschneiden sich die Konfidenzintervalle nicht, so unterscheiden sie sich signifikant bei $p < .001$, überlappen sie sich bis zu 50%, sind sie verschieden bei $p < .05$.

Pearson-Korrelation: Parentifizierung und Imposter-Phänomen

Die Voraussetzungen für die Pearson-Korrelation sind erfüllt. Beide Skalen sind intervallskaliert und enthalten keine Ausreißer. Die Skala des *Imposter Phenomenon Assessment* ist gemäß dem Shapiro-Wilk-Test normalverteilt, $p = .12$. Die Gesamt-Skala des *Parentification Questionnaire* ist gemäß dem Shapiro-Wilk-Test zwar nicht normalverteilt, $p = .003$, wird aber aufgrund der großen Stichprobe als normalverteilt angenommen. Die Variablen stehen nach visueller Begutachtung des Streudiagramms mit LOESS-Glättung in etwa linear zueinander.

Bei der Berechnung der Pearson-Korrelation von Parentifizierung und Imposter-Phänomen zeigte sich ein signifikant positiver Zusammenhang, $r = .29$, $p = .002$. Die Stärke des Zusammenhangs erwies sich als moderat.

Pearson-Korrelationen: emotionale (vs. instrumentelle) Parentifizierung und Imposter-Phänomen

Für den Vergleich der Zusammenhänge von emotionaler (vs. instrumenteller) Parentifizierung mit dem Imposter-Phänomen werden die Testung der Voraussetzungen und die Berechnung zweimal durchgeführt. Einmal mit der ursprünglichen Item-Zuteilung und einmal mit der Zuordnung des Items „I did a lot of the shopping (e.g., for groceries or clothes) for my family

/ Ich habe viele Einkäufe für meine Familie erledigt (z.B. Lebensmittel oder Kleidung)“ zur Skala „Instrumentelle Parentifizierung“.

Die Voraussetzungen für die Pearson-Korrelation sind auch in diesem Fall erfüllt. Beide Skalen – „Emotionale Parentifizierung“ und „Instrumentelle Parentifizierung“ – sind intervallskaliert. Für beide Item-Zuteilungen zeigen sich die gleichen Ergebnisse. Die Skala „Emotionale Parentifizierung“ enthält keine und „Instrumentelle Parentifizierung“ nur zwei schwache Ausreißer. Die Normalverteilung ist in allen Fällen gemäß dem Shapiro-Wilk-Test nicht gegeben, (ursprüngliche Item-Zuteilung: „Emotionale Parentifizierung“ ($p = .008$), „Instrumentelle Parentifizierung“ ($p < .001$); neue Item-Zuteilung: „Emotionale Parentifizierung“ ($p = .002$), „Instrumentelle Parentifizierung“ ($p < .001$)), wird aber aufgrund der großen Stichprobe angenommen. Nach visueller Begutachtung des Streudiagramms mit LOESS-Glättung stehen die Variablen in allen Skalen-Versionen in etwa linear zueinander.

Bei der Berechnung der Pearson-Korrelation mit ursprünglicher Item-Zuteilung zeigt sich ein signifikant positiver, aber schwacher Zusammenhang zwischen emotionaler Parentifizierung und Imposter-Phänomen, $r = .23$, $p = .01$, 95% CI [0.05, 0.40]. Zwischen instrumenteller Parentifizierung und dem Imposter-Phänomen zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang, $r = -.04$, $p = .70$, 95% CI [-0.22, 0.15]. Die beiden Konfidenzintervalle überlappen sich, allerdings weniger als 50% und sind damit verschieden bei $p < .05$.

Bei der Berechnung der Pearson-Korrelation mit neuer Item-Zuteilung zeigt sich ebenfalls ein signifikant positiver, aber schwacher Zusammenhang zwischen emotionaler Parentifizierung und Imposter-Phänomen, $r = .23$, $p = .01$, 95% CI [0.05, 0.40]. Zwischen instrumenteller Parentifizierung und dem Imposter-Phänomen zeigt sich erneut kein signifikanter Zusammenhang, $r = .13$, $p = .17$, 95% CI [-0.06, 0.30]. Die beiden Konfidenzintervalle überlappen sich mit mehr als 50% und sind damit nicht verschieden.

3.3.3 Hypothesen 3a und 3b

Für H3a wurde angenommen, dass Psychotherapeut:innen in Ausbildung nach dem Vergleich mit dem psychotherapeutischen Ideal eine hohe Ausprägung von Schamgefühlen zeigen. Um dies zu überprüfen, wurde der Mittelwert der Scham-Skala des *Personal Feelings Questionnaire 2* mit dem Mittelwert einer Referenzgruppe einer anderen Studie (Harder & Zalma, 1990) verglichen. Die Proband:innen der Referenzstudie waren 63 Studierende und wurden in ihrer beruflichen Ausübung nicht näher spezifiziert. Es wurde ein t-Test auf Basis

der zusammengefassten Daten der Studien (M und SD) für unabhängige Stichproben durchgeführt, wobei eine statistische Signifikanz bei $p < .05$ angenommen und die Effektstärke mit Cohens d bestimmt wurde.

Mittels SPSS-Makro „PROCESS“ Version 4.2 (Hayes, 2022; Model 1, 5000 Bootstrap Samples) wurde abschließend eine Moderationsanalyse (H3b) durchgeführt, bei der Parentifizierung die unabhängige Variable, Imposter-Gefühle die abhängige Variable und Schamgefühle der Moderator waren. Damit sollte überprüft werden, ob der Zusammenhang zwischen Parentifizierungserfahrungen und Imposter-Gefühlen durch Schamgefühle verstärkt wird.

t-Test für unabhängige Stichproben

Dadurch, dass die Werte aus zwei unterschiedlichen Studien in unterschiedlichen Ländern stammen, sind die Messungen unabhängig. Die abhängige Variable ist intervallskaliert. Die unabhängige Variable ist in diesem Fall die Gruppenzuteilung – Studie (Albert, 2023) vs. Studie (Harder & Zalma, 1990). Da für die Studie von Harder und Zalma (1990) keine Daten, bis auf den Mittelwert und die Standardabweichung, vorliegen, können im Folgenden nur die Daten dieser Studie auf Ausreißer, Normalverteilung und Homoskedastizität getestet werden. Die Daten der Scham-Skala des PFQ-2 sind gemäß dem Shapiro-Wilk-Test nicht normalverteilt. Aufgrund der großen Stichprobengröße wird aber dennoch eine Normalverteilung angenommen. Die Scham-Skala enthält zudem Ausreißer, davon sechs leichte Ausreißer und einen starken Ausreißer. Der Vollständigkeit halber bleiben alle Ausreißer im Datensatz enthalten. Mit einem Hartley-Test auf Varianzgleichheit von $F(177) = 1.22, p = 0.19$ wird von einer Varianzhomogenität ausgegangen und der t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt.

Mit dem t-Test für unabhängige Stichproben wurden die Mittelwerte der Scham-Skala des *Personal Feelings Questionnaire 2* dieser Studie mit denen der Studie von Harder und Zalma (1990) verglichen – Psychotherapeut:innen in Ausbildung (PiA) vs. Studierende.

Die Berechnung des t-Tests ergab für den Vergleich der Scham-Skala des PFQ-2 keinen signifikanten Unterschied der Mittelwerte für PiA ($M = 17.40, SD = 4.99$) und Studierende ($M = 16.13, SD = 4.51$), $t(177) = 1.68, p = .10, d = 0.13$.

Moderationsanalyse: Parentifizierung – Imposter-Phänomen – Scham

Da das SPSS-Makro „PROCESS“ Version 4.2 von Hayes (2022) mit Bootstrapping arbeitet, ist es ein robustes Verfahren, was eine Testung der Voraussetzungen nicht notwendig macht. Der Vollständigkeit halber wurden diese dennoch überprüft. Nach visueller Begutachtung des Streudiagramms mit LOESS-Glättung sind die Variablen in etwa linear. Es handelt sich gemäß dem Shapiro-Wilk-Test auch um eine Normalverteilung der Residuen, $p = .54$. Anhand des White-Tests zeigt sich, dass eine Homoskedastizität der Varianzen vorliegt, $p = .72$. Mit Blick auf das Streudiagramm wird auch von einer Unabhängigkeit der Residuen ausgegangen.

Das Gesamtmodell der Moderation wurde signifikant, $F(3, 112) = 24.47, p < .001$, mit einer Varianzaufklärung von 32.2 % ($\Delta R^2 = .322$). Zudem waren sowohl die beiden Haupteffekte von Parentifizierung ($b = 3.11, SE = 0.94, t(112) = 3.31, p = .001, 95\% \text{ CI } [1.25, 4.97]$) und Scham ($b = 11.16, SE = 2.73, t(112) = 4.08, p < .001, 95\% \text{ CI } [5.74, 16.57]$), als auch die Interaktion der beiden ($b = -0.14, SE = 0.06, t(112) = -2.39, p = .02, 95\% \text{ CI } [-0.25, -0.02], \Delta R^2 = .024$) signifikant. Es liegt damit eine Moderation vor. Allerdings erklärt der Interaktionseffekt lediglich 2.4% der Varianz. Der Effekt ist nur bis zu einer Scham-Ausprägung von 18.21 signifikant (Skalen-Range: 10 – 50). Mit steigender Ausprägung auf der Scham-Skala wird der Effekt kleiner. Ab einer Ausprägung von 18.25 zeigt sich kein signifikanter Effekt mehr.

3.4 Explorative Berechnungen

Die Daten wurden neben der Hypothesentestung noch weiter explorativ untersucht. Es wurde ermittelt, ob sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen, welche Zusammenhänge zwischen den Subskalen bestehen und ob sich die Moderation mit dem Einsatz der Subskalen des *Parentification Questionnaires* und *Imposter Phenomenon Assessments* verändert.

3.4.1 Geschlechterunterschiede

Tabelle 3

Mittelwerte und Standardabweichungen nach Geschlecht

Skala	Geschlecht	N	M	SD
PQ Total	w	95	47.74	14.43
	m	20	46.05	14.08

Skala	Geschlecht	N	M	SD
PQ - Fairness	w	95	22.91	8.41
	m	20	21.35	8.77
PQ - EP (mit Einkaufs-Item)	w	95	15.86	5.26
	m	20	15.45	5.65
PQ - EP (ohne Einkaufs-Item)	w	95	13.93	5.02
	m	20	13.25	5.12
PQ - IP (mit Einkaufs-Item)	w	95	10.91	4.01
	m	20	11.45	3.47
PQ - IP (ohne Einkaufs-Item)	w	95	9.93	3.29
	m	20	10.65	2.52
IPA Total	w	95	162.96	49.59
	m	20	148.35	41.89
IPA - DA	w	95	90.00	27.48
	m	20	79.95	22.69
IPA - PD	w	95	50.48	20.34
	m	20	46.20	17.47
IPA - SHB	w	95	22.47	6.86
	m	20	22.20	5.49
PFQ-2 Scham	w	95	17.88	5.14
	m	20	15.30	3.61

Anmerkung: IPA – Imposter Phenomenon Assessment; DA – Doubts About Achievement; PD – Perceived Discrepancy; SHB – Self-Handicapping Behaviors; PQ – Parentification Questionnaire; IP – Instrumental Parentification; EP – Emotional Parentification; PF – Perceived Fairness; PFQ-2 – Personal Feelings Questionnaire 2

Anhand eines t-Tests für unabhängige Stichproben wurde untersucht, ob sich die Geschlechter hinsichtlich ihrer Ausprägung in den Gesamt-Skalen des *Parentification Questionnaires*, des *Imposter Phenomenon Assessments* und des *Personal-Feelings-Questionnaires 2* und deren Subskalen unterscheiden. Dabei konnten nur Frauen und Männer untersucht werden, da nur eine diverse Person Teil der Stichprobe war. Mit $n = 95$ für Frauen und $n = 20$ für Männer sind die Gruppen unterschiedlich groß. Der t-Test bleibt bei unterschiedlich großen Stichproben robust gegenüber Voraussetzungsverletzungen, wenn die Varianzen gleich sind (Bortz & Schuster, 2010). Nicht alle Skalen erfüllten die Voraussetzung der Normalverteilung. Da die

Stichprobe der Frauen > 30 war, wird dennoch von einer Normalverteilung ausgegangen. Fast alle Skalen der Männer-Gruppe wurden anhand des Shapiro-Wilk-Tests als normalverteilt ermittelt. Nur die Skala „Wahrgenommene Fairness“ ($p = .045$) und die Scham-Skala ($p = .004$) waren nicht normal verteilt. Anhand des Levene-Tests wurde die Varianzgleichheit aller Skalen festgestellt (siehe Tabelle 4). Der t-Test ist damit für alle Skalen robust. Zur Absicherung wurde der t-Test dennoch mit Bootstrapping durchgeführt.

Tabelle 4

Levene-Test der Varianzgleichheit

Skala	Signifikanz
PQ Total	$p = .68$
PQ - Fairness	$p = .93$
PQ - EP (mit Einkaufs-Item)	$p = .69$
PQ - EP (ohne Einkaufs-Item)	$p = .94$
PQ - IP (mit Einkaufs-Item)	$p = .45$
PQ - IP (ohne Einkaufs-Item)	$p = .32$
IPA Total	$p = .30$
IPA - DA	$p = .20$
IPA - PD	$p = .23$
IPA - SHB	$p = .39$
PFQ-2 Scham	$p = .29$

Anmerkung: IPA – Imposter Phenomenon Assessment; DA – Doubts About Achievement; PD – Perceived Discrepancy; SHB – Self-Handicapping Behaviors; PQ – Parentification Questionnaire; IP – Instrumental Parentification; EP – Emotional Parentification; PF – Perceived Fairness; PFQ-2 – Personal Feelings Questionnaire 2

Mit der Berechnung des t-Test für unabhängige Stichproben zeigte sich ausschließlich bei der Scham-Skala ein Unterschied zwischen den Geschlechtern, $t(113) = 2.14$, $p = .035$, $d = 0.20$, mit höheren Werten bei den Frauen.

3.4.2 Berechnungen mit Subskalen

Pearson-Korrelation (H2a/H2b): Parentifizierung, Imposter-Phänomen, Scham und Subskalen

Die Ergebnisse der Pearson-Korrelation aller Skalen sind der Korrelationsmatrix in Tabelle 5 zu entnehmen. Interessant zu sehen ist, dass Scham sowohl mit Parentifizierung gesamt und mit der Subskala „Wahrgenommene Fairness“ korreliert, aber nicht mit den Subskalen „Emotionale Parentifizierung“ und „Instrumentelle Parentifizierung“. Dagegen besteht ein konstant signifikant moderater Zusammenhang zwischen Scham und dem Imposter-Phänomen und allen Subskalen. Zwischen dem Imposter-Phänomen und der Parentifizierung korrelieren alle Skalen miteinander, außer „Instrumentelle Parentifizierung“. Diese Skala korreliert mit keiner Skala des Imposter-Phänomens. Dies mag u.a. an den schlechten Reliabilitätswerten dieser Skala liegen. Die „Wahrgenommene Diskrepanz“ des *Imposter Phenomenon Assessment* korreliert auch nicht mit der Skala „Emotionale Parentifizierung“.

Tabelle 5

Korrelationsmatrix aller Skalen

Variable	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. PQ Total										
2. PQ - Fairness	.91**									
3. PQ - EP(mE)	.85**	.64**								
4. PQ - EP(oE)	.85**	.67**	.98**							
5. PQ - IP(mE)	.60**	.32**	.48**	.38**						
6. PQ - IP(oE)	.46**	.20*	.34**	.29**	.89**					
7. IPA Total	.29**	.29**	.23*	.23*	.13	-.04				
8. IPA - DA	.27**	.26**	.22*	.22*	.13	-.02	.95**			
9. IPA - PD	.24**	.26**	.19*	.17	.10	-.07	.91**	.76**		
10. IPA - SHB	.28**	.26**	.26**	.26**	.14	.03	.73**	.63**	.60**	
11. PFQ-2 (S)	.09**	.21*	-.08	-.08	-.04	-.16	.49**	.44**	.48**	.36**

Anmerkung: * zeigt ein Signifikanzniveau von $p < .05$ an; ** zeigt in Signifikanzniveau von $p < .01$; IPA – Imposter Phenomenon Assessment; DA – Doubts About Achievement; PD – Perceived Discrepancy; SHB – Self-Handicapping Behaviors; PQ – Parentification Questionnaire; IP – Instrumental Parentification; EP – Emotional Parentification; PFQ-2 – Personal Feelings Questionnaire 2; S – Scham; mE – mit Einkaufs-Item; oE – ohne Einkaufs-Item

Explorative Moderationen

Im Folgenden wurde explorativ untersucht, ob sich die Moderation der Hypothese 3b verändert, wenn die beiden Subskalen des *Parentification Questionnaires* (emotional vs. instrumentell) jeweils als unabhängige Variable eingesetzt werden. Dabei blieb das IPA Total die abhängige Variable und Scham der Moderator. Zudem wurde untersucht, ob sich die Moderation verändert, wenn jeweils die Subskalen des *Imposter Phenomenon Assessments* als abhängige Variable fungieren, wobei PG Total als unabhängige Variable und Scham als Moderator verwendet wurden. Anschließend wurden auch die beiden Subskalen des PQ (emotional vs. instrumentell) jeweils mit den Subskalen des IPA in Verbindung gesetzt. Im Folgenden liegt der Fokus auf den zentralen Ergebnissen. Die vollständigen Daten zu allen Moderationen finden sich in Anhang D.

Alle Moderationen sind im Gesamtmodell signifikant mit $p < .001$. Wobei sich die Varianzaufklärung zwischen 18.1% und 32.4% bewegt.

Die Haupteffekte von Parentifizierung und Scham sind signifikant, wenn die Subskalen „Zweifel an der Leistung“ ($b = 1.56, SE = 0.65, t(112) = 2.39, p = .02, 95\% \text{ CI } [0.27, 2.84]$; $b = 5.52, SE = 1.93, t(112) = 2.85, p = .01, 95\% \text{ CI } [1.69, 9.35]$) und „Wahrgenommene Diskrepanz“ ($b = 1.19, SE = 0.46, t(112) = 2.61, p = .01, 95\% \text{ CI } [0.29, 2.09]$; $b = 4.48, SE = 1.37, t(112) = 3.26, p = .002, 95\% \text{ CI } [1.76, 7.20]$) die AV sind, nicht aber wenn die Subskala „Selbstsabotierende Verhaltensweisen“ die AV ist, $b = 0.36, SE = 0.22, t(112) = 1.65, p = .10, 95\% \text{ CI } [-0.07, 0.08]$; $b = 1.16, SE = 0.66, t(112) = 1.77, p = .08, 95\% \text{ CI } [-0.14, 2.46]$).

Die Varianzaufklärung des Gesamtmodells ist mit 32.4% am größten, wenn „Emotionale Parentifizierung“ die UV ist, IPA Total die AV und Scham der Moderator. Das Gesamtmodell mit „Instrumenteller Parentifizierung“ als UV führt dagegen nur zu einer Varianzaufklärung von 27.1%. Wird allerdings das Item „I did a lot of the shopping (e.g., for groceries or clothes) for my family / Ich habe viele Einkäufe für meine Familie erledigt (z.B. Lebensmittel oder Kleidung)“ neu zugeordnet, dann gleicht sich dies an (EP ohne Einkaufs-Item: 31.8% vs. IP mit Einkaufs-Item: 30.8%).

Zudem zeigt das Modell mit „Instrumenteller Parentifizierung“ als UV, IPA Total als AV und Scham als Moderator mit jeder Item-Zuteilung signifikante Haupteffekte und signifikante Interaktionseffekte (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6*Moderation: Instrumentelle Parentifizierung – Imposter-Phänomen – Scham*

UV, AV, Moderator	<i>b</i>	<i>SE/F</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95% KI	ΔR^2
PQ-IP, IPA, Scham						
UV → AV	11.59	4.54	2.55	.01	[2.59, 20.58]	
Moderator → AV	10.81	2.18	-2.58	< .001	[6.50, 15.11]	
Interaktion	-0.63	0.25	-2.58	.01	[-1.12, -0.15]	.031
Gesamtmodell		24.28		< .001		.271
PQ-IPmE, IPA, Scham						
UV → AV	12.04	3.30	3.65	< .001	[5.51, 18.57]	
Moderator → AV	11.38	1.95	5.85	< .001	[7.53, 15.24]	
Interaktion	-0.61	0.19	-3.25	.002	[-0.98, -0.24]	.045
Gesamtmodell		23.97		< .001		.304

Anmerkung: IPA – Imposter Phenomenon Assessment; PQ – Parentification Questionnaire; IP – Instrumental Parentification; IPmE – Instrumental Parentification mit Einkaufs-Item; UV – unabhängige Variable; AV – abhängige Variable

Das Modell mit „Emotionaler Parentifizierung“ als UV, IPA Total als AV und Scham als Moderator zeigt hingegen keine signifikanten Haupteffekte und Interaktionseffekte. Hier ist mit jeder Item-Zuteilung ausschließlich der Haupteffekt von Scham signifikant, (EP: $b = 8.19$, $SE = 2.70$, $t(112) = 3.03$, $p = .003$, 95% CI [2.83, 13.55]; EPoE: $b = 7.46$, $SE = 2.74$, $t(112) = 2.72$, $p = .01$, 95% CI [2.03, 12.89]).

Es zeigt sich außerdem mit der Subskala „Emotionale Parentifizierung“ mit jeder Item-Zuteilung kein Haupteffekt auf die Subskalen des IPA (PQ-EP, IPA-DA, Scham: $p = .06$; PQ-EP, IPA-PD, Scham: $p = .13$; PQ-EP, IPA-SHB, Scham: $p = .17$; PQ-EPoE, IPA-DA, Scham: $p = .08$; PQ-EPoE, IPA-PD, Scham: $p = .27$; PQ-EPoE, IPA-SHB, Scham: $p = .21$). In Bezug auf die Subskala IPA-DA („Zweifel an der Leistung“) könnte von marginalen Signifikanzen gesprochen werden.

Die Moderationsmodelle mit der Subskala „Instrumentelle Parentifizierung“ (mit Einkaufs-Item) als UV, Scham als Moderator und jeweils den Subskalen des IPA als AV zeigen alle signifikante Haupteffekte und Interaktionseffekte (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7*Moderation: Instrumentelle Parentifizierung – Imposter-Phänomen – Scham*

UV, AV, Moderator	<i>b</i>	<i>SE/F</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95% KI	ΔR^2
PQ-IPmE, IPA-DA, Scham						
UV → AV	5.37	2.10	2.56	.01	[1.21, 9.53]	
Moderator → AV	5.22	1.30	4.00	< .001	[2.64, 7.80]	
Interaktion	-0.26	0.12	-2.22	.03	[-0.49, -0.03]	.027
Gesamtmodell		13.98		< .001		.239
PQ-IPmE, IPA-PD, Scham						
UV → AV	4.93	1.57	3.14	.002	[1.82, 8.05]	
Moderator → AV	4.73	0.98	4.83	< .001	[2.79, 6.67]	
Interaktion	-0.26	0.09	-2.90	.01	[-0.44, -0.08]	.048
Gesamtmodell		13.95		< .001		.290
PQ-IPmE, IPA-SHB, Scham						
UV → AV	1.74	0.56	3.13	.002	[0.64, 2.84]	
Moderator → AV	1.43	0.34	4.16	< .001	[0.75, 2.12]	
Interaktion	-0.09	0.03	-2.66	.01	[-0.15, -0.02]	.050
Gesamtmodell		11.14		< .001		.202

Anmerkung: IPA – Imposter Phenomenon Assessment; DA – Doubts About Achievement; PD – Perceived Discrepancy; SHB – Self-Handicapping Behaviors; PQ – Parentification Questionnaire; IP – Instrumental Parentification; IPmE – Instrumental Parentification mit Einkaufs-Item; UV – unabhängige Variable; AV – abhängige Variable

4 DISKUSSION

4.1 Ergebnisdiskussion

Psychotherapeut:innen helfen Menschen dabei Lebenskrisen zu bewältigen und versuchen deren seelisches Leid zu lindern und ihre psychische Gesundheit zu verbessern und zu fördern (BMSGPK, 2023). Sie tragen dabei eine große Verantwortung gegenüber ihren Klient:innen und sollten sich daher ihrer eigenen Mechanismen bewusst sein und über einen fortgeschrittenen Grad an emotionaler Reife verfügen (Guy, 1987). Obwohl sie diese große Verantwortung tragen, gibt es noch wenig Forschung zur psychischen Gesundheit der Behandler:innen selbst (Sydow, 2014). Es wird vermutet, dass die Idealvorstellung von der psychotherapeutischen Profession einen Einfluss darauf haben könnte (Sydow, 2014),

schließlich seien Psychotherapeut:innen Expert:innen für psychische Gesundheit und sollten daher in der Lage sein sich eigenständig um ihre seelische Verfassung zu kümmern (Jaeggi, 2001; Sydow, 2014). Es zeigt sich allerdings, dass Psychotherapeut:innen im Vergleich zu anderen Professionen vermehrt über destruktive Lebenserfahrungen in ihrer Biographie berichten (Elliot & Guy, 1993; Orlinsky, 2022). Sie berichten dabei auch häufiger über pathologische Parentifizierungserfahrungen (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Sydow, 2014). Frühere Parentifizierungserfahrungen können wiederum zu Imposter-Gefühlen im Erwachsenenalter führen, die durch Schamgefühle verstärkt werden können. Da sich sowohl Parentifizierungserfahrungen als auch Imposter- und Schamgefühle negativ auf die Gesundheit und den beruflichen Erfolg auswirken können (Hooper et al., 2011; Hudson & González-Gómez, 2021; Schier et al., 2015), scheint es umso wichtiger den Fokus der Forschung auf die seelische Gesundheit von Psychotherapeut:innen zu legen.

Das Anliegen dieser Arbeit war es deshalb, Faktoren zu untersuchen, die sich unter Umständen negativ auf die psychische Gesundheit angehender Psychotherapeut:innen und in Folge dessen auf die Ausübung der therapeutischen Tätigkeit auswirken können. Da noch wenig vertiefende Forschung zu Parentifizierungserfahrungen, Imposter- und Schamgefühlen bei (angehenden) Psychotherapeut:innen existiert, kann vermutet werden, dass ein spezifischer Fokus auf diesen Phänomenen in den Ausbildungscurricula fehlt. Neu gewonnene Erkenntnisse könnten hier dazu beitragen eventuell notwendige Anpassungen vorzunehmen. Der Fokus dieser Studie lag daher auf Parentifizierungserfahrungen in der Kindheit von Psychotherapeut:innen in Ausbildung und der Frage, ob sich ein Zusammenhang mit Imposter-Gefühlen im Erwachsenenalter ausmachen lässt. Zudem wurde untersucht, ob Schamgefühle, ausgelöst durch die bestehende Idealvorstellung von der psychotherapeutischen Profession, diesen Zusammenhang verstärken. Besteht folglich bei Psychotherapeut:innen in Ausbildung ein Zusammenhang zwischen früheren Parentifizierungserfahrungen und späteren Imposter-Gefühlen und wird dieser durch Schamgefühle verstärkt?

Psychotherapeut:innen in Ausbildung (PiA) zeigten im Vergleich zu Studierenden (nicht näher in ihrer Ausbildungsrichtung spezifiziert) signifikant niedrigere Werte bei emotionaler und instrumenteller Parentifizierung. Da vermutet wurde, dass PiA höhere Werte aufweisen werden, wird die Hypothese 1a verworfen. Dieses Ergebnis widerspricht dem Großteil der hier präsentierten Literatur, die über ein Mehr an Parentifizierungserfahrungen bei Psychotherapeut:innen und Psychologiestudent:innen berichtet (Elliot & Guy, 1993; Fussell & Bonney, 1990; Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Lackie, 1983; Nikcevic et al., 2007; Rizq & Target, 2010; Sessions, 1986; Sydow, 2014; van der Mijl & Vingerhoets, 2017). Die

vorliegenden Daten entsprechen aber der Einschätzung anderer Forscher:innen, die vermuten, dass Psychotherapeut:innen mehr über Parentifizierungserfahrung berichten, weil sie sich dieser Phänomene bewusster sind und offener darüber kommunizieren (DiCaccavo, 2002; Taubner, 2014). Allerdings muss mit Blick auf die Ergebnisse dieser Studie beachtet werden, dass die hier gewählte Vergleichsgruppe nicht ideal war. Diese entstammte der Studie von Hooper und Wallace (2010), die die Skala des *Parentification Questionnaires* von Jurkovic und Thirkield (1998) mit 30 Items evaluiert und angepasst haben. Es wurde nur eine Studie (Black, 2013) gefunden, die die daraus entstandene 21-Item Skala angewandt hat, allerdings lagen hier keine für den Vergleich notwendigen Daten vor. Daher wurden die Daten der vorliegenden Studie zum einen mit einer Stichprobe verglichen, über die keine Informationen vorliegen, außer, dass es sich um Studierende handelt und zum anderen mit den Daten der ursprünglichen 30-Item-Skala. Ein Vergleich mit anderen Studien war nicht möglich, da der Großteil der Studien den *Parentification Questionnaire* in einer 42-Item Version mit einem Ja/Nein Antwortformat angewandt hat, was einen direkten Vergleich mit der hier verwendeten 21-Item Skala im Likert-Format erschwert. Zudem enthält das 42-Item Instrument keine Unterteilung in instrumentelle und emotionale Parentifizierung.

Im nächsten Schritt ließ sich herausstellen, dass Psychotherapeut:innen in Ausbildung eine höhere Ausprägung bei emotionaler (vs. instrumenteller) Parentifizierung zeigen. Dieses Ergebnis zeigte sich, sowohl bei der ursprünglichen Item-Zuteilung der Skalen des *Parentification Questionnaires* von Hooper und Wallace (2010) als auch bei der Zuordnung des Items: „I did a lot of the shopping (e.g., for groceries or clothes) for my family / Ich habe viele Einkäufe für meine Familie erledigt (z.B. Lebensmittel oder Kleidung)“ zu der Skala „Instrumentelle Parentifizierung“. Dieses Item entspricht der Definition zufolge eher der instrumentellen Parentifizierung (Definition: „In Folge instrumenteller Parentifizierung kümmert sich das Kind um alltägliche, physische Aufgaben, um das familiäre Zusammenleben zu unterstützen, so beispielsweise durch Einkaufen, Geschwisterbetreuung, Aufgaben im Haushalt usw. (Schier et al., 2015; Jurkovic et al., 1999)“), wird aber von Hooper und Wallace (2010) der emotionalen Parentifizierung zugeteilt. Daher wurde mit beiden Versionen gerechnet und die Hypothese 1b kann in beiden Fällen angenommen werden. Dies geht konform mit der bestehenden Forschungsliteratur. Es wird zum einen vermutet, dass Parentifizierung in der Entwicklungsgeschichte von Psychotherapeut:innen häufig in pathologischer Form auftritt (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995) und zum anderen berichtet, dass Psychotherapeut:innen ihre Eltern in ihrer Kindheit als psychisch belastet wahrnahmen und sich deshalb um deren Probleme kümmerten (Sydow, 2014). Weil diese beiden Faktoren

mehr auf emotionale Parentifizierung hindeuten, erscheint das Ergebnis in diesem Zusammenhang nachvollziehbar.

Zwischen frühen Parentifizierungserfahrungen und späteren Imposter-Gefühlen zeigte sich bei den Psychotherapeut:innen in Ausbildung ein moderat positiver Zusammenhang. Umso höhere Werte die Proband:innen bei Parentifizierung zeigten, desto höhere Werte zeigten sie bei der Ausprägung des Imposter-Phänomens. Damit kann Hypothese 2a angenommen werden. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem der ersten empirischen Studie zu diesem Zusammenhang, die ebenfalls einen moderaten Zusammenhang der beiden Konstrukte ermittelte (Castro et al., 2004).

Um Hypothese 2b zu überprüfen, wurde ebenfalls mit beiden Versionen der Skalen „Instrumentelle Parentifizierung“ und „Emotionale Parentifizierung“ gerechnet. Mit der ursprünglichen Item-Zuteilung (nach Hooper & Wallace, 2010) zeigte sich ein stärkerer Zusammenhang zwischen emotionaler (vs. instrumenteller) Parentifizierung und Imposter-Gefühlen, was vermuten lässt, dass Psychotherapeut:innen in Ausbildung eher dann Imposter-Gefühle zeigen, wenn sie emotionale Parentifizierung erlebt haben. Zwischen instrumenteller Parentifizierung und Imposter-Gefühlen zeigte sich kein Zusammenhang. Dies lässt vermuten, dass bei Psychotherapeut:innen in Ausbildung emotionale aber nicht instrumentelle Parentifizierung mit Imposter-Gefühlen in Verbindung steht. Mit der neuen Item-Zuteilung ließ sich dieser Unterschied im Vergleich der Zusammenhänge von emotionaler (vs. instrumenteller) Parentifizierung mit dem Imposter-Phänomen nicht mehr ausmachen. Zwar zeigte sich noch immer ein Zusammenhang zwischen emotionaler Parentifizierung und Imposter-Phänomen und kein Zusammenhang zwischen instrumenteller Parentifizierung und Imposter-Phänomen, allerdings erwies sich der Unterschied als nicht mehr signifikant. Damit kann die Hypothese 2b mit der ursprünglichen Item-Zuteilung angenommen werden und muss mit der Neu-Zuordnung verworfen werden. Nach aktuellem Kenntnisstand gibt es zu dieser Fragestellung noch keine weitere empirische Untersuchung. Dass sich dennoch ein Zusammenhang bei emotionaler, nicht aber bei instrumenteller Parentifizierung feststellen lässt, passt zu den Ergebnissen aus Hypothese 1b: Psychotherapeut:innen in Ausbildung zeigen eine höhere Ausprägung bei emotionaler (vs. instrumenteller) Parentifizierung. Zudem entspricht diese Feststellung dem in der Forschungsliteratur berichteten höheren Vorkommen von destruktiver bzw. emotionaler (vs. instrumenteller) Parentifizierung bei Psychotherapeut:innen (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Sydow, 2014). Allerdings muss hier beachtet werden, dass die Skala „Instrumentelle Parentifizierung“ in dieser Studie besonders schlechte Reliabilitätswerte aufweist. Mit der Neu-Zuordnung des Einkaufs-Items

verbessern sich diese zwar, sind aber immer noch inakzeptabel, weshalb die Messgenauigkeit der Skala nicht gegeben ist.

Für Hypothese 3a wurde ein Mittelwertsvergleich zwischen dieser und der Studie von Harder und Zalma (1990) durchgeführt. Hierbei zeigte sich kein Unterschied in der Scham-Ausprägung zwischen Psychotherapeut:innen in Ausbildung (PiA) und Studierenden (nicht näher in ihrer Ausbildungsrichtung spezifiziert). Dabei muss beachtet werden, dass beide Gruppen unterschiedliche Interventionen durchlaufen haben. Die Psychotherapeut:innen in Ausbildung dieser Studie haben ihre Schamgefühle im Vergleich mit einer Idealvorstellung von der psychotherapeutischen Profession angegeben. Die Proband:innen der Studie von Harder und Zalma (1990) erhielten vorab keine Intervention und gaben so ihr aktuelles Grundgefühl an. Damit läge eigentlich die Vermutung nahe, dass der Vergleich mit der Idealvorstellung bei den PiA höhere Werte hätte ergeben müssen. Dies ist aber nicht der Fall und Hypothese 3b wird verworfen. Damit kann die in der Forschungsliteratur bestehende Vermutung, dass die Idealvorstellung von Psychotherapeut:innen als unverwundbaren Spezialist:innen für psychische Gesundheit Schamgefühle bei Psychotherapeut:innen auslöst (Jaeggi, 2001; Sydow, 2014), nicht bekräftigt werden.

Mit einer Moderationsanalyse wurde schließlich die letzte Hypothese (3b) getestet. Dabei wurde vermutet, dass Schamgefühle, ausgelöst durch den Vergleich mit der Idealvorstellung von der psychotherapeutischen Profession, den Zusammenhang zwischen Parentifizierungserfahrungen und Imposter-Gefühlen verstärken. Das Gesamtmodell der Moderation einschließlich der Haupteffekte und der Interaktion wurde signifikant. Sowohl Parentifizierung als auch Scham wirkten sich auf das Imposter-Phänomen aus, was wiederum bisherige Forschungsergebnisse stärkt (Castro et al., 2004; Cowman & Ferrari, 2002; White, 2001). Unter Berücksichtigung des signifikanten Interaktionseffekts von Parentifizierung und Scham erhalten wir eine Verbesserung der Vorhersage von Imposter-Gefühlen. Es zeigt sich allerdings nur ein kleiner Effekt mit einer 2.4%igen Aufklärung der Varianz. Außerdem verschwindet dieser Effekt mit steigender Ausprägung von Schamgefühlen. Zeigen Psychotherapeut:innen in Ausbildung höhere Werte als 18.21 auf der Scham-Skala gibt es keine Interaktion mehr zwischen Parentifizierung und Schamgefühlen. Dieses Ergebnis lässt daher vermuten, dass Psychotherapeut:innen in Ausbildung mit Parentifizierungserfahrungen dann mehr Imposter-Gefühle zeigen, wenn sie ein geringeres Ausmaß an Schamgefühlen zeigen. Damit kann die Hypothese 3b angenommen werden, mit dem Zusatz, dass sich der Effekt nur bis zu einer bestimmten Ausprägung von Schamgefühlen zeigt. Dennoch wurde mit Blick auf die Forschungsliteratur und dem hier ermittelten stark positiven Zusammenhang zwischen

Scham und Imposter-Phänomen vermutet, dass umso höher die Scham-Ausprägung ist desto höher ist auch der Interaktionseffekt und daraus folgend die Ausprägung der Imposter-Gefühle (Wells & Jones, 2000). Dies ist hier jedoch nicht der Fall. Umso höher die Schamgefühle sind, desto niedriger ist hier der Interaktionseffekt.

Zusätzlich wurden explorative Berechnungen mit dem Datensatz durchgeführt. Dabei ließen sich sowohl bei Parentifizierung als auch beim Imposter-Phänomen keine Geschlechterunterschiede feststellen. In Bezug auf das Imposter-Phänomen bestätigt das die dazu bestehende aktuelle Forschungsliteratur. Auch wenn das Phänomen zunächst nur bei Frauen vermutet wurde, so zeigte ein aktuelles Review, dass nur bei ca. der Hälfte aller Studien Geschlechterunterschiede auftreten (Bravata et al., 2020). Zudem zeigte sich, dass der soziale Kontext einen weit größeren Einfluss auf die Entstehung von Imposter-Gefühlen haben kann (Chrousos & Mentis, 2020; Cokley et al., 2013; Feenstra et al., 2020; McClain et al., 2016; Pákozdy et al., 2023). Bei Parentifizierung hingegen konnte das weibliche Geschlecht häufig als Risikofaktor ermittelt werden (Byng-Hall, 2008; Chase, 1999; Jurkovic 1997; McMahon & Luthar, 2007). Dennoch gab es auch hier Studien, die keine Geschlechterunterschiede feststellen konnten (Graf & Frank, 2001), was wiederum durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie bekräftigt wird. In Bezug auf Schamgefühle zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern, wobei Frauen mehr Schamgefühle nach dem Vergleich mit dem psychotherapeutischen Ideal zeigten. In der Literatur finden sich unterschiedliche Erkenntnisse zu Geschlechterunterschieden bei Scham. So zeigten in einer Studie Männer mit höherer Bildung mehr Scham als Frauen mit höherer Bildung (Hahm et al., 2020), aber in einer anderen Studie berichteten Frauen wiederum über insgesamt höhere Schamwerte als Männer (Scheel et al., 2013). In dieser Studie berichten Frauen (mit höherer Bildung) über mehr Schamgefühle als Männer (mit höherer Bildung). Die uneinheitlichen Ergebnisse in diesem Bereich deuten darauf hin, dass nicht das Geschlecht allein Einfluss auf die Ausprägung von Scham nimmt, sondern andere Faktoren eine Rolle spielen.

Zusätzlich wurden alle Skalen inklusive ihrer Subskalen miteinander korreliert. Es zeigte sich der bereits erwähnte Zusammenhang zwischen Parentifizierungserfahrungen und Imposter-Gefühlen. Zudem korrelierten der Gesamtscore des Imposter-Phänomens und alle Imposter-Subskalen mit der Skala „Parentifizierung“ und deren Subskalen „Emotionale Parentifizierung“ und „Wahrgenommene Fairness“, nicht aber mit der Skala „Instrumentelle Parentifizierung“. Damit könnte, mit Bezug zu Hypothese 2b, angenommen werden, dass Psychotherapeut:innen in Ausbildung, die in ihrer Kindheit instrumentelle Aufgaben übernommen haben, nicht zu Imposter-Gefühlen im Erwachsenenalter neigen. Zudem zeigt sich eine moderate bis starke

Korrelation zwischen Scham und allen Skalen des Imposter-Phänomens. Dieser Zusammenhang erweist sich als positiv, weshalb angenommen werden kann, dass mehr Schamgefühle auch mehr Imposter-Gefühle bedeuten. Dies stimmt wiederum mit der bestehenden Forschungsliteratur überein, die u.a. einen starken Zusammenhang zwischen Scham und dem Imposter-Phänomen ausmachen konnte und Scham sogar als signifikanten Prädiktor für Imposter-Gefühle ermittelte (Cowman & Ferrari, 2002; White, 2001). Scham korreliert in der vorliegenden Studie auch mit der Gesamtskala „Parentifizierung“, allerdings ist dieser Zusammenhang schwach. Dabei fällt auf, dass Scham eine weitaus stärkere, aber immer noch schwache Korrelation mit der Skala „Wahrgenommene Fairness“ zeigte, aber keinen Zusammenhang mit emotionaler und instrumenteller Parentifizierung. Die Korrelation mit „Wahrgenommener Fairness“ ist positiv und lässt vermuten, dass eine niedrige wahrgenommene Fairness (hohe Werte) mit mehr Scham einhergeht. Dies geht mit der Forschungsliteratur konform, derer zufolge die empfundene Fairness darüber entscheiden kann, ob sich Parentifizierung negativ oder positiv auswirkt (Jurkovic, 1997).

Abschließend wurden explorativ Moderationsanalysen durchgeführt, um zu untersuchen, ob sich die Moderation aus Hypothese 3b verändert, wenn jeweils die Subskalen der Instrumente als unabhängige und abhängige Variablen eingesetzt werden. Dabei zeigte sich bspw. kein Interaktionseffekt von Scham und „Wahrgenommener Fairness“, wie die Korrelation der beiden eventuell vermuten ließe. Auch wenn die Modelle mit „Emotionaler Parentifizierung“ als UV mehr Varianz aufklären, so zeigten ausschließlich die Modelle mit „Instrumenteller Parentifizierung“ signifikante Interaktionseffekte, v.a. mit der neuen Item-Zuteilung. Dies würde wiederum bedeuten, dass es einen Zusammenhang zwischen instrumenteller Parentifizierung und dem Imposter-Phänomen gibt, der mithilfe von Schamgefühlen noch besser erklärt werden kann. Auch hier ist die Verbesserung aber gering (3.1%). Dieses Bild zeigt sich auch, wenn die Subskalen des Imposter-Phänomens als AV eingesetzt werden. In Anbetracht der Ergebnisse zu Hypothese 2b und zu den Daten aus der Korrelationsmatrix erweist sich dieses Ergebnis als unerwartet, da vorab kein Zusammenhang zwischen instrumenteller Parentifizierung und dem Imposter-Phänomen (inkl. Subskalen) und Schamgefühlen festgestellt werden konnte. Hierbei wird erneut auf die inakzeptablen Reliabilitätswerte der Skala „Instrumentelle Parentifizierung“ hingewiesen, die die Messgenauigkeit einschränken. Die Moderationsmodelle mit der Skala „Emotionale Parentifizierung“ als UV zeigten keine Haupteffekte in Bezug zu den Subskalen des Imposter-Phänomens (AVs). Auch dieses Ergebnis geht nicht gänzlich konform mit den Daten aus der Korrelationsmatrix. Hier korrelieren die Subskalen des Imposter-Phänomens mit der Skala

„Emotionale Parentifizierung“ in allen Item-Varianten. Dabei zeigt sich mit der Skala „Zweifel an der Leistung“ eine schwache und mit der Skala „Selbstsabotierende Verhaltensweisen“ ein nahezu moderater Zusammenhang. Die Skala „Wahrgenommene Diskrepanz“ korreliert nur in der ursprünglichen Item-Zuteilung schwach mit der Skala „Emotionale Parentifizierung“, in der neuen Item-Zuteilung hingegen nicht. Mit großer Vorsicht könnte hier vermutet werden, dass Psychotherapeut:innen in Ausbildung, die emotionale Parentifizierung in der Kindheit erlebten, tendenziell Zweifel an ihrer Leistung und selbstsabotierende Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem Imposter-Phänomen zeigen, aber womöglich keine Diskrepanz zwischen ihrem privaten und öffentlichen Selbst. Selbstsabotierende Verhaltensweisen, wie bspw. aus Unsicherheit Aufgaben und Entscheidungen aufschieben, können wiederum die angemessene Ausführung der therapeutischen Arbeit verhindern (Cowman & Ferrari, 2002; Leary et al., 2000). Abschließend sei darauf hingewiesen, dass sich die Haupteffekte der Gesamtskala „Parentifizierung“ und „Scham“ in den Moderationsmodellen nur dann als signifikant erweisen, wenn „Zweifel an der Leistung“ und „Wahrgenommene Diskrepanz“ die AV sind, nicht aber wenn „Selbstsabotierende Verhaltensweisen“ als AV eingesetzt wurden.

4.2 Limitationen

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie unterliegen jedoch gewissen Beschränkungen. Zunächst wurden ausschließlich Selbstbeurteilungsmaße verwendet. Die Selbsteinschätzung der Proband:innen kann durch verschiedene Einflussfaktoren verzerrt sein, weshalb keine Genauigkeit der Angaben garantiert werden kann (Kurtzman, 1999). So kann es bspw. sein, dass die Proband:innen aufgrund von sozialer Erwünschtheit ein bestimmtes Antwortverhalten zeigen (Eid, 2017). In diesem Zusammenhang könnten die Psychotherapeut:innen in Ausbildung z.B. beim *Parentification Questionnaire* (PQ) eine niedrigere Einschätzung vorgenommen haben, um nicht preisgeben zu müssen, dass sie als Spezialist:innen für psychische Gesundheit in einer destruktiven Familiensituation groß geworden sind. Besteht das in der Literatur vermutete Ideal von der psychotherapeutischen Profession, demnach die Spezialist:innen für seelische Gesundheit selbst keine psychischen Schwierigkeiten haben sollten (Jaeggi, 2001; Sydow, 2014), so könnte diese Idealvorstellung wiederum dafür verantwortlich sein, dass die Proband:innen dieser Studie sozial erwünscht antworteten. Dieser Verdacht erhärtet sich bei der Betrachtung der Abbrüche der vorliegenden Studie. Von denjenigen, die die Studie abgebrochen haben, hat die Mehrheit dies während der Beantwortung des PQ getan. Dies könnte drauf hindeuten, dass den Proband:innen die Fragen zu intim waren oder sie

verunsicherten. Da die Personen diesbezüglich aber nicht befragt wurden, handelt es sich hierbei nur um eine Vermutung und es können keine eindeutigen Aussagen dahingehend getroffen werden.

Der Parentifizierungsfragebogen ist zudem ein retrospektives Instrument, das die Proband:innen dazu auffordert sich an vergangene Erfahrungen zu erinnern. Diese Erinnerung unterliegt Verzerrungen und ist daher besonders ungenau und fehleranfällig. Außerdem kann argumentiert werden, dass hier eine individuelle Einschätzung genutzt wird, um ein dynamisches Konstrukt auf Familienebene zu messen (Wells & Jones, 2000). Allerdings erscheint die persönliche Erfahrung von Parentifizierung im Rahmen dieser Erhebung ausreichend, um einen Zusammenhang mit individuellen Imposter-Gefühlen zu ermitteln.

Dem Mittelwertsvergleich für Hypothese 1a waren ebenfalls Grenzen gesetzt. Die hier verwendete 21-Item Version des PQ nach Hooper und Wallace (2010) wurde nur in einer weiteren Studie verwendet (Black, 2013). Diese stellte aber keine für die Berechnung notwendigen Daten zur Verfügung. Der Großteil der anderen Studien in diesem Themenfeld erhebt das Konstrukt der Parentifizierung mit der 42-Item Version des *Parentification Questionnaires* (PQ) von Sessions & Jurkovic (1986) im Ja/Nein Antwortformat (Castro et al., 2004; DiCaccavo, 2002). Aus diesem Grund wurden die Mittelwerte dieser Studie mit den Mittelwerten der Studie von Hooper und Wallace (2010) verglichen, deren Stichprobe aus 143 Studierenden bestand. Über die Ausbildungsrichtung der Studierenden lagen allerdings keine Informationen vor. Es bestünde folglich die Möglichkeit, dass es sich um 143 Psychologiestudierende handelte, was die Interpretation des hier vorgenommene Vergleichs anders ausfallen ließe. Daher kann aufgrund der fehlenden Information zur Stichprobe keine fundierte Aussage darüber getroffen werden, ob Psychotherapeut:innen in Ausbildung im Vergleich zu anderen Berufsgruppen höhere Werte bei Parentifizierung zeigen. Außerdem lagen bei Hooper und Wallace (2010) nur die Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalen vor. Da die Werte für die Gesamtskala fehlten, war hier keine Auswertung möglich.

Die Item-Zuordnung des *Parentification Questionnaires* und seiner Subskalen von Hooper und Wallace (2010) entsprach zudem nicht der Theoriegrundlage. Das Item „I did a lot of the shopping (e.g., for groceries or clothes) for my family / Ich habe viele Einkäufe für meine Familie erledigt (z. B. Lebensmittel oder Kleidung)“ wurde hier der Subskala „Emotionale Parentifizierung“ zugeschrieben. Allerdings entspricht dieses Item vielmehr der Definition von instrumenteller Parentifizierung, der nach sich ein Kind um alltägliche, physische Aufgaben kümmert, um das familiäre Zusammenleben zu unterstützen, bspw. durch Einkaufen,

Geschwisterbetreuung, Aufgaben im Haushalt usw. (Jurkovic et al., 1999; Schier et al., 2015). Aufgrund dieser der Theorie entgegengesetzten Item-Zuteilung wurden die Berechnungen im Rahmen dieser Arbeit zweimal durchgeführt, einmal mit der Zuordnung nach Hooper und Wallace (2010) und einmal mit der theoriekonformen Einteilung.

Aufgrund dieser Einschränkungen und der Herausforderungen, die die Auswertung der 21-Item Skala des PQ mit sich brachte, erscheint zur Überprüfung der Daten eine erneute Erhebung mit einem anderen Instrument sinnvoll. Mit der *Filial Responsibility Scale - Adult* (FRS-A; Jurkovic & Thirkield, 1999) existiert eine weitere Skala, die Parentifizierung mit den Subskalen „Emotionale Parentifizierung“, „Instrumentelle Parentifizierung“ und „Wahrgenommene Fairness“ erhebt. Diese Skala entstand aus dem ursprünglichen *Parentification Questionnaire* mit 42-Items und war zunächst als 30-Item *Parentification Questionnaire* bekannt. Sie erhebt Parentifizierung im Hinblick auf vergangene und aktuelle Parentifizierungserfahrungen und enthält daher insgesamt 60 Items. Die hier verwendete 21-Item Skala des PQ geht wiederum aus dem 30-Item *Parentification Questionnaire* hervor. Da die 21-Item Skala in mehrfacher Hinsicht kritisch zu betrachten ist, wie die Auswertungen zeigten, ist die 30-Item Skala möglicherweise besser geeignet und könnte in zukünftigen Studien zu eindeutigeren Ergebnissen führen.

Zudem fällt auf, dass die vorhandenen Fragebögen zur Erhebung von Parentifizierungserfahrungen (*Parentification Questionnaires*, Sessions & Jurkovic, 1986; *Parentification Questionnaires*, Hooper & Wallace, 2010; *Filial Responsibility Scale – Adult*, Jurkovic & Thirkield, 1999; *Parentification Inventory*, Hooper et al., 2011; *Parentification Scale*, Mika et al., 1987) mehrere Items enthalten, die sich darauf beziehen, dass Kindern die Verantwortung für ihre Geschwister übertragen wird. Im Fall des hier verwendeten Instruments waren dies drei Items der Skala „Instrumentelle Parentifizierung“. Damit würde sich die Skala nicht gut für die Erhebung von instrumenteller Parentifizierung bei Einzelkindern eignen. An der vorliegenden Befragung nahmen nur Personen mit Geschwistern teil, weshalb sich diesbezüglich bei der Auswertung keine Probleme ergaben. Für zukünftige Forschung wäre dennoch die Entwicklung eines Fragebogens interessant, der die Fragen auf die Erfahrungen von Einzelkindern abstimmt. Solch ein Instrument liegt nach aktuellem Kenntnisstand noch nicht vor.

Zusätzlich erheben die vorliegenden Instrumente unterschiedliche Facetten des Phänomens Parentifizierung wie bspw. die hier angewandte Unterteilung in emotionale und instrumentelle Parentifizierung oder die Unterteilung bei Hooper und Kolleg:innen (2011) in *sibling-focused*

und *parent-focused parentification*. Je nach Forschungsfrage eignet sich daher ein anderes Instrument. Aufgrund der Komplexität des Konstrukts Parentifizierung gestaltet sich auch die Erhebung dessen als besonders herausfordernd. Gerade quantitativ ist es schwierig ein umfassendes Bild der Erfahrungswelt der Proband:innen zu erhalten. Hier könnte die Ergänzung durch qualitative Methoden in zukünftiger Forschung einen vertiefenden Einblick gewährleisten, welcher zudem Aufschluss darüber geben könnte, ob die jeweiligen Parentifizierungserfahrungen eher adaptiv oder destruktiv waren. Insgesamt könnten qualitative Instrumente dazu beitragen Parentifizierung in seiner Komplexität und Vielschichtigkeit zu erfassen.

Das Phänomen der Parentifizierungen unterliegt zudem ethischen und sozialen Einflüssen (Jurkovic, 1997). Was in einer Kultur als fair und adaptiv wahrgenommen wird, kann in einer anderen Kultur als unfair und destruktiv betrachtet werden. Daher ist es auch wichtig Forschungsfragen zur Parentifizierung künftig in unterschiedlichen Kulturen und verschiedenen Gesellschaftsschichten zu untersuchen.

Trotz all der genannten Limitationen konnte in dieser Arbeit, wie schon bei Castro und Kolleg:innen (2004), ein moderat positiver Zusammenhang zwischen Parentifizierungserfahrungen und Imposter-Gefühlen ausgemacht werden. Damit können die Ergebnisse der Vorgänger-Studie untermauert werden. Während Castro et al. (2004) Studierende der klinischen Psychologie an einer amerikanischen Universität befragten, wurden in der vorliegenden Studie Psychotherapeut:innen in Ausbildung im deutschsprachigen Raum befragt und damit die gleiche Berufsgruppe, nur einen Schritt weiter im Ausbildungsprozess. Zur Erhebung von Parentifizierung und Imposter-Gefühlen wurden jeweils andere Instrumente eingesetzt – Castro et al. (2004): *Parentification Questionnaires*, (Sessions & Jurkovic, 1986) und *Clance's Impostor Phenomenon Scale* (Clance, 1985); Albert (2023): *Parentification Questionnaires* (Hooper & Wallace, 2010) und *The Impostor Phenomenon Assessment* (Walker & Saklofske, 2023). Trotz der unterschiedlichen Instrumente zeigte sich ein ähnliches Ergebnis.

Mit dem *Impostor Phenomenon Assessment* (Walker & Saklofske, 2023) wurde ein neu entwickeltes Instrument verwendet, das die Messung der unterschiedlichen Facetten des Imposter-Phänomens ermöglicht. Kürzlich durchgeführte Reviews kritisierten die Eindimensionalität der bisherigen Messmethoden des Imposter-Phänomens, das wie Parentifizierung, auch ein komplexes, vielschichtiges Konstrukt ist (Bravata et al., 2020; Mak et al., 2019). Die Reliabilitätswerte des *Impostor Phenomenon Assessment* waren sowohl bei Walker und Saklofske (2023) als auch in dieser Studie sehr gut bis exzellent. Da die Werte von

Cronbachs Alpha, außer bei der Subskala „Selbstsabotierende Verhaltensweisen“, über .90 lagen, könnte künftig ermittelt werden, ob das Instrument eventuell redundante Items enthält (Streiner, 2003). Mit 54 Items ist es recht lang und enthält Items, die sich in ihrem Inhalt wiederholen. Eine Kürzung wäre vermutlich im Sinne der zukünftigen Proband:innen, da während der Bearbeitung des *Impostor Phenomenon Assessment* 16 Personen die vorliegende Studie abgebrochen hatten. Es besteht die Möglichkeit, dass die Teilnehmenden die Befragung als zu lang oder aber die inhaltlichen Wiederholungen in den Items als störend empfunden haben. Nachteilig ist es auch, dass zum aktuellen Zeitpunkt noch kein Vergleich zu anderen Studien gezogen werden konnte, da das Instrument erst knapp ein Jahr alt ist und nach aktuellem Kenntnisstand noch keine andere empirische Studie das Instrument eingesetzt hat. Zugleich konnte aber mit der vorliegenden Arbeit, als eine der ersten empirischen Studien mit dem *Impostor Phenomenon Assessment* die Praktikabilität des Fragebogens getestet werden.

Die hier verwendete Scham Skala aus dem *Personal Feelings Questionnaire 2* (Harder & Zalma, 1990) wies, wie in der bestehenden Forschungsliteratur, gute Reliabilitätswerte auf. Dennoch lässt sich hinterfragen, ob das selbst verfasste Szenario wirklich das bewirkt hat, was es bewirken sollte. Den Teilnehmenden wurde von der möglicherweise in der Gesellschaft verbreiteten Idealvorstellung von der psychotherapeutischen Profession berichtet, um sie anschließend darum zu bitten sich mit ihrer persönlichen Idealvorstellung von einem:einer Psychotherapeut:in zu vergleichen. Dabei können die Proband:innen unterschiedliche Idealvorstellungen haben, die möglicherweise weit entfernt sind von dem in der Literatur vermuteten Ideal. Es kann folglich nicht davon ausgegangen werden, dass sich alle Teilnehmer:innen mit demselben bzw. einem ähnlichen Ideal verglichen haben und damit dieselbe ‚Intervention‘ erhielten. Allerdings ist dies auch nicht zwingend notwendig, da jede Art von Idealvorstellung Schamgefühle auslösen kann und mit der Aufforderung sich mit seinem persönlichen Ideal zu vergleichen wurden der Vorstellungskraft der Proband:innen keine unnötigen Grenzen gesetzt und es war möglich verschiedene Idealvorstellungen von der psychotherapeutischen Profession miteinzubeziehen, was letztlich ein realistischeres Bild der Realität darstellt. Ein offenes Antwortformat hätte hier noch einen vertiefenden Einblick in die unterschiedlichen Idealvorstellungen der Teilnehmenden geben können. Für künftige Forschung wäre daher eine explorative Befragung von Psychotherapeut:innen in Ausbildung interessant, die Aufschluss darüber geben könnte, ob es überhaupt eine Art einheitliche Idealvorstellung von dem psychotherapeutischen Beruf gibt bzw. wie diese aussieht.

Zuletzt kann angemerkt werden, dass die vorliegende Studie nicht unter Experimentalbedingungen stattgefunden hat, weshalb kein kausalen Schlüsse gezogen werden

können. Zudem gibt es keine direkte Vergleichsgruppe. Künftige Studien könnten bspw. parallel Proband:innen aus verschiedenen Berufsfeldern befragen, um einen ausführlichen und direkten Vergleich unter denselben Bedingungen zu ermöglichen.

4.3 Ausblick

Mit Blick auf die Ergebnisse dieser Arbeit und der Studie von Castro und Kolleg:innen (2004) kann davon ausgegangen werden, dass bei Psychotherapeut:innen in Ausbildung ein positiver Zusammenhang zwischen Parentifizierungserfahrungen und Imposter-Gefühlen besteht. Auch wenn nicht bestätigt werden konnte, dass die angehenden Psychotherapeut:innen mehr Parentifizierung erlebt haben als andere Berufsgruppen, so zeugt der ermittelte Zusammenhang dennoch von einem spezifischen Bedarf an Methoden zur Bearbeitung von Parentifizierungserfahrungen und Imposter-Gefühlen. Beide Phänomene können die therapeutische Arbeit mit den Klient:innen nachhaltig negativ beeinflussen, weshalb es umso wichtiger ist den betroffenen Psychotherapeut:innen in Ausbildung das notwendige Wissen zu vermitteln, das ihnen helfen kann ihre eigenen Mechanismen besser zu verstehen, um sie zugleich im Rahmen der Selbsterfahrung bearbeiten zu können.

Dass eine gewisse Idealvorstellung von der psychotherapeutischen Profession Schamgefühle bei den Auszubildenden auslöst, konnte nicht eindeutig festgestellt werden. Jedoch konnte ein stark positiver Zusammenhang zwischen Scham- und Imposter-Gefühlen ausgemacht werden. Es erscheint daher auch hier wichtig präventiv vorzusorgen und im Rahmen der Ausbildung zu vermitteln, dass auch Psychotherapeut:innen trotz ihres Expertentums für seelische Gesundheit nicht vor Lebenskrisen oder traumatischen Erfahrungen geschützt sind. Ein von Beginn an offener Umgang damit kann helfen die Entstehung von Schamgefühlen zu verhindern bzw. bestehende Schamgefühle einzudämmen und damit möglicherweise auch Imposter-Gefühle zu mildern.

Es zeigte sich zudem ein Interaktionseffekt von Parentifizierung und Scham, wodurch die Existenz von Imposter-Gefühlen etwas besser erklärt werden konnte als allein durch Parentifizierung oder Scham, allerdings nur bei niedriger Scham-Ausprägung. Mit Blick auf die Herausforderungen bei der Auswertung der Messinstrumente (speziell PQ) erscheint deshalb eine Wiederholung der Studie mit anderen Fragebögen sinnvoll. Da sich bereits jetzt schon wichtige Erkenntnisse ermitteln ließen, besteht die Chance mit einer erneuten Durchführung noch eindeutiger Ergebnisse zu erhalten. Im Zuge dessen könnte auch die Entwicklung narzisstischer und masochistischer Charakterzüge infolge von Parentifizierung

näher untersucht werden, da je nach Ausprägung des jeweiligen Persönlichkeitsstils unterschiedliche therapeutische Interventionen hilfreich sein könnten.

Die Vertiefung der Forschung zur psychischen Gesundheit von Behandler:innen erweist sich in Anbetracht der bestehenden Forschungsliteratur und der hier gewonnenen Ergebnisse als notwendig. Weil die hier behandelten Phänomene – Parentifizierung, Imposter-Phänomen und Scham – so komplex und vielschichtig sind, reicht eine Studie nicht aus, um die nötigen Erkenntnisse zu gewinnen. Mithilfe qualitativer Methoden oder Mixed-Method Ansätzen könnte in Zukunft ein plastischeres Bild der Erfahrungswelten von Psychotherapeut:innen in Ausbildung gewonnen werden.

Parentifizierungserfahrungen, Imposter- und Schamgefühle können das eigene Selbstwertgefühl, das schon allein durch die Ausbildung besonders herausgefordert ist, zusätzlich beeinträchtigen. Da es zu den drei Konstrukten im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Profession noch wenig vertiefende empirische Forschung gibt, kann vermutet werden, dass ein spezifischer Fokus darauf in den Ausbildungscurricula fehlt. Vertiefende Erkenntnisse könnten dabei helfen mögliche Anpassungen an die speziellen Bedürfnisse der Auszubildenden vorzunehmen.

Dabei könnte es für PiA mit Parentifizierungserfahrungen besonders wichtig sein, zunächst den Ursprung ihrer Motivation für den therapeutischen Beruf zu klären und zu hinterfragen. Liegt dieser bspw. in der Erfahrung schon als Kind als familiäre:r Berater:in fungiert zu haben, kann es im nächsten Schritt hilfreich sein, sich der eigenen narzisstisch unerfüllten Bedürfnisse bewusst zu werden. Diese Bewusstwerdung kann bereits helfen eine mögliche narzisstische Kollusion mit den Klient:innen zu vermeiden und so in der Lage zu sein sie angemessen zu spiegeln und Gegenübertragungsmechanismen zu beachten (Halewood & Tribe, 2003). Zugleich hilft sie den Auszubildenden selbst, Grenzen zu setzen und ihre Bedürfnisse zu erkennen und zu befriedigen, um damit einen möglichen Burnout zu verhindern (Halewood & Tribe, 2003). Eine eigene Therapie mit dem Fokus auf einer korrigierenden Beziehungserfahrung kann hier ebenfalls eine in Betracht zu ziehende Möglichkeit sein. Eine persönliche therapeutische Auseinandersetzung mit den eigenen Mechanismen kann auch in Bezug auf Imposter-Gefühle sehr wertvoll sein, wie bspw. speziell im Rahmen einer Narrativen Therapie mit Techniken der interpersonellen Neurobiologie. Dabei kann mithilfe des:der Supervisor:in die eigene, negativ konnotierte Geschichte in eine neue, adaptive umgestaltet werden (DeCandia Vitoria, 2021). Da sich das Imposter-Phänomen aus einer Angst vor der Enttarnung durch andere speist, können zudem Interventionen im Gruppensetting besonders

effektiv sein. Innerhalb der Gruppe können an anderen Personen die eigenen Überzeugungen überprüft und die authentische Persönlichkeit getestet werden (Clance & Imes, 1978). Damit einhergehend kann sich das Gruppensetting auch gut für die Reduzierung von Schamgefühlen eignen. Da diese erst in Beziehung zu anderen Menschen entstehen, können sie besonders gut im Kontakt mit anderen abgebaut werden (Shapiro & Powers, 2011). Der Austausch über mögliche unerreichte Ideale könnte dabei besonders wertvoll sein.

Mithilfe dieser Ansätze können Psychotherapeut:innen in Ausbildung, die Parentifizierung erfahren haben und/oder Imposter- und Schamgefühle erleben, dazu befähigt werden, gut für sich zu sorgen und ihre eigenen unerfüllten Bedürfnisse nicht an ihre Klient:innen zu übertragen, womit eine nachhaltig angemessene Ausführung der therapeutischen Arbeit gewährleistet werden kann.

REFERENZEN

- Ackerman, N. W. (1966). *Treating the troubled family*. Basic Books.
- Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(2), 185–195. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.2.185>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, *44*(4), 709–716. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709>
- Auerbach, J. S. (1990). Narcissism: Reflections on others' images of an elusive concept [Review of the books: *Narcissistic states and the therapeutic process*, *Humanizing the narcissistic style*, & *The many faces of shame*, by S. Bach, S. M. Johnson & D. L. Nathanson, Eds.]. *Psychoanalytic Psychology*, *7*(4), 545–564. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.7.4.545>
- Baranger, D. A. A., Finsaas, M. C., Goldstein, B. L., Vize, C.E., Lynam, D. R., & Olino, T. M. (2022). Tutorial: Power analyses for interaction effects in cross-sectional regressions. *PsyArxiv*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/5ptd7>
- Barnett, B., & Parker, G. (1998). The parentified child: Early competence or childhood deprivation? *Child Psychology & Psychiatry Review*, *3*(4), 146–155. <https://doi.org/10.1017/S1360641798001695>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bath, H. (2019). Pain and the unspoken emotion: shame. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, *10*(2-3), 126–141. <https://doi.org/10.18357/ijcyfs102-3201918856>
- Bekir, P., McLellan, T., Childress, A. R., & Gariti, P. (1993). Role reversals in families of substance misusers: A transgenerational phenomenon. *International Journal of the Addictions*, *28*(7), 613–630. <https://doi.org/10.3109/10826089309039652>
- Benoit, D., & Parker, K. C. H. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, *65*(5), 1444–1456. <https://doi.org/10.2307/1131510>
- Bernard, D. L., Hoggard, L. S., & Neblett, E. W. (2018). Racial discrimination, racial identity, and impostor phenomenon: A profile approach. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, *24*(1), 51–61. <https://doi.org/10.1037/cdp0000161>
- Black, B. T. (2013). Relations Among Parentification, Parenting Beliefs, and Parenting Behaviors. *Journal of Student Research*, *2*(1), 52–57. <https://doi.org/10.47611/jsr.v2i1.145>

- Blanz, M. (2015). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit: Grundlagen und Anwendungen*. Kohlhammer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Aufl.). Springer.
- Boszormenyi-Nagy, I. K., & Krasner, B. R. (1986). *Between give and take: A clinical guide to contextual therapy*. Brunner/Maze.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M. (1995). *Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme* (S. A. Gangloff, Trans.; 5th ed.). Klett-Cotta. (Original work published 1973)
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books. (Original work published 1969)
- Bowlby, J. (2005). *The making and breaking of affectional bonds*. Routledge. (Original work published 1989)
- Bravata, D. M., Watts, S. A., Keefer, A. L., Madhusudhan, D. K., Taylor, K. T., Clark, D. M., Nelson, R. S., Cokley, K. O., & Hagg, H. K. (2020). Prevalence, predictors, and treatment of impostor syndrome: a systematic review. *Journal of general internal medicine*, 35(4), 1252–1275. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05364-1>
- Brennan, K. A., Shaver, P. R., & Tobey, A. E. (1991). Attachment styles, gender and parental problem drinking. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8(4), 451–466. <https://doi.org/10.1177/026540759184001>
- Brown, B. (2012). *Daring greatly: How the courage to be vulnerable transforms the way we live, love, parent and lead*. Penguin.
- BMSGPK - Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2023). *Gesundheitsberufe in Österreich*. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=489>
- Bussotti, C. (1990). *The impostor phenomenon: Family roles and environment*. (Doctoral dissertation, Georgia State University, 1990). Dissertation Abstracts International, 51, 4041B.
- Butzer, R. (2022). *Das falsche Selbst*. Dorsch. Lexikon der Psychologie. Retrieved January 9, 2024, from <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/selbst-falsches>
- Byng-Hall, J. (2008). The significance of children fulfilling parental roles: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 30(2), 147–162. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00423.x>
- Casselmann, S. E. (1992). *The impostor phenomenon in medical students: Personality correlates and developmental issues*. (Doctoral dissertation, Old Dominion University, Virginia)

- Consortium for Professional Psychology). *Dissertation Abstracts International*, 53, (5-B).
- Castro, D. M., Jones, R. A., & Mirsalimi, H. (2004). Parentification and the Impostor Phenomenon: An Empirical Investigation. *American Journal of Family Therapy*, 32(3), 205–216. <https://doi.org/10.1080/01926180490425676>
- Chae, J., Piedmont, R. L., Estadt, B. K., & Wick, R. J. (1995). Personological evaluation of Clance's Impostor Phenomenon Scale in a Korean sample. *Journal of Personality Assessment*, 65(3), 468–485. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6503_7
- Champion, J. E., Jaser, S. S., Reeslund, K. L., Simmons, L., Potts, J. E., Shears, A. R., & Compas, B. E. (2009). Caretaking behaviors by adolescent children of mothers with and without a history of depression. *Journal of Family Psychology*, 23(2), 156–166. <https://doi.org/10.1037/a0014978>
- Chase, N. D. (1999). Parentification: An Overview of Theory, Research, and Societal Issues. In N. D. Chase (Ed.), *Burdened Children, Theory, Research and Treatment of Parentification* (pp. 3–33). Sage Publications, Inc.
- Chrousos, G. P., & Mentis, A. A. (2020). Imposter syndrome threatens diversity. *Science (New York, N.Y.)*, 367(6479), 749–750. <https://doi.org/10.1126/science.aba8039>
- Clance, P. R. (1985). *The impostor phenomenon: Overcoming the fear that haunts your success*. Peachtree Publishers.
- Clance, P. R., Dingman, D., Reviere, S. L., & Stober, D. R. (1995). Impostor phenomenon in an interpersonal/social context: Origins and treatment. *Women & Therapy*, 16(4), 79–96. https://doi.org/10.1300/J015v16n04_07
- Clance, P. R., & Imes, S. A. (1978). The imposter phenomenon in high achieving women: Dynamics and therapeutic intervention. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 15(3), 241–247. <https://doi.org/10.1037/h0086006>
- Clance, P. R. & O'Toole, M. A. (1988). The imposter phenomenon: An internal barrier to empowerment and achievement. In E. D. Rothblum & E. Cole (Eds.), *Treating Women's Fear of Failure* (1st ed., pp. 48–61). Haworth Press.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Cohen, T. R., Wolf, S. T., Panter, A. T., & Insko, C. A. (2011). Introducing the GASP scale: A new measure of guilt and shame proneness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(5), 947–966. <https://doi.org/10.1037/a0022641>
- Cokley, K., Awad, G., Smith, L., Jackson, S., Awosogba, O., Hurst, A., Stone, S., Blondeau, L., & Roberts, D. (2015). The roles of gender stigma consciousness, impostor phenomenon and academic self-concept in the academic outcomes of women and men. *Sex Roles: A Journal of Research*, 73(9-10), 414–426. <https://doi.org/10.1007/s11199-015-0516-7>

- Cokley, K., McClain, S., Enciso, A., & Martinez, M. (2013). An examination of the impact of minority status stress and impostor feelings on the mental health of diverse ethnic minority college students. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 41*(2), 82–95. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.2013.00029.x>
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(4), 644–663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- Cotroneo, M. (1986). Families and abuse: A contextual approach. In M. A. Karpel (Ed.), *Family resources* (pp. 413-437). Guilford Press.
- Cotroneo, M. (1988). Women and abuse in the context of the family. In L. Braverman (Ed.), *Women, Feminism and Family* (pp. 81–96). Routledge.
- Cowman, S. E., & Ferrari, J. R. (2002). "Am I for real?" Predicting imposter tendencies from self-handicapping and affective components. *Social Behavior and Personality: An International Journal, 30*(2), 119–126. <https://doi.org/10.2224/sbp.2002.30.2.119>
- Cozolino, L. (2016). *Why therapy works: Using our minds to change our brains*. Norton Professional Books.
- Cozzarelli, C., & Major, B. (1990). Exploring the validity of the impostor phenomenon. *Journal of Social and Clinical Psychology, 9*(4), 401–417. <https://doi.org/10.1521/jscp.1990.9.4.401>
- Crawford, W. S., Shanine, K. K., Whitman, M. V., & Kacmar, K. M. (2016). Examining the impostor phenomenon and work-family conflict. *Journal of Managerial Psychology, 31*(2), 375–390. <https://doi.org/10.1108/JMP-12-2013-0409>
- Dam, K., & Hall, E. O. E. (2016). Navigating in an unpredictable daily life: a metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 30*(3), 442–457. <https://doi.org/10.1111/scs.12285>
- DeCandia Vitoria, A. (2021). Experiential supervision: Healing imposter phenomenon from the inside out. *The Clinical Supervisor, 40*(2), 200–217. <https://doi.org/10.1080/07325223.2020.1830215>
- Deimel, J. (2018). Parentifizierung – Kinder im Spannungsfeld zwischen Machtgefühl und Überforderung. *Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie, 5*(2), 60–72. <https://doi.org/10.15136/2018.5.2.60-72>
- DeYoung, P. A. (2015). *Understanding and treating chronic shame: A relational/neurobiological approach*. Routledge.
- DiCaccavo, A. (2002). Investigating individuals' motivations to become counselling psychologists: The influence of early caretaking roles within the family. *Psychology and psychotherapy, 75*(4), 463–472. <https://doi.org/10.1348/147608302321151943>

- DiCaccavo, A. (2006). Working with parentification: Implications for clients and counselling psychologists. *The British Psychological Society*, 79(3), 469–478. <https://doi.org/10.1348/147608305X57978>
- Earley, L., & Cushway, D. (2002). The parentified child. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2), 163–178. <https://doi.org/10.1177/1359104502007002005>
- Eckler-Hart, A. H. (1987). True and false self in the development of the psychotherapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(4), 683–692. <https://doi.org/10.1037/h0085768>
- Eid, M., Gollwitzer, M., & Schmitt, M. (2017). *Statistik und Forschungsmethoden* (5th ed.). Beltz.
- Elkind, D. (1981). *The hurried child: Growing up too fast*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Elliot, D. M., & Guy, J. D. (1993). Mental health professionals versus non-mental-health professionals: Childhood trauma and adult functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(1), 83–90. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.1.83>
- Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle: Selected papers. *Psychological Issues*, 1, 1–171.
- Espinosa da Silva, C., Pines, H. A., Patterson, T. L., Semple, S., Harvey-Vera, A., Strathdee, S. A., Martinez, G., Pitpitan, E., & Smith, L. R. (2022). Psychometric evaluation of the Personal Feelings Questionnaire–2 (PFQ-2), Shame Subscale Among Spanish-Speaking Female Sex Workers in Mexico. *Assessment*, 29(3), 488–498. <https://doi.org/10.1177/1073191120981768>
- Feeney, J. A., & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2), 281–291. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.2.281>
- Feenstra, S., Begeny, C. T., Ryan, M. K., Rink, F. A., Stoker, J. I., & Jordan, J. (2020). Contextualizing the impostor “syndrome”. *Frontiers in Psychology*, 11, 575024. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.575024>
- Fitzgerald, M. M., Schneider, R. A., Salstrom, S., Zinzow, H. M., Jackson, J., & Fossel, R. V. (2008). Child sexual abuse, early family risk, and childhood parentification: Pathways to current psychosocial adjustment. *Journal of Family Psychology*, 22(2), 320–324. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.2.320>
- Ford, E. S. C. (1963). Being and becoming a psychotherapist: The search for identity. *American Journal of Psychotherapy*, 17(3), 472–482. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1963.17.3.472>
- Fussell, F. W., & Bonney, W. C. (1990). A comparative study of childhood experiences of psychotherapists and physicists: Implications for clinical practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(4), 505–512. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.4.505>

- Garbarino, J., & Sherman, D. (1980). High-risk neighborhoods and high-risk families: The human ecology of child maltreatment. *Child Development*, 51(1), 188–198. <https://doi.org/10.2307/1129606>
- Gardner, R. G., Bednar, J. S., Stewart, B. W., Oldroyd, J. B., & Moore, J. (2019). “I must have slipped through the cracks somehow”: An examination of coping with perceived impostorism and the role of social support. *Journal of Vocational Behavior*, 115, 103337. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvb.2019.103337>
- Gladstone, Brenda McConnell, Boydell, Katherine M., & McKeever, Patricia (2006). Recasting research into children's experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience. *Social Science & Medicine*, 62(10), 2540–2550. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.038>
- Glickauf-Hughes, C., & Mehlman, E. (1995). Narcissistic issues in therapists: Diagnostic and treatment considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(2), 213–221. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.32.2.213>
- Glickauf-Hughes, C., & Wells, M. (1997). *Object relations therapy: An individualized and interactive approach to diagnosis and treatment*. Jason Aronson.
- Goldberg, C. (1988). Replacing moral masochism with a shame paradigm in psychoanalysis. *Dynamic Psychotherapy*, 6(2), 114–123.
- Gracer, A. D. (1993). *Parentification, narcissistic vulnerability, empathy, and the choice of a helping profession*. Unpublished doctoral dissertation, Adelphi University, New York.
- Graf, J., & Frank, R. (2001). Parentifizierung: Die Last, als Kind die eigenen Eltern zu bemuttern. In Walper, Sabine & Pekrun Reinhard (Eds.), (2001). *Familie und Entwicklung. Aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie* (pp. 314–341). Hogrefe.
- Gramzow, R., & Tangney, J. P. (1992). Proneness to shame and the narcissistic personality. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(3), 369–376. <https://doi.org/10.1177/0146167292183014>
- Groß, A. (2012). Die Bowen'sche Familiensystemtheorie: Eine Einführung in Theorie und Praxis, *Kontext*, 43(1). <https://doi.org/10.13109/KONT.2012.43.1.4>
- Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist: the impact of clinical practice on the therapist's intimate relationships and emotional well-being*. Wiley.
- Haag, Karl (2006). *Wenn Mütter zu sehr lieben. Verstrickung und Missbrauch in der Mutter-Sohn-Beziehung*. Kohlhammer.
- Halewood, A., & Tribe, R. (2003). What is the prevalence of narcissistic injury among trainee counselling psychologists?. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(1), 87–102. <https://doi.org/10.1348/14760830260569274>
- Hahm, S., Speerforck, S., Fleischer, T., Grabe, H. J., Beutel, M., & Schomerus, G. (2020). Die Effekte von Geschlecht, Bildung und Einkommen auf antizipierte Scham bei

- psychischen Erkrankungen – Ergebnisse einer deutschen Bevölkerungsstudie. *Psychiatrische Praxis*, 47(03), 142–147. <https://doi.org/10.1055/a-1081-7614>
- Harder, D. H., & Zalma, A. (1990). Two promising shame and guilt scales: a construct validity comparison. *Journal of personality assessment*, 55(3-4), 729–745. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674108>
- Harvey, J. C., & Katz, C. (1985). *If I'm so successful, why do I feel like a fake? The Impostor Phenomenon*. St. Martin's Press.
- Hausser, A. A. (2012). Die Parentifizierung von Kindern bei psychisch kranken und psychisch gesunden Eltern und die psychische Gesundheit der parentifizierten Kinder [Dissertation, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf]. *Elektronische Dissertationen und Habilitationen der SUB Hamburg*. <https://ediss.sub.uni-hamburg.de/handle/ediss/5171>
- Haxhe S. (2016). Parentification and related processes: Distinction and implications for clinical practice. *Journal of Family Psychotherapy*, 27(3), 185–199. doi:10.1080/08975353.2016.1199768
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Henning, K., Ey, S., & Shaw, D. (1998). Perfectionism, the impostor phenomenon and psychological adjustment in medical, dental, nursing and pharmacy students. *Medical Education*, 32(5), 456–464. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.1998.00234.x>
- Hibbard, S. (1992). Narcissism, shame, masochism, and object relations: An exploratory correlational study. *Psychoanalytic Psychology*, 9(4), 489–508. <https://doi.org/10.1037/h0079392>
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319–340. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319>
- Hoang, Q. (2013). The impostor phenomenon: Overcoming internalized barriers and recognizing achievements. *The Vermont Connection*, 34 (6), 42–51. <https://scholarworks.uvm.edu/tvc/vol34/iss1/6>
- Hooper, L. M. (2007a). The application of attachment theory and family systems theory to the phenomena of parentification. *The Family Journal*, 15(3), 217–223. <https://doi.org/10.1177/1066480707301290>
- Hooper, L. M. (2007b). Expanding the discussion regarding parentification and its varied outcomes: Implications for mental health research and practice. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(4), 322–337. <https://doi.org/10.17744/mehc.29.4.48511m0tk22054j5>
- Hooper, L. M. (2008). Defining and understanding parentification: Implications for all counselors. *The Alabama Counseling Association Journal*, 34(1), 34–43.

- Hooper, L. M. (2017). Parentification. In: R. J. R. Levesque (Ed.) *Encyclopedia of Adolescence*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-32132-5_169-2s
- Hooper, L. M., Decoster, J., White, N., & Voltz, M. L. (2011). Characterizing the magnitude of the relation between self-reported childhood parentification and adult psychopathology: a meta-analysis. *Journal of clinical psychology, 67*(10), 1028–1043. <https://doi.org/10.1002/jclp.20807>
- Hooper, L. M., Doehler, K., Wallace, S. A., & Hannah, N. J. (2011). The Parentification Inventory: Development, validation, and cross-validation. *American Journal of Family Therapy, 39*(3), 226–241. <https://doi.org/10.1080/01926187.2010.531652>
- Hooper, L. M., Marotta, S. A., & DePuy, V. (2009). A confirmatory factor analytic study of the Posttraumatic Growth Inventory among a sample of racially diverse college students. *Journal of Mental Health, 18*(4), 335–343. <https://doi.org/10.1080/09638230802522502>
- Hooper, L. M., Marotta, S. A., & Lanthier, R. P. (2008). Predictors of growth and distress following childhood parentification: A retrospective exploratory study. *Journal of Child and Family Studies, 17*(5), 693–705. <https://doi.org/10.1007/s10826-007-9184-8>
- Hooper, L. M., & Wallace, S. A. (2010). Evaluating the parentification questionnaire: Psychometric properties and psychopathology correlates. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 32*(1), 52–68. <https://doi.org/10.1007/s10591-009-9103-9>
- Hooper, L. M., Wallace, S. A., Doehler, K., & Dantzler, J. (2012). Parentification, ethnic identity, and psychological health in Black and White American college students: Implications of family-of-origin and cultural factors. *Journal of Comparative Family Studies, 43*(6), 811–835.
- Hudson, S., & González-Gómez, H. V. (2021). Can impostors thrive at work? The impostor phenomenon's role in work and career outcomes. *Journal of Vocational Behavior, 128*, <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2021.103601>
- Hutchins, H. M., Penney, L. M., & Sublett, L. W. (2018). What imposters risk at work: Exploring imposter phenomenon, stress coping, and job outcomes. *Human Resource Development Quarterly, 29*(1), 31–48. <https://doi.org/10.1002/hrdq.21304>
- Ibrahim, F., Münscher, J. C., & Herzberg, P. Y. (2021). Examining the Impostor-Profile – Is there a general impostor characteristic?. *Frontiers in psychology, 12*, 720072. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.720072>
- Iktidar, M. A., Ara, R., Roy, S., Ahmed, M., Chowdhury, S., Eva, F. N., Trisha, S. M., & Sharif, A. B. (2023). Imposter phenomenon among health professionals and students: A protocol for systematic review and meta analysis. *Medicine, 102*(29), e34364. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034364>
- Jacobvitz, D. B., & Bush, N. F. (1996). Reconstructions of family relationships: Parent–child alliances, personal distress, and self-esteem. *Developmental Psychology, 32*(4), 732–743. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.32.4.732>

- Jaeggi, E. (2001). *Und wer therapiert die Therapeuten?* Klett-Cotta.
- Jensen, L. E., & Deemer, E. D. (2020). Attachment style and self-handicapping: The mediating role of the imposter phenomenon. *Social Psychology of Education: An International Journal*, 23(5), 1259–1276. <https://doi.org/10.1007/s11218-020-09580-0>
- Jones, R., & Wells, M. (1996). An empirical study of parentification and personality. *The American Journal of Family Therapy*, 24, 145–152.
- Jurkovic, G. J. (1997). *Lost childhoods: The plight of the parentified child*. Brunner/Mazel.
- Jurkovic, G. J., & Casey, S. (2000, March). Parentification in immigrant Latino adolescents. In G. P. Kuperminc (Chair), *Proyecto Juventud: A multidisciplinary study of immigrant latino adolescents*. Symposium conducted at the meeting of the Society for Applied Anthropology, San Francisco, CA.
- Jurkovic, G. J., & Thirkield, A. (1998). *Parentification questionnaire* (Available from G. J. Jurkovic, Department of Psychology, Georgia State University, University Plaza, Atlanta, GA 30303).
- Jurkovic, G. J., & Thirkield, A. (1999). *Filial Responsibility Scale--Adult (FRS-A)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t17803-000>
- Jurkovic, G. J., Morrell, R., & Thirkield, A. (1999). Assessing childhood parentification: Guidelines for researchers and clinicians. In N. Chase (Ed.), *Burdened children* (pp. 92-113). The Guilford Press.
- Jurkovic, G. J., Thirkield, A., & Morrell, R. (2001). Parentification of Adult Children of Divorce: A Multidimensional Analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 245–257. <https://doi.org/10.1023/A:1010349925974>
- Kabat, R. (1996). A role-reversal in the mother-daughter relationship. *Clinical Social Work Journal*, 24(3), 255–269. <https://doi.org/10.1007/BF02190554>
- Kapfhammer, H.-P. (1995). Das Konzept der psychosozialen Anpassung. In: *Psychosoziale Entwicklung im jungen Erwachsenenalter. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie*. Springer, 77. https://doi.org/10.1007/978-3-642-79594-7_3
- Karpel, M. (1976). Individuation: From fusion to dialogue. *Family Process*, 15(1), 65–82. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1976.00065.x>
- Karpel, M. A. (1977). Intrapyschic and interpersonal processes in the parentification of children [Doctoral dissertation, University of Massachusetts]. *Dissertation Abstracts International*, 38, 365 (University Microfilms No. 77-15090)
- Kerr, M. E., & Bowen, M. (1988). *Family evaluation: An approach based on Bowen theory*. W. W. Norton & Co.
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*, 59(1), 135–146. <https://doi.org/10.2307/1130395>

- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* University of Chicago Press.
- Kolligian, J., & Sternberg, R. J. (1991). Perceived fraudulence in young adults: Is there an "impostor syndrome"? *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 308–326. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5602_10
- Kuperminc, G. P., Jurkovic, G. J., & Casey, S. (2009). Relation of filial responsibility to the personal and social adjustment of Latino adolescents from immigrant families. *Journal of Family Psychology*, 23(1), 14–22. <https://doi.org/10.1037/a0014064>
- Kurtzman, H. S. (1999). Self-reporting of health behaviors and psychiatric symptoms. In A. A. Stone, C. A. Bachrach, J. B. Jobe, H. S. Kurtzman & V. S. Cain (Eds.), *The science of self-report: Implications for research and practice* (pp. 227–228). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781410601261>
- Lackie, B. (1983). The families of origin of social workers. *Clinical Social Work Journal*, 11(4), 309–322. <https://doi.org/10.1007/BF00755898>
- LaDonna, K. A., Ginsburg, S., & Watling, C. (2018). Rising to the level of your incompetence: What physician's self-assessment of their performance reveals about the imposter syndrome in medicine. *Academic Medicine*, 93(5), 763–768. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002046>
- Langford, J., & Clance, P. R. (1993). The imposter phenomenon: Recent research findings regarding dynamics, personality and family patterns and their implications for treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(3), 495–501. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.30.3.495>
- Leary, M. R., Patton, K. M., Orlando, A. E., & Funk, W. W. (2000). The imposter phenomenon: self-perceptions, reflected appraisals, and interpersonal strategies. *Journal of personality*, 68(4), 725–756. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00114>
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. International Universities Press.
- Li, S., Hughes, J. L., & Thu, S. M. (2014). The links between parenting styles and imposter phenomenon. *Psi Chi Journal of Psychological Research*, 19(2), 50–57.
- Liechti, J., & Liechti-Darbellay, M. (2001). *Im Konflikt und doch verbunden. Der systemtherapeutische Einbezug von Angehörigen – Ressource und Herausforderung*. Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Longest, K. C., & Shanahan, M. J. (2007). Adolescent work intensity and substance use: The mediational and moderational roles of parenting. *Journal of Marriage and Family*, 69(3), 703–720. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00401.x>
- Lowen, A. (1985). *Narcissism: Denial of the true self*. Macmillan.

- Mahler M. S. (1967). On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(4), 740–763. <https://doi.org/10.1177/000306516701500401>
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. Basic Books. <https://doi.org/10.4324/9780429482915>
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161–182). The University of Chicago Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121–160). The University of Chicago Press.
- Mak, K. K. L., Kleitman, S., & Abbott, M. J. (2019). Impostor phenomenon measurement scales: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 671. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00671>
- McClain, S., Beasley, S. T., Jones, B., Awosogba, O., Jackson, S., & Cokley, K. (2016). An examination of the impact of racial and ethnic identity, impostor feelings, and minority status stress on the mental health of black college students. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 44(2), 101–117. <https://doi.org/10.1002/jmcd.12040>
- McElwee, R. O. B., and Yurak, T. J. (2007). Feeling versus acting like an impostor: Real feelings of fraudulence or self-presentation? *Individual Differences Research*, 5(3), 201–220.
- McElwee, R. O., & Yurak, T. (2010). The phenomenology of the impostor phenomenon. *Individual Differences Research*, 8(3), 184–197.
- McGregor, L. N., Gee, D. E., & Posey, K. E. (2008). I feel like a fraud and it depresses me: The relation between the imposter phenomenon and depression. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 36(1), 43–48. <https://doi.org/10.2224/sbp.2008.36.1.43>
- McMahon, T. J., & Luthar, S. S. (2007). Defining characteristics and potential consequences of caretaking burden among children living in urban poverty. *The American journal of orthopsychiatry*, 77(2), 267–281. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.2.267>
- Miller, A. (1979). The drama of the gifted child and the psycho-analyst's narcissistic disturbance. *The International Journal of Psychoanalysis*, 60(1), 47–58.
- Miller, A. (1981). *The drama of the gifted child*. Basic Books.
- Mika, P., Bergner, R. M., & Baum, M. C. (1987). The development of a scale for the assessment of parentification. *Family Therapy*, 14(3), 229–235.

- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Harvard University Press.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B., Rosman, B., & Schumer, F. (1967). *Families of the slums*. Basic Books.
- Mollon, P. (1989). Anxiety, supervision and a space for thinking: Some narcissistic perils for clinical psychologists in learning psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 62(2), 113–122. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1989.tb02818.x>
- Morrison, A. P. (1983). Shame, ideal self, and narcissism. *Contemporary Psychoanalysis*, 19(2), 295–318. <https://doi.org/10.1080/00107530.1983.10746610>
- Morrison, A. P. (1998). *The culture of shame*. Jason Aronson Inc.
- Nathanson, D. L. (Ed.). (1987). *The many faces of shame*. Guilford Press.
- Nathanson, D. L. (1994). *Shame and pride: Affect, sex, and the birth of the self*. Norton.
- Neckel, S. (2009). Soziologie der Scham. In A. Schäfer & C. Thompson (Eds.) *Scham* (1st ed., pp. 103–118). Pädagogik-Perspektiven.
- Neureiter, M., & Traut-Mattausch, E. (2016). An inner barrier to career development: Preconditions of the impostor phenomenon and consequences for career development. *Frontiers in Psychology*, 7, Article 48. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00048>
- Neureiter, M., & Traut-Mattausch, E. (2017). Two sides of the career resources coin: Career adaptability resources and the impostor phenomenon. *Journal of Vocational Behavior*, 98, 56–69. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2016.10.002>
- Nikčević, A. V., Kramolisova-Advani, J., & Spada, M. M. (2007). Early childhood experiences and current emotional distress: What do they tell us about aspiring psychologists? *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 141(1), 25–34. <https://doi.org/10.3200/JRLP.141.1.25-34>
- Orenstein, G. A., & Lewis, L. (2022). Eriksons Stages of Psychosocial Development. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. Bookshelf ID: NBK556096.
- Orlinsky, D. E. (2022). *How psychotherapists live the personal self and private life of professional healers*. Routledge.
- Pákozdy, C., Askew, J., Dyer, J., Gately, P., Martin, L., Mavor, K. I., & Brown, G. R. (2023). The imposter phenomenon and its relationship with self-efficacy, perfectionism and happiness in university students. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04672-4>
- Parkman, A. (2016). The Imposter Phenomenon in Higher Education: Incidence and Impact. *Journal of Higher Education Theory and Practice*, 16(1).

- Polz, J. (2018). Wenn Kinder zu Eltern werden. Parentifizierung als Chance oder Risikofaktor für die kindliche Entwicklung. *Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie*, 5(2), 47–59. <https://doi.org/10.15136/2018.5.2.47-59>
- Questback GmbH. (2023). *EFS Survey*, Version Spring 2023. Köln: Questback GmbH.
- Raithel, J., Dollinger, B., & Hörmann, G. (2009). *Einführung in die Pädagogik*. (3rd. Ed.). Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rohrmann, S. (2019). *Wenn große Angst zu großen Selbstzweifeln führt. Das Hochstapler-Selbstkonzept und seine Auswirkungen*. Hogrefe.
- Rizq, R., & Target, M. (2010). 'If that's what I need, it could be what someone else needs.' Exploring the role of attachment and reflective function in counselling psychologists' accounts of how they use personal therapy in clinical practice: A mixed methods study. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38(4), 459–481. <https://doi.org/10.1080/03069885.2010.503699>
- Sakulku, J., & Alexander, J. (2011). The imposter phenomenon. *International Journal of Behavioral Science*, 6(1), 73–92. <https://doi.org/10.14456/ijbs.2011.6>
- Scaer, R. (2005). *The trauma spectrum: Hidden wounds and human resiliency*. W.W. Norton.
- Scheel, C. N., Bender, C., Tuschen-Caffier, B., & Jacob, G. A. (2013). Shame-Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung positiver und negativer Aspekte von Scham. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 280–290. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000228>
- Schier, K., Herke, M., Nickel, R., Egle, U. T., & Hardt, J. (2015). Long-term sequelae of emotional parentification: A cross-validation study using sequences of regressions. *Journal of Child and Family Studies*, 24(5), 1307–1321. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9938-z>
- Sessions, M. W. (1986). *Influence of parentification on professional role choice and interpersonal style*. Georgia State University.
- Sessions, M. W., & Jurkovic, G. J. (1986). The Parentification Questionnaire. In G. J. Jurkovic (Ed.), *Lost childhoods: The plight of the parentified child* (pp. 219–222). Brunner/Mazel.
- Shapiro, E. L., & Powers, T. A. (2011). Shame and the paradox of group therapy. In R. L. Dearing & J. P. Tangney (Eds.), *Shame in the therapy hour* (pp. 115–135). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12326-005>
- Shifren, K. (2001). Early caregiving and adult depression: Good news for young caregivers. *The Gerontologist*, 41(2), 188–190. <https://doi.org/10.1093/geront/41.2.188>
- Siegel, D. J. (2020). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (3rd ed.). The Guilford Press.

- Sightler, K. W., & Wilson, M. G. (2001). Correlates of the impostor phenomenon among undergraduate entrepreneurs. *Psychological Reports*, 88(3), 679–689. <https://doi.org/10.2466/pr0.2001.88.3.679>
- Smothers, D.B. (2010). Self object. In: D.A. Leeming, K. Madden & S. Marlan (Eds.), *Encyclopedia of Psychology and Religion*. Springer, MA. https://doi.org/10.1007/978-0-387-71802-6_627
- Slank, S. (2019). Rethinking the imposter phenomenon. *Ethical Theory and Moral Practice*, 22(1), 205–218. <http://doi.org/10.1007/s10677-019-09984-8>
- Soloski, K.L., Turns, B., Schleiden, C., Macey, P. (2016). Parentified Child in Family Systems. In: J. Lebow, A. Chambers & D. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-15877-8_479-1
- Sonnak, C., & Towell, T. (2001). The impostor phenomenon in British university students: Relationships between self-esteem, mental health, parental rearing style and socioeconomic status. *Personality and Individual Differences*, 31(6), 863–874. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00184-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00184-7)
- Stein, J. A., Riedel, M., & Rotheram-Borus, M. J. (1999). Parentification and its impact on adolescent children of parents with AIDS. *Family Process*, 38(2), 193–208. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1999.00193.x>
- Stein, J. A., Rotheram-Borus, M. J., & Lester, P. (2007). Impact of parentification on long-term outcomes among children of parents with HIV/AIDS. *Family Process*, 46(3), 317–333. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00214.x>
- Stern, Daniel (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett Cotta.
- Storr, A. (1979). *The art of psychotherapy*. Butterworth Heinemann.
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99–103. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18
- Sydow, K. (2014). Psychotherapeuten und ihre psychischen Probleme: Forschungsstand zu einem Klischee. *Psychotherapeut*, 59(4), 283–292. <https://doi.org/10.1007/s00278-014-1056-2>
- Tangney, J. P., Burggraf, S. A., & Wagner, P. E. (1995). Shame-proneness, guilt-proneness, and psychological symptoms. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 343–367). Guilford Press.
- Tangney, J. P., Niedenthal, P. M., Covert, M. V., & Barlow, D. H. (1998). Are shame and guilt related to distinct self-discrepancies? A test of Higgins's (1987) hypotheses. *Journal of personality and social psychology*, 75(1), 256–268. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.75.1.256>

- Taubner, S., Ulrich-Manns, S., Klasen, J., Curth, C., Möller, H., & Wolter, S. (2014). Innere Arbeitsmodelle von Bindung und aversive Kindheitserfahrungen bei Psychotherapeuten in Ausbildung. *Psychotherapie Forum*, *19*, 2–12. <https://doi.org/10.1007/s00729-014-0005-4>
- Telzer, E. H., & Fuligni, A. J. (2009). Daily family assistance and the psychological well-being of adolescents from Latin American, Asian, and European backgrounds. *Developmental Psychology*, *45*(4), 1177–1189. <https://doi.org/10.1037/a0014728>
- Titzmann, P. F. (2012). Growing up too soon? Parentification among immigrant and native adolescents in Germany. *Journal of Youth and Adolescence*, *41*(7), 880–893. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9711-1>
- Topping, M. E., & Kimmel, E. B. (1985). The imposter phenomenon: Feeling phony. *Academic Psychology Bulletin*, *7*(2), 213–226.
- Ungar, M., Theron, L., & Didkowsky, N. (2011). Adolescents' precocious and developmentally appropriate contributions to their families' well-being and resilience in five countries. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, *60*(2), 231–246. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2010.00645.x>
- Urwin, J. (2017). Imposter phenomena and experience levels in social work: An initial investigation. *British Journal of Social Work*, *48*(5), 1432–1446. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcx109>
- Valleau, M.P., Berger, R.M., & Horton, C.B. (1995). Parentification and caretaker syndrome: An empirical investigation. *Family Therapy*, *22*, 157–164.
- van der Mijl, R. C. W., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2017). The positive effects of parentification: An exploratory study among students. *Psihologijske Teme*, *26*(2), 417–430.
- Vergauwe, J., Wille, B., Feys, M., De Fruyt, F., & Anseel, F. (2015). Fear of being exposed: The trait-relatedness of the impostor phenomenon and its relevance in the work context. *Journal of Business Psychology*, *30*, 565–581. <https://doi.org/10.1007/s10869-014-9382-5>
- Walker, D. L., & Saklofske, D. H. (2023). Development, factor structure, and psychometric validation of the Impostor Phenomenon Assessment: A novel assessment of impostor phenomenon. *Assessment*, *30*(7), 2162–2183. <https://doi.org/10.1177/10731911221141870>
- Walker, J. P., & Lee, R. E. (1998). Uncovering strengths of children of alcoholic parents. *Journal of Contemporary Family Therapy*, *20*(4), 521–533. <https://doi.org/10.1023/A:1021684317493>
- Wallerstein, J. S. (1985). The overburdened child: Some long-term consequences of divorce. *Social Work*, *30*(2), 116–123. <https://doi.org/10.1093/sw/30.2.116>
- Walsh, S., Shulman, S., Bar-on, Z., & Tsur, A. (2006). The role of parentification and family climate in adaptation among immigrants in Israel. *Journal of Research on Adolescence*, *16*(2), 321–350. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2006.00134.x>

- Wei, M., Liu, S., Ko, S. Y., Wang, C., & Du, Y. (2020). Impostor feelings and psychological distress among Asian Americans: Interpersonal shame and self-compassion. *The Counseling Psychologist, 48*(3), 432–458. <https://doi.org/10.1177/0011000019891992>
- Wells, M., Glickauf-Hughes, C., & Jones, R. (1999). Codependency: A grass roots construct's relationship to shame-proneness, low self-esteem, and childhood parentification. *American Journal of Family Therapy, 27*(1), 63–71. <https://doi.org/10.1080/019261899262104>
- Wells, M., & Jones, R. (1999). Object relations therapy for individuals with narcissistic and masochistic parentification styles. In N. Chase (Ed.), *Burdened children: Theory, research and treatment*. Sage Publications.
- Wells, M., & Jones, R. (2000). Childhood parentification and shame-proneness: A preliminary study. *American Journal of Family Therapy, 28*(1), 19–27. <https://doi.org/10.1080/019261800261789>
- Wells, M., & Miller, R. (2001). High performance, parentification, and personality development from an object relations perspective. In B. E. Robinson & N. D. Chase (Eds.), *High-performing families: Causes, consequences, and clinical solutions* (pp. 95–127). American Counseling Association.
- West, M. L., & Keller, A. E. (1991). Parentification of the child: A case study of Bowlby's compulsive care-giving attachment pattern. *American Journal of Psychotherapy, 45*(3), 425–431. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1991.45.3.425>
- White, S. F. (2001). The impostor phenomenon and self experiences: The role of shame and self-cohesion in perceived fraudulence. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 62*/4-B, 2083.
- Winnicott, D. W. (1958). *Through pediatrics to psychoanalysis*. Hogarth.
- Winnicott, D. W. (1965). *The family and individual development*. Basic Books.
- Winnicott, D. W. (1974). Ichverzerrung in Form des wahren und des falschen Selbst. In D. W. Winnicott, *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt* (S. 182–199). Fischer.
- Zahn-Waxler, C., & Robinson, J. (1995). Empathy and guilt: Early origins of feelings of responsibility. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 143–173). Guilford Press.
- Zeanah, C. H., & Zeanah, P. D. (1989). Intergenerational transmission of maltreatment: Insights from attachment theory and research. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 52*(2), 177–196.
- Zukow-Goldring, P. (2002). Sibling caregiving. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Being and becoming a parent* (2nd ed., pp. 253–286). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Anhang A

Tabelle 1

Neun Faktoren zur Einschätzung von Parentifizierung (nach Jurkovic, 1997)

Parameter	Bedeutung
1. Offenheit (<i>overtness</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Verhaltensmuster, die offenkundig Überverantwortung und Fürsorge seitens des Kindes darstellen → direkte, keine indirekte Fürsorge
2. Art der Rollenzuweisung (<i>type of role assignments</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentell: <ul style="list-style-type: none"> - konkrete, funktionale Aufgaben - für physische Aufrechterhaltung und Unterstützung der Familie notwendig - Emotional: <ul style="list-style-type: none"> - Sich um die sozio-emotionalen Bedürfnisse der Familie kümmern
3. Ausmaß der Verantwortung (<i>extent of responsibility</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Ausmaß und Dauer: <ul style="list-style-type: none"> - gehen über situative Anpassung hinaus und werden chronisch - zu geringe Verantwortung
4. Objekt der Fürsorge (<i>object of caretaking</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Mutter, Vater, Geschwister - Anzahl der Familienmitglieder: mehrere Familienmitglieder, eheliches Subsystem, ganze Familie (Karpel, 1976) - Gleichgeschlechtlich (Mutter-Tochter, Vater-Sohn) oder gegengeschlechtlich (Mutter-Sohn, Vater-Tochter)
5. Altersangemessenheit (<i>age appropriateness</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklungsstand des Kindes - Je früher altersunangemessene Aufgaben übernommen werden, desto gravierender die Folgen - Es fehlen die nötigen Ressourcen und die eigene Entwicklung wird gehemmt - Inwieweit wird die übernommene Rolle als Teil der Identität verinnerlicht
6. Verinnerlichung (<i>internalization</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Extreme: vollständig vs. keine - Vollständig → zwanghafte Fürsorgehaltung (Bowlby, 1989/2005) - Keine → Aufgaben sind immer externe Erwartungen, die erfüllt werden müssen
7. familiäre Grenzen (<i>family boundaries</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Zugrunde liegende Transaktionsprozesse (Triangulierung, Verstrickung) - Werden die Grenzen zwischen Selbst und Anderen gewahrt?

Parameter	Bedeutung
8. soziale Legitimität (<i>social legitimacy</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - In welchem soziokulturellen Kontext findet Parentifizierung statt? - Parentifizierung kann in unterschiedlichen Kontexten unterschiedlich adaptiv vs. destruktiv wahrgenommen werden
9. ethische Vertretbarkeit (<i>ethicality</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Definition von Parentifizierung beruht auf ethischen Annahmen - Gleichgewicht der Fairness zwischen Kindern und Bezugspersonen

Tabelle 2

Parameter der Parentifizierung nach Jurkovic (1997)

Destruktiv	Adaptiv	Nicht-parentifiziert	Infantilisierung
unverhältnismäßig erkennbare emotionale/ instrumentelle Aufgaben	unverhältnismäßig erkennbare emotionale/ instrumentelle Aufgaben	mäßig erkennbare emotionale/ instrumentelle Aufgaben	Minimale/Keine erkennbaren emotionale/ instrumentelle Aufgaben
Entsprechen nicht dem Entwicklungsstand		Entsprechen dem Entwicklungsstand	in ihrer Entwicklung unterfordert
Lange Dauer	Kurz oder lang		
Keine Fairness & Wertschätzung; Grenzverletzungen	Fairness & Wertschätzung	Fairness & Wertschätzung; Grenzen gewahrt	Grenzverletzungen, loyale Objekte
Primäre Identitätsidentifikation	Identität nicht an die Rolle gebunden	Aufgaben prägen nicht unangemessen die Identität	Identifikation mit einer unterfunktionalen Rolle

Tabelle 3

Rollenübernahme bei Trennung (nach Deimel, 2018)

Spion	Informationen über den jeweils anderen Elternteil herausfinden
Geheimnisträger	Wissen wird dem Kind anvertraut, dass es nicht weitertragen darf
Liebhaber	Befriedigung der zärtlichen Bedürfnisse der Eltern
Grabstein	Elternteil teilt Sorgen, Gedanken, Belastungen mit dem Kind
Ideales Selbst	Elternteil will eigene Qualitäten durch Leistungen des Kindes beweisen
Fußangel	Elternteil empfindet Kind als Belastung/Freiheitseinschränkung – beneidet anderen Elternteil

Anhang B

Listen der kontaktierten Ausbildungsinstitute und PiA-Foren

ÖSTERREICH	
Systemische Familientherapie	Lehranstalt für Systemische Familientherapie (LA-SF) office@la-sf.at Ansprechpartnerin: Mag. Ruth Krumböck
	Österreichische Arbeitsgemeinschaft für systemische Therapie & systemische Studien (ÖAS) office@oeas.at Ansprechpartnerin: Frau Höher
	Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), Fachsektion Systemische Familientherapie systemischefamilientherapie@oeagg.at Ansprechpartner: Mag. Wolfgang SONNLEITNER wolfgang.sonnleitner@web4me.at
Verhaltenstherapie	Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation (AVM) Ansprechpartnerin: Frau Roswitha Grill office@verhaltenstherapie-avm.at
	Donau-Universität Krems (DUK) margit.dirnberger@donau-uni.ac.at
	Österreichische Gesellschaft für Verhaltenstherapie (ÖGVT) office@oegvt.at Ansprechpartnerin: Frau Dr. Bibiane Schuch
Psychoanalyse/ Psychoanalytische Psychotherapie/ Gruppenpsychoanalyse/ Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie	Arbeitskreis für Psychoanalyse Linz/Graz (APLG) Ansprechpartner: Dr. Stefan Köchel, Administration: stefan.koechel@gmx.at Ansprechpartnerin: Elisabeth Seyfried, Geschäftsführung: Elisabeth.seyfried@gmx.at
	Innsbrucker Arbeitskreis für Psychoanalyse (IAP) psychoanalyse.ibk@aon.at Ansprechpartnerin: Ausbildungsleitung Dr. Brigitte Uhl
	Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse (WAP) psychoanalyse@aon.at Ansprechpartnerin: Marina Dell`mour (Sekretariat)

DEUTSCHLAND

	Bodensee-Institut für systemische Therapie und Beratung post@bodensee-institut.de
Systemische Familientherapie	AsysTh-Ausbildungsinstitut GmbH info@istob-zentrum.de
	Ausbildungsinstitut für Systemische Psychotherapie Augsburg GmbH (AISP) info@aisp-augsburg.de
	MoVa Institut für Moderne Verhaltenstherapie Niedersachsen GmbH Ansprechpartnerin: Dr. Ulrike Lupke ausbildung@movainstitut.de
Verhaltenstherapie	Köln-Bonner-Akademie für Verhaltenstherapie GmbH info@kbav.de
	DAP – Dresdner Akademie für Psychotherapie Ansprechpartner: Dipl.-Psych. Rainer Kroymann contact@dap-dresden.de
Psychoanalyse/ Psychoanalytische Psychotherapie/ Gruppenpsychoanalyse/ Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie	Münchener Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse e. V. (MAP) kontakt@psychoanalyse-map.de
	Institut für Psychotherapie Potsdam GmbH info@ifp-potsdam.com
	Ausbildungsinstitut für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie der WGI gGmbH info@wgi-institut.de

SCHWEIZ

Systemische Familientherapie	<p>Institut für systemische Entwicklung und Fortbildung IEF, Zürich Systemische Psychotherapie ief@ief-zh.ch</p>
	<p>Zentrum für Systemische Therapie und Beratung, Bern Postgraduale Systemische Psychotherapie-weiterbildung bindungs-basiert & emotionsfokussiert info@zsb-bern.ch</p>
	<p>wilob AG, Lenzburg Postgraduale Weiterbildung in Psychotherapie mit systemisch-ressourcen-lösungsorientiertem Schwerpunkt für Einzelne, Paare und Familien kontakt@wilob.ch</p>
Verhaltenstherapie	<p>Philosophische Fakultät, Universität Zürich Postgraduale Weiterbildung in kognitiver Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin weiterbildung@psychologie.uzh.ch</p>
	<p>Postgraduale Studiengänge in Psychotherapie, Basel Weiterbildung in Psychotherapie mit kognitiv- behavioralem Schwerpunkt der PSP info@psp-basel.ch</p>
	<p>Institut für Psychologie, Universität Bern Postgraduales Masterstudium Psychotherapie Weiterbildungsleitung: daniel.regli@unibe.ch Assistentin Weiterbildungsleitung: fabienne.reber@unibe.ch</p>
Psychoanalyse/ Psychoanalytische Psychotherapie/ Gruppenpsychoanalyse/ Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie	<p>Assoziation der Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ASP, Zürich office@agap.info</p>
	<p>Ausbildungszentrum für Psychoanalytische Psychotherapie (AZPP), Basel Postgraduale Weiterbildung in psychoanalytischer Psychotherapie info@azpp.ch</p>
	<p>Freud-Institut Zürich (FIZ), Zürich Postgraduale Weiterbildung in psychoanalytischer Psychotherapie sekretariat@freud-institut.ch</p>

PiA FOREN

pia.forum Berlin

berlin@piaforum.de

PiA-Vertretung NRW

pia.vertretung.nrw@gmail.com

PiA-Bündnis Köln

piabuendnis@gmail.com

PiA in Ostdeutschland

piaost@gmx.de

PiA-Politik-Treffen

info@piapolitik.de

PiA im Streik

kontakt@pia-im-streik.de

Junge Psychotherapeut*innen (JPt) in der
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV)

jpt@dptv.de

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und
Psychologen e. V.

PiA/PiW-Vertreter im Vorstand des VPP: Martin
Krüger (M.Sc. Psychologie)

Kontakt: pia@vpp.org

Ver.di Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
AG Psychotherapeut/innen in Ausbildung (PiA)

Delphine.Pommier@verdi.de

Anhang C

UNTERSUCHUNGSMATERIAL

1. Formular Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Teilnehmende,

ich bedanke mich herzlich für Ihr Interesse an unserer Studie. Damit Sie teilnehmen können, benötige ich Ihr Einverständnis. Bitte lesen Sie sich die folgenden Informationen sorgfältig durch.

Zweck der Studie

Das Ziel dieser Studie ist es, die psychische Gesundheit von Psychotherapeut:innen in Ausbildung zu untersuchen.

Ablauf der Studie

Im Folgenden werden Sie zunächst darum gebeten Ihre soziodemographischen Daten, wie etwa Alter und Geschlecht, anzugeben. Anschließend werden Ihnen zwei Skalen vorgelegt, anhand derer Sie Ihre Erfahrungen darlegen. Sie werden dann gebeten sich ein kurzes Szenario vorzustellen, um anschließend Ihre Emotionen dazu anzugeben. Die Studie wird in etwa 20 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Nutzen einer Teilnahme und Aufwandsentschädigung

Durch Ihre Teilnahme ermöglichen Sie es wissenschaftliche Fragestellungen zu untersuchen und dadurch wissenschaftliche Erkenntnisse zu fördern. Bitte antworten Sie ehrlich und bearbeiten die Aufgaben gewissenhaft.

Risiken und Unannehmlichkeiten der Studie

Die Teilnahme ist mit keinerlei gesundheitlichen Risiken verbunden, Sie werden lediglich gebeten über Ihr persönliches Erleben zu berichten. Es ist möglich, dass durch die Studie negative Gefühle oder Gedanken entstehen. Falls Sie sich unwohl fühlen, können Sie die Studie jederzeit ohne Nachteile abbrechen.

Vertraulichkeit der Daten

Alle Informationen, die wir in dieser Studie sammeln, werden vertraulich behandelt und nur für wissenschaftliche Zwecke verwendet (z.B. in einer wissenschaftlichen Veröffentlichung). Da keine personenbezogenen Daten, insbesondere keine sensiblen Daten gemäß Art. 9 DSGVO, abgefragt werden, sind jegliche Angaben in der Studie von Ihnen anonym und können nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden. Die anonymisierten Daten werden für die Dauer der Studie auf einem passwortgeschützten PC in einem passwortgeschützten Ordner und auf einem passwortgeschützten, externen Speichermedium gesichert. Entsprechend des Code of Conduct der Universität Klagenfurt werden die Daten mindestens 10 Jahre aufbewahrt. Zugang zu den anonymisierten Daten haben nur die Studienleitung und das Forschungsteam.

Freiwilligkeit, Ablehnung ohne Nachteil

Die Teilnahme an der Studie erfolgt auf freiwilliger Basis. Sie können die Studie ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteil jederzeit abbrechen. Die Einwilligung zur Verwendung Ihrer Daten können Sie während der Studienteilnahme jederzeit widerrufen. Die bis dahin erhobenen

Daten werden dadurch nicht automatisch gelöscht. Die Löschung dieser Daten erfolgt nur nach schriftlichem Widerruf der hier erteilten Einwilligung.

Kontaktpersonen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser Studie stehen Ihnen die Studienleitung und das Forschungsteam gern zur Verfügung.

Name der Kontaktperson: Albert, Tina

Adresse: Universität Klagenfurt, Universitätsstraße 65-67, 9020 Klagenfurt am Wörthersee

E-Mail: tialbert@edu.aau.at

Betreuungsperson: Ao.Univ.-Prof. Mag. Dr. Brigitte Jenull

Der Ethikrat der Universität Klagenfurt hat diese Studie evaluiert und am 04.05.2023 genehmigt.

Adresse: Universitätsstraße 65-67, 9020 Klagenfurt am Wörthersee

E-Mail: ethikrat@aau.at

Sollten Sie Fragen zur ethischen Bedenklichkeit dieser Studie haben, wenden Sie sich bitte an den Ethikrat der Universität Klagenfurt.

Datenschutzrechtliche Anfragen richten Sie bitte an: dsb@aau.at

Betroffenenrechte

Die Einwilligung zur Verwendung Ihrer Daten können Sie jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung erfolgten Verarbeitung bis zum Widerruf nicht berührt. Ein Widerruf nach Beendigung ist aufgrund der anonymisierten Speicherung der Daten nicht mehr möglich. Ihnen stehen bezüglich Ihrer bei uns gespeicherten Daten grundsätzlich das Recht auf Auskunft, Richtigstellung, Einschränkung, Übertragbarkeit, Widerspruch und Löschung sowie das Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde zu.

Einwilligungserklärung

Ich habe die vorliegenden Informationen zur Studie vollständig gelesen und verstanden. Weitergehende Fragen wurden mir zu meiner Zufriedenheit von der Studienleitung beantwortet. Ich verstehe, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig erfolgt und dass ich die Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne dabei entstehende Nachteile abbrechen kann.

Durch das Klicken von „Weiter“ stimmen Sie der Einwilligungserklärung zu.

Falls Sie nicht an der Studie teilnehmen wollen, schließen Sie jetzt das Fenster.

2. Fragebögen

Originalmaterial

Parentification Questionnaire (Hooper & Wallace, 2010)

Please read each of the following statements carefully and indicate how characteristic it is of your own experiences.

1 = strongly disagree, 2 = disagree, 3 = neither agree nor disagree, 4 = agree, 5 = strongly agree

Factor I: **Perceived fairness**

1. Members of my family understood me pretty well
2. My parents were very helpful when I had a problem
3. For some reason it was hard for me to trust my parents
4. It often seemed that my feelings weren't taken into account in my family
5. I often felt let down by members of my family
6. I often felt caught in the middle of my parents' conflicts
7. Even though my parents meant well, I could not really depend on them to meet my needs
8. My parents often tried to get me to take their sides in conflicts
9. My parents often criticized my efforts to help out at home

Factor II: **Emotional parentification**

10. It seemed like family members were always bringing me their problems
11. In my family I often made sacrifices that went unnoticed
12. I often felt like a referee in my family
13. At times I felt I was the only one my mother or father could turn to
14. I did a lot of the shopping (e.g., for groceries or clothes) for my family
15. I often felt that my family could not get along without me
16. I helped manage my family's financial affairs (e.g., making decisions about purchases or paying bills)

Factor III: **Instrumental parentification**

17. I was rarely asked to look after my siblings
18. I helped my brothers or sisters a lot with their homework
19. I was frequently responsible for the physical care of some member of my family (e.g., washing, feeding, or dressing him or her)
20. My parents expected me to help discipline my siblings
21. I often did the family's laundry

The Impostor Phenomenon Assessment (Walker & Saklofske, 2023)

Please read each of the following statements carefully and indicate how characteristic it is of your own experiences.

1 = strongly disagree, 2 = moderately disagree, 3 = somewhat disagree, 4 = somewhat agree, 5 = moderately agree, 6 = strongly agree

Doubts About Achievement

1. Even in situations for which I am well-prepared (e.g., studied very hard and long for an examination or worked tirelessly on a project), I still have doubts about my ability to perform well.
2. I often feel that I have to work harder than others to achieve all that I do.
3. I often get “down on myself” when I perform less than perfectly on a task or a problem.
4. I often worry about not succeeding on a task, even though others around me have considerable confidence that I will do well.
5. I often find myself putting more effort into tasks compared with others.
6. When it comes to achieving and attaining goals, I suppose one might call me a “perfectionist”.
7. Others have told me that I often do more than necessary when it comes to completing a task.
8. I often compare my ability to those around me and believe they are more intelligent than I am.
9. When people praise me for something I’ve accomplished, I’m afraid I won’t be able to live up to their expectations of me in the future.
10. When I’ve succeeded at something and received recognition for my accomplishments, I have doubts that I can keep repeating that success.
11. I often feel like I have to put more effort into my tasks because I am not as smart as those around me.
12. I’m often afraid that I will fail at a new assignment or undertaking even though I generally do well at what I attempt.
13. I often find myself spending more time than necessary in completing tasks or assignments.
14. When I’m praised for something, I sometimes wonder if I will be able to do as well the next time.
15. I feel discouraged if I’m not “the best” or at least “very special” in situations that involve achievement.
16. I often worry about whether others will view me as a success or a failure.
17. I tend to remember the incidents where I have not done my best more than those times that I have done my best.
18. I often foresee failure when entering new situations that require a demonstration of my abilities.
19. I avoid evaluations if possible and have a dread of others evaluating me.
20. I try not to get too involved in competitive environments, so it won’t hurt so much if I lose or do poorly.
21. I am often surprised when I perform well on a project or a test.
22. When I receive a compliment, I find it difficult to accept the compliment, and often explain it away or give credit to others.
23. When I receive a compliment about my academic or professional abilities, I sometimes find myself making excuses for explaining away the compliment.
24. I’m afraid people important to me may find out that I’m not as capable as they think I am.
25. Even though I feel that I have a lot of potential, I sometimes feel like an intellectual “fraud” or “phony.”

26. If I'm going to receive a promotion or gain recognition of some kind, I hesitate to tell others until it is an accomplished fact.
27. I often achieve success on a project or test when I have anticipated that I would fail.

Perceived Discrepancy

28. I feel that I have attained my present academic or professional position through "pulling strings" or "having connections."
29. I sometimes think I obtained my present position or gained my present success because I happened to be in the right place at the right time or knew the right people.
30. I often feel I receive praise or grades that I don't deserve.
31. If I get a high grade on a work assignment, I tend to feel that I've fooled my teacher or supervisor.
32. I obtained my present position because of something about me that I didn't work for (e.g., coming from an underrepresented group).
33. Sometimes, I believe that my success in my life or in my job has been the result of some kind of error.
34. At times, I have felt I am in my present position or academic program through some kind of mistake.
35. I often feel that my success has been due to some kind of luck.
36. My achievements have been due more to external factors, such as luck or effort, rather than to my own inherent abilities.
37. On some occasions when someone has praised me for something, I tend to feel that I fooled them.
38. In some situations, I feel like a "great pretender": that is, I'm not as genuine as others think I am.
39. Sometimes, I am afraid I will be discovered for who I really am.
40. I obtained my present position solely because of an affirmative action policy.
41. I often feel I am concealing secrets about my abilities from others.
42. I sometimes feel there's something false or misleading about me that others don't notice.
43. I feel that there is a significant disparity between the "intellectual self" that others perceive and the "intellectual self" that I really am.
44. I have sometimes convinced an important person that I am brighter or more talented than I really am.
45. People tend to believe I am more competent than I really am.
46. At a social event, I sometimes feel that I try to impress people by acting more intelligently than I really feel I am.
47. Significant people in my life tend to believe that I am more academically or professionally competent than I really am.

Self-Handicapping Behaviors

48. I find myself often leaving tasks to the last minute.
49. In preparing for deadlines, I often waste time doing other things.
50. I typically delay getting started on tasks because I worry that I'm not up to the challenge.
51. I worry about my ability to complete a task, and often end up delaying making decisions about the task until it is too late.
52. Mostly, I find that I measure up to the standards that I set for myself. (r)
53. My public and private self are the same person. (r)
54. I rarely do a project or task as well as I'd like to do it.

Personal Feelings Questionnaire 2 (PFQ-2; Harder & Zalma, 1990)

4 = I experience the feeling very strongly, 3 = I experience the feeling strongly, 2 = I experience the feeling moderately, 1 = I experience the feeling a little bit, 0 = I do not experience the feeling

- | | |
|--|---|
| 1. Embarrassment | 12. Feeling “childish” |
| 2. Mild guilt | 13. Mild happiness |
| 3. Feeling ridiculous | 14. Feeling helpless, paralyzed |
| 4. Worry about hurting or injuring someone | 15. Depression |
| 5. Sadness | 16. Feelings of blushing |
| 6. Self-consciousness | 17. Feeling you deserve criticism for what you did. |
| 7. Feeling humiliated | 18. Feeling laughable |
| 8. Intense guilt | 19. Rage |
| 9. Euphoria | 20. Enjoyment |
| 10. Feeling “stupid” | 21. Feeling disgusting to others |
| 11. Regret | 22. Remorse |

Deutsche Übersetzung (finale Übersetzung nach Review und Pretest)

Parentification Questionnaire (Hooper & Wallace, 2010)

Bitte lesen Sie jede der folgenden Aussagen sorgfältig durch und geben Sie an, wie gut sie auf Ihre eigenen Erfahrungen zutrifft.

1 = stimme überhaupt nicht zu, 2 = stimme nicht zu, 3 = stimme weder zu noch nicht zu, 4 = stimme zu, 5 = stimme voll und ganz zu

Faktor I: Wahrgenommene Fairness

1. Die Mitglieder meiner Familie haben mich ziemlich gut verstanden.
2. Meine Eltern waren sehr hilfsbereit, wenn ich ein Problem hatte.
3. Aus irgendeinem Grund war es schwierig für mich, meinen Eltern zu vertrauen.
4. Es schien oft so, als würden meine Gefühle in meiner Familie nicht berücksichtigt.
5. Ich fühlte mich oft von Mitgliedern meiner Familie im Stich gelassen.
6. Ich fühlte mich oft in die Konflikte meiner Eltern verwickelt.
7. Auch wenn meine Eltern es gut meinten, konnte ich mich nicht wirklich darauf verlassen, dass sie meine Bedürfnisse erfüllen.
8. Meine Eltern versuchten oft, mich in Konflikten auf ihre jeweilige Seite zu ziehen.
9. Meine Eltern kritisierten häufig meine Bemühungen, im Haushalt zu helfen.

Faktor II: Emotionale Parentifizierung

10. Es schien, als kämen Familienmitglieder mit ihren Problemen immer zu mir.
11. In meiner Familie brachte ich oft Opfer, die unbemerkt blieben.
12. Ich fühlte mich in meiner Familie oft wie ein:e Schiedsrichter:in.
13. Manchmal hatte ich das Gefühl, der/die Einzige zu sein, an den/die sich meine Mutter oder mein Vater wenden konnte.
14. Ich habe viele Einkäufe für meine Familie erledigt (z. B. Lebensmittel oder Kleidung).
15. Ich hatte oft das Gefühl, dass meine Familie ohne mich nicht zurechtkommen könnte.
16. Ich habe geholfen, die finanziellen Angelegenheiten meiner Familie zu regeln (z. B. Entscheidungen über Anschaffungen oder das Begleichen von Rechnungen).

Faktor III: Instrumentelle Parentifizierung

17. Ich wurde selten gebeten, auf meine Geschwister aufzupassen.
18. Ich habe meinen Brüdern oder Schwestern häufig bei ihren Hausaufgaben geholfen.
19. Ich war häufig für die körperliche Pflege eines Familienmitglieds verantwortlich (z. B. für das Waschen, Füttern oder Ankleiden).
20. Meine Eltern erwarteten von mir, dabei zu helfen, meine Geschwister zu maßregeln.
21. Ich habe mich oft um die Wäsche der Familie gekümmert.

The Impostor Phenomenon Assessment (Walker & Saklofske, 2023)

Bitte lesen Sie jede der folgenden Aussagen sorgfältig durch und geben Sie an, wie gut sie auf Ihre eigenen Erfahrungen zutrifft.

1 = stimme überhaupt nicht zu, 2 = stimme nicht zu, 3 = stimme eher nicht zu, 4 = stimme eher zu, 5 = stimme zu, 6 = stimme voll und ganz zu

Zweifel über die Leistung

1. Sogar in Situationen, auf die ich gut vorbereitet bin (z. B. sehr hart und lange für eine Prüfung gelernt oder unermüdlich an einem Projekt gearbeitet), habe ich noch immer Zweifel an meiner Fähigkeit, gute Leistungen zu erbringen.
2. Ich habe oft das Gefühl, härter arbeiten zu müssen als andere, um all das, was ich tue, zu erreichen.
3. Ich mache mich oft selbst runter, wenn ich eine Aufgabe oder ein Problem nicht perfekt löse.
4. Ich Sorge mich oft, dass mir eine Aufgabe nicht gelingt, auch wenn andere in meinem Umfeld sehr zuversichtlich sind, dass ich sie gut lösen werde.
5. Ich stelle oft fest, dass ich mehr Aufwand für Aufgaben betreibe als andere.
6. Wenn es darum geht, Ziele zu verwirklichen und zu erreichen, könnte man mich wohl als "Perfektionist:in" bezeichnen.
7. Andere haben mir gesagt, dass ich oft mehr tue als nötig, wenn es darum geht eine Aufgabe zu erfüllen.
8. Ich vergleiche meine Fähigkeiten oft mit jenen meiner Mitmenschen und glaube, dass sie intelligenter sind als ich.
9. Wenn man mich für etwas lobt, das ich erreicht habe, befürchte ich, dass ich den Erwartungen, die man in mich setzt, zukünftig nicht gerecht werden kann.
10. Wenn ich bei etwas erfolgreich war und Anerkennung für meine Leistungen erhalten habe, habe ich Zweifel diesen Erfolg wiederholen zu können.
11. Ich habe oft das Gefühl, dass ich mich mehr anstrengen muss, weil ich nicht so schlau bin wie meine Mitmenschen.
12. Ich bin oft besorgt, dass ich an einer neuen Aufgabe oder einem neuen Vorhaben scheitere, obwohl ich in der Regel gut in dem bin, was ich in Angriff nehme.
13. Ich stelle oft fest, dass ich mehr Zeit als nötig mit der Erledigung von Aufgaben oder Aufträgen verbringe.
14. Wenn ich für etwas gelobt werde, frage ich mich manchmal, ob ich es beim nächsten Mal genauso gut hinbekommen kann.
15. Ich fühle mich entmutigt, wenn ich in Situationen, in denen es um Leistung geht, nicht "der/die Beste" oder zumindest "besonders gut" bin.
16. Ich mache mir oft Gedanken darüber, ob andere mich als erfolgreiche Person oder als Versager sehen.
17. Ich neige dazu, mich an Situation, in denen ich nicht mein Bestes gegeben habe, besser zu erinnern als an jene Momente, in denen ich mein Bestes gegeben habe.
18. Ich rechne oft mit dem Scheitern, wenn ich mich in neue Situationen begeben, die es erfordern meine Fähigkeiten unter Beweis zu stellen.
19. Ich vermeide, wenn möglich, Bewertungssituationen und fürchte mich davor von anderen beurteilt zu werden.
20. Ich versuche mich nicht zu sehr auf Wettbewerbssituationen einzulassen, damit es nicht so schmerzvoll ist, wenn ich verliere oder schlecht abschneide.
21. Ich bin oft überrascht, wenn ich bei einem Projekt oder einem Test gut abschneide.

22. Wenn ich ein Kompliment erhalte, fällt es mir schwer, es anzunehmen, und oft rede ich es klein oder schreibe es anderen zu.
23. Wenn ich ein Kompliment zu meinen akademischen oder beruflichen Fähigkeiten erhalte, bemerke ich manchmal, wie ich Ausreden finde, um es wegzureden.
24. Ich habe Angst, dass Menschen, die mir wichtig sind, herausfinden könnten, dass ich nicht so kompetent bin, wie sie denken.
25. Obwohl ich glaube, dass ich viel Potenzial habe, fühle ich mich manchmal wie ein:e intellektuelle:r „Betrüger:in“ oder „Schwindler:in“.
26. Wenn ich eine Beförderung oder irgendeine Art von Anerkennung erhalte, zögere ich es anderen mitzuteilen, bis es eine endgültige Tatsache ist.
27. Oft bin ich bei einem Projekt oder Test erfolgreich, obwohl ich erwartet hatte zu scheitern.

Wahrgenommene Diskrepanz

28. Ich habe das Gefühl, dass ich meine derzeitige akademische oder berufliche Position durch "Strippen ziehen" oder "Beziehungen" erlangt habe.
29. Ich denke manchmal, dass ich meine derzeitige Position bzw. meinen derzeitigen Erfolg erreicht habe, weil ich zufällig zur richtigen Zeit am richtigen Ort war oder die richtigen Leute kannte.
30. Ich habe oft das Gefühl, Lob oder Noten zu bekommen, die ich nicht verdiene.
31. Wenn ich für eine Arbeit eine gute Beurteilung erhalte, neige ich zu dem Gefühl, meine:n Lehrende:n oder Vorgesetzte:n getäuscht zu haben.
32. Ich habe meine aktuelle Position aufgrund einer Eigenschaft erhalten, für die ich nicht gearbeitet habe (z. B. Zugehörigkeit zu einer unterrepräsentierten Gruppe).
33. Manchmal glaube ich, dass mein Erfolg im Leben oder im Beruf das Resultat eines Fehlers ist.
34. Manchmal hatte ich das Gefühl, dass ich aufgrund irgendeines Irrtums in meiner aktuellen Position bzw. meinem akademischen Studiengang bin.
35. Ich habe oft das Gefühl, dass mein Erfolg auf eine Art Glück zurückzuführen ist.
36. Meine Erfolge sind eher auf äußere Faktoren wie Glück oder Anstrengung zurückzuführen als auf meine ureigenen Fähigkeiten.
37. Wenn mich jemand für etwas gelobt hat, hatte ich gelegentlich das Gefühl die Person getäuscht zu haben.
38. In manchen Situationen fühle ich mich wie ein:e "große:r Heuchler:in". Ich bin also nicht so authentisch, wie andere denken.
39. Manchmal fürchte ich, dass man entdeckt, wer ich wirklich bin.
40. Ich habe meine derzeitige Stelle ausschließlich aufgrund von Förderpolitik erhalten.
41. Ich habe oft das Gefühl, dass ich Geheimnisse über meine Fähigkeiten vor anderen verberge.
42. Ich habe manchmal das Gefühl, dass etwas an mir falsch oder irreführend ist, das andere nicht bemerken.
43. Ich habe das Gefühl, dass zwischen dem "intellektuellen Selbst" das andere bei mir wahrnehmen und dem "intellektuellen Selbst", das ich wirklich bin, eine erhebliche Diskrepanz besteht.
44. Manchmal habe ich eine wichtige Person davon überzeugt, dass ich intelligenter oder talentierter bin, als es in Wirklichkeit der Fall ist.
45. Andere Menschen neigen dazu, mich für kompetenter zu halten, als ich wirklich bin.
46. Bei gesellschaftlichen Anlässen habe ich manchmal das Gefühl, dass ich versuche, die Leute zu beeindrucken, indem ich mich intelligenter verhalte, als ich mich in Wirklichkeit fühle.
47. Wichtige Menschen in meinem Leben neigen dazu, mich auf akademischer oder beruflicher Ebene kompetenter einzuschätzen, als ich tatsächlich bin.

Selbstsabotierende Verhaltensweisen

48. Ich ertappe mich dabei, dass ich häufig Aufgaben bis zur letzten Minute aufschiebe.
49. Bei der Vorbereitung auf Abgabetermine vergeude ich oft Zeit mit anderen Dingen.
50. Üblicherweise zögere ich es hinaus meine Aufgaben anzufangen, weil ich Sorge habe, dass ich der Herausforderung nicht gewachsen bin.
51. Ich mache mir Sorgen über meine Fähigkeit, eine Aufgabe zu beenden und schiebe Entscheidungen bezüglich der Aufgabe oft so lange hinaus, bis es zu spät ist.
52. Meistens stelle ich fest, dass ich den Ansprüchen gerecht werde, die ich an mich selbst stelle. (r)
53. Mein öffentliches und mein privates Ich sind ein und dieselbe Person. (r)
54. Ich erledige ein Projekt oder eine Aufgabe selten so gut, wie ich es gerne tun würde.

Personal Feelings Questionnaire 2 (Harder and Zalma, 1990)

Einführungstext:

In der gesellschaftlichen Idealvorstellung scheinen Psychotherapeut:innen als Spezialist:innen für seelische Gesundheit zu gelten und sollten daher auch ihre eigene psychische Verfassung perfekt im Griff haben.

Lassen Sie uns dazu ein Gedankenexperiment versuchen:

Machen Sie sich bitte zunächst ein Bild von ihrer persönlichen Idealvorstellung einer Psychotherapeutin/ eines Psychotherapeuten und vergleichen anschließend sich selbst gedanklich mit diesem Ideal.

Nehmen Sie sich dafür ein paar Minuten Zeit.

Bitte beantworten Sie jetzt wie sie sich durch den Vergleich mit dem psychotherapeutischen Ideal fühlen:

4 = sehr stark; 3 = stark; 2 = mäßig; 1 = ein wenig; 0 = nicht;

Ich fühle mich...

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1. beschämt | 10. zufrieden |
| 2. schuldig | 11. hilflos, gelähmt |
| 3. lächerlich | 12. niedergeschlagen |
| 4. traurig | 13. verlegen |
| 5. selbstbewusst | 14. minderwertig |
| 6. gedemütigt | 15. wütend |
| 7. euphorisch | 16. fröhlich |
| 8. dumm | 17. unwohl |
| 9. kindisch | |

3. Debriefing

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an der heutigen Studie!

Ich möchte Sie kurz über die Ziele der Studie aufklären. Bitte lesen Sie sich dazu folgende Information durch:

Das Ziel dieser Studie ist es, die psychische Gesundheit von Psychotherapeut:innen in Ausbildung zu untersuchen. Spezifisch untersuche ich, ob es bei Psychotherapeut:innen in Ausbildung einen Zusammenhang zwischen Parentifizierungserfahrungen in der Kindheit und Imposter-Gefühlen im Erwachsenenalter gibt. Des Weiteren erhebe ich Schamgefühle, die ich als Moderator dieses Zusammenhangs vermute. Dabei wird als Auslöser dieser Schamgefühle die Idealvorstellung von der psychotherapeutischen Profession vermutet – „Psychotherapeut:innen scheinen als Spezialist:innen für seelische Gesundheit zu gelten und sollten daher ihre eigene psychische Verfassung perfekt im Griff haben“.

Falls Sie Interesse an den Ergebnissen der Studie oder generelle Fragen und Anmerkungen haben, können Sie sich sehr gern bei mir melden:

NAME, VORNAME: Albert, Tina
EMAIL-ADRESSE: t1albert@edu.aau.at

Sollten Sie Fragen zur ethischen Bedenklichkeit dieser Studie haben, wenden Sie sich bitte an den Ethikrat der Universität Klagenfurt: ethikrat@auu.at

Psychologische Hilfe und Beratung finden Sie unter folgenden Adressen:

Österreich:

Helpline des Berufsverbandes Österreichischer PsychologInnen:
+43 1 504 8000 (Montag bis Freitag 09.00 bis 16.00 Uhr)
www.boep.or.at

Telefonische Nothilfe bei psychologischen Problemen und Lebenskrisen
24h Telefonseelsorge: 142
www.telefonseelsorge.at

Deutschland:

Telefonische Nothilfe bei psychologischen Problemen und Lebenskrisen
Telefonseelsorge: 0800 - 111 0 111 oder 0800 - 111 0 222
Anonyme Beratung (persönlich, Telefon, Chat oder Mail), 24 Stunden am Tag, kostenlos
www.telefonseelsorge.de

Schweiz:

Die Dargebotene Hand
24h, 7 Tage die Woche: 143
Anonyme Beratung (Telefon, Chat oder Mail)
www.143.ch

Seelsorge.net
Kostenlose und anonyme Beratung online

Anhang D

Tabelle 1

Explorative Moderationen zur Untersuchung des Einflusses des Interaktionseffekt von Parentifizierung und Scham auf die Ausprägung des Imposter-Phänomens mit Fokus auf den Subskalen des Imposter-Phenomenon Assessment und des Parentification Questionnaires

UV, AV, Moderator	<i>b</i>	<i>SE/F</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95% KI	ΔR^2
1. PQ Total, IPA-DA, Scham						
UV → AV	1.56	0.65	2.39	.02	[0.27, 2.84]	
Moderator → AV	5.52	1.93	2.85	.01	[1.69, 9.35]	
Interaktion	-0.07	0.04	-1.76	.08	[-0.14, 0.01]	.019
Gesamtmodell		14.98		< .001		.264
2. PQ Total, IPA-PD, Scham						
UV → AV	1.19	0.46	2.61	.01	[0.29, 2.09]	
Moderator → AV	4.48	1.37	3.26	.002	[1.76, 7.20]	
Interaktion	-0.06	0.03	-1.94	.06	[-0.11, 0.00]	.023
Gesamtmodell		9.61		< .001		.206
3. PQ Total, IPA-SHB, Scham						
UV → AV	0.36	0.22	1.65	.10	[-0.07, 0.08]	
Moderator → AV	1.16	0.66	1.77	.08	[-0.14, 2.46]	
Interaktion	-0.02	0.01	-1.08	.28	[-0.04, 0.01]	.015
Gesamtmodell		9.61		< .001		.206
4. PQ-EP, IPA, Scham						
UV → AV	6.52	3.31	1.97	.05	[-0.04, 13.08]	
Moderator → AV	8.19	2.70	3.03	.003	[2.83, 13.55]	
Interaktion	-0.24	0.20	-1.17	.24	[-0.64, 0.16]	.011
Gesamtmodell		20.32		< .001		.324
5. PQ-EPoE, IPA, Scham						
UV → AV	6.23	3.82	1.63	.11	[-1.35, 13.81]	
Moderator → AV	7.46	2.74	2.72	.01	[2.03, 12.89]	
Interaktion	-0.21	0.23	-0.92	.36	[-0.67, 0.25]	.007
Gesamtmodell		18.54		< .001		.318

UV, AV, Moderator	<i>b</i>	<i>SE/F</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95% KI	ΔR^2
6. PQ-IP, IPA, Scham						
UV → AV	11.59	4.54	2.55	.01	[2.59, 20.58]	
Moderator → AV	10.81	2.18	-2.58	< .001	[6.50, 15.11]	
Interaktion	-0.63	0.25	-2.58	.01	[-1.12, -0.15]	.031
Gesamtmodell		24.28		< .001		.271
7. PQ-IPmE, IPA, Scham						
UV → AV	12.04	3.30	3.65	< .001	[5.51, 18.57]	
Moderator → AV	11.38	1.95	5.85	< .001	[7.53, 15.24]	
Interaktion	-0.61	0.19	-3.25	.002	[-0.98, -0.24]	.045
Gesamtmodell		23.97		< .001		.304
8. PQ-EP, IPA-DA, Scham						
UV → AV	3.22	1.67	1.93	.06	[-0.08, 6.53]	
Moderator → AV	4.03	1.35	2.99	.003	[1.36, 6.70]	
Interaktion	-0.11	0.10	-1.20	.23	[-0.30, 0.08]	.008
Gesamtmodell		17.10		< .001		.266
9. PQ-EP, IPA-PD, Scham						
UV → AV	2.58	1.68	1.54	.13	[-0.75, 5.90]	
Moderator → AV	3.37	1.46	2.32	.03	[0.49, 6.25]	
Interaktion	-0.10	0.10	-0.99	.33	[-0.31, 0.10]	.012
Gesamtmodell		11.03		< .001		.294
10. PQ-EP, IPA-SHB, Scham						
UV → AV	0.72	0.52	1.38	.17	[-0.31, 1.75]	
Moderator → AV	0.80	0.46	1.72	.09	[-0.12, 1.71]	
Interaktion	-0.02	0.03	-0.64	.52	[-0.09, 0.05]	.005
Gesamtmodell		10.81		< .001		.215
11. PQ-EPoE, IPA-DA, Scham						
UV → AV	3.37	1.87	1.80	.08	[-0.35, 7.08]	
Moderator → AV	3.85	1.31	2.93	.004	[1.25, 6.45]	
Interaktion	-0.12	0.11	-1.09	.28	[-0.33, 0.10]	.007
Gesamtmodell		17.29		< .001		.265

UV, AV, Moderator	<i>b</i>	<i>SE/F</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95% KI	ΔR^2
12. PQ-EPoE, IPA-PD, Scham						
UV → AV	2.13	1.93	1.11	.27	[-1.69, 5.96]	
Moderator → AV	2.87	1.45	1.97	.05	[-0.02, 5.75]	
Interaktion	-0.08	0.12	-0.65	.52	[-0.31, 0.16]	.005
Gesamtmodell		9.84		< .001		.280
13. PQ-EPoE, IPA-SHB, Scham						
UV → AV	0.73	0.58	1.27	.21	[-0.41, 1.87]	
Moderator → AV	0.74	0.45	1.66	.10	[-0.14, 1.63]	
Interaktion	-0.02	0.04	-0.57	.58	[-0.14, 1.63]	.003
Gesamtmodell		9.88		< .001		.218
14. PQ-IP, IPA-DA, Scham						
UV → AV	4.93	2.87	1.72	.09	[-0.75, 10.61]	
Moderator → AV	4.87	1.45	3.36	.001	[2.00, 7.74]	
Interaktion	-0.26	0.15	-1.71	.09	[-0.56, 0.04]	.017
Gesamtmodell		13.32		< .001		.213
15. PQ-IP, IPA-PD, Scham						
UV → AV	4.68	1.93	2.42	.02	[0.85, 8.50]	
Moderator → AV	4.46	0.99	4.52	< .001	[2.51, 6.42]	
Interaktion	-0.27	0.11	-2.50	.01	[-0.48, -0.06]	.034
Gesamtmodell		14.23		< .001		.263
16. PQ-IP, IPA-SHB, Scham						
UV → AV	1.98	0.74	2.66	.009	[0.51, 3.45]	
Moderator → AV	1.48	0.39	3.80	< .001	[0.71, 2.25]	
Interaktion	-0.10	0.04	-2.47	.015	[-0.19, -0.02]	.045
Gesamtmodell		9.16		< .001		.181
17. PQ-IPmE, IPA-DA, Scham						
UV → AV	5.37	2.10	2.56	.01	[1.21, 9.53]	
Moderator → AV	5.22	1.30	4.00	< .001	[2.64, 7.80]	
Interaktion	-0.26	0.12	-2.22	.03	[-0.49, -0.03]	.027
Gesamtmodell		13.98		< .001		.239

UV, AV, Moderator	<i>b</i>	<i>SE/F</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95% KI	ΔR^2
18. PQ-IPmE, IPA-PD, Scham						
UV → AV	4.93	1.57	3.14	.002	[1.82, 8.05]	
Moderator → AV	4.73	0.98	4.83	< .001	[2.79, 6.67]	
Interaktion	-0.26	0.09	-2.90	.01	[-0.44, -0.08]	.048
Gesamtmodell		13.95		< .001		.290
19. PQ-IPmE, IPA-SHB, Scham						
UV → AV	1.74	0.56	3.13	.002	[0.64, 2.84]	
Moderator → AV	1.43	0.34	4.16	< .001	[0.75, 2.12]	
Interaktion	-0.09	0.03	-2.66	.01	[-0.15, -0.02]	.050
Gesamtmodell		11.14		< .001		.202

Anmerkung: KI = Konfidenzintervall; SE = Standardfehler; PQ = Parentification Questionnaire; EP = Emotionale Parentifizierung; EPoE = Emotionale Parentifizierung ohne Einkaufs-Item; IP = Instrumentelle Parentifizierung; IPmE = Instrumentelle Parentifizierung mit Einkaufs-Item; IPA – Imposter Phenomenon Assessment; DA – Doubts About Achievement; PD – Perceived Discrepancy; SHB – Self-Handicapping Behaviors; UV – unabhängige Variable; AV – abhängige Variable