

## Wenn Gretchen gar nicht erst fragen muss

Zur Bedeutung sichtbarer Zeichen der Religionszugehörigkeit  
von Psychotherapeut\*innen für die psychotherapeutische Behandlung  
– eine empirische Studie

## If Gretchen doesn't even have to ask

The Impact of Visible Signs of Therapist's Religious Affiliation on Psychotherapy  
– an empirical study

Brigitte Sindelar<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sigmund Freud PrivatUniversität

### ***Kurzzusammenfassung***

Sichtbar getragene Zeichen der Religionszugehörigkeit können als Signal besonderer Religiosität interpretiert werden, die mit ethischen und moralischen Werthaltungen dieser Religion verbunden ist. Das führt zur Frage, ob solche Zeichen die Akzeptanz von Patient\*innen dieser Personen als Psychotherapeut\*innen beeinflussen. Außerdem stellt sich die Frage nach Kongruenz der Einstellungen von Patient\*innen gegenüber sichtbarer Religionszugehörigkeit von Psychotherapeut\*innen mit der Einschätzung von Psychotherapeut\*innen. Weiters erscheint untersuchenswert, ob sich mit Religion assoziierte Zeitgeschehnisse auf diesen Aspekt der psychotherapeutischen Beziehung auswirken.

Die Studien wurden an der psychotherapeutischen Ambulanz der Sigmund Freud PrivatUniversität mittels Fragebögen mit Abbildungen von männlichen und weiblichen Personen mit sichtbarer Zugehörigkeit zu Christentum, Judentum oder Islam durchgeführt und nach drei Jahren wiederholt, nachdem die Anzahl terroristischer Anschläge in Europa deutlich gestiegen war.

Signifikante Differenzierungen zwischen den Religionen und zwischen dem Geschlecht der Träger\*innen der Zeichen zeigten sich in der Patient\*innenbefragung, nicht aber nach Religiosität der

Patient\*innen. Die Einschätzungen der professionellen Vertreter\*innen der Psychotherapie divergieren deutlich von jenen der Patient\*innen: Sie unterschätzen die Bedeutung dieser Zeichen für die Patient\*innen. Mit Religion assoziierte Zeitgeschehnisse beeinflussen sowohl die Einstellung der Patient\*innen als auch die der professionellen Vertreter der Psychotherapie gegenüber der sichtbaren Religionszugehörigkeit, gleichen diese aber nicht aneinander an. Geprüft wurden auch soziodemographische Daten als Prädiktorvariable.

#### Schlüsselwörter

Psychotherapie, Religion, psychotherapeutische Beziehung

#### **Abstract**

Visibly signs of religious affiliation can be interpreted as a signal of certain religiousness, which is linked to ethical and moral values of this religion. This leads to the question of whether such signs carried by psychotherapists have an influence on the readiness of patients to consult them for psychotherapy. Furthermore, the question arises as to whether the results of a patients' questioning are congruent or divergent with the psychotherapists' opinions on the topic. Furthermore, it seems worth investigating whether contemporary events, if they are associated with religion, have an impact on this aspect of the psychotherapeutic relationship.

The quantitative empirical investigations were carried out using picture questionnaires with illustrations of male and female persons with signs of belonging to Christianity, Judaism and Islam and were repeated at intervals of three years, after the number of terrorist attacks in Europe had risen significantly during these three years. The research was conducted at the psychotherapeutic outpatient clinic of the Sigmund Freud Private University.

The patients' questionnaire showed significant results that differentiate between the religions and the gender of the people wearing the signs, but not the religiosity of the patients. The assessments of the professional representatives of psychotherapy differ significantly from those of the patients, they underestimate the importance of these signs for the patients. Threatening contemporary events associated with religion influence the attitude of both patients and professional representatives of psychotherapy towards the visibility of religious affiliation, but they do not balance it. Sociodemographic data were also examined as predictor variables.

#### keywords

psychotherapy, religion, client-therapist-relationship

## 1 *Anmerkungen zu Religiosität und psychotherapeutischer Beziehung*

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung der Psychotherapie mit Religion und Religiosität findet sich bereits bei den Gründervätern der Psychotherapie. So verbindet Sigmund Freud in seiner Schrift „Der Mann Moses“ (Freud, 1939a) die jüdische Religion mit seinem psychoanalytischen Theoriegebäude, indem er einen Zusammenhang der Projektion der Beziehung zum Vater mit dem Gottesbegriff monotheistischer Religionen herstellt, der „bei der Masse der Menschen ein starkes Bedürfnis nach einer Autorität, die man bewundern kann, der man sich beugt, von der man beherrscht, eventuell sogar misshandelt wird“, erfüllt. Den Anfang dieses Bedürfnisses nach einer Autorität ortet Freud in der „Sehnsucht nach dem Vater, die jedem von seiner Kindheit her innewohnt, nach demselben Vater, den überwunden zu haben der Held der Sage sich rühmt“ (Freud, 1939a, S. 194). Religiöse Vorgaben an das menschliche Verhalten fordern Triebverzicht, was Freud mit dem Überich in Bezug setzt. Vorausgesetzt, dass die Autorität der Religion in das Ich integriert wird, kann dieser Triebverzicht eine Art von Ersatzbefriedigung generieren, wenn das Ich diesen als Leistung versteht, auf die der Mensch stolz sein kann. Dies wiederum führt zu einer Steigerung des Selbstwerts und zugleich zu der Erwartung, für diese Leistung mehr geliebt zu werden (Freud, 1939a, S. 206f.).

Auch Alfred Adler stellt die Erhöhung des Selbstwerts, das Streben nach Vollkommenheit, in einen Zusammenhang mit der Religion als „Konkretisierung der Idee der Vollkommenheit, der höchsten Bildhaftigkeit von Größe und Überlegenheit“, die „die Ansehung einer Gottheit“ mit sich bringt. Das Streben zu Gott und der Wunsch, sich mit ihm zu vereinigen, versteht er als dem Ziel der „Erlösung von drückenden Spannungen, von Minderwertigkeitsgefühlen“ gewidmet (Adler, 1933c, S. 197).

Religiös zu sein, bedeutet, sich den Vorgaben der jeweiligen Religion verpflichtet zu fühlen und daher im Lebenswandel diesen möglichst getreu nachzukommen, die zugehörigen Gebote und Verbote befolgend und mit den moralischen Urteilen sich selbst und den Mitmenschen gegenüber konform zu gehen. Daraus ist zu erwarten und zu folgern, dass religiöse Menschen ihre Werthaltungen und Stellungnahmen zu sich selbst, zu anderen Menschen, zur Gesellschaft nach den Vorgaben ihrer Religion ausrichten. Das heißt zugleich: Weiß man um die religiöse Einstellung eines Menschen, so löst dieses Wissen bei einer Begegnung mit ihm Vermutungen darüber aus, welche Meinungen und Verhaltensweisen er schätzt oder auch geringschätzt. Werden nun Zeichen der Religionszugehörigkeit sichtbar getragen, so liegt es nahe, dies als ein Signal besonderer Religiosität zu interpretieren. Je nach dem, wieviel Kenntnis über diese Religion oder auch Vorurteile ihr gegenüber bestehen, welche Rolle diesem religiösen Menschen im eigenen Leben zukommt, wird das Wissen um die Religiosität eines Menschen auf die Beziehung zu ihm Einfluss nehmen. So wird – je nach Bedeutung dieses Menschen für das eigene Leben – mehr oder weniger das Streben nach Anpassung an die Erwartungshaltung dieses Menschen oder auch der Widerspruch dagegen ausgelöst werden. In Fortführung der

Überlegungen Freuds und Adlers kann der religiöse Mensch dann quasi als Vertreter der Gottheit seiner Religion wahrgenommen werden, mit Freud damit als Projektionsobjekt des Vaters, mit Adler das Streben nach Vereinigung mit ihm auslösend und damit letztlich den Versuch der Anpassung an seine (fiktive) Vollkommenheit, die verspricht, von Minderwertigkeitsgefühlen zu befreien. Religiosität nimmt also umso mehr Einfluss auf Beziehungen, je emotional näher sie sind.

Eine besondere zwischenmenschliche Beziehung ist die zwischen Psychotherapeut\*innen und Patient\*innen. Sie unterscheidet sich von zwischenmenschlichen Beziehungen im Lebenslauf dadurch, dass sie aus Gründen eines seelischen Leidenszustandes von den Patient\*innen aufgesucht wird und die klar umschriebenen Ziele hat, „seelisches Leid zu heilen oder zu lindern, in Lebenskrisen zu helfen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern, die persönliche Entwicklung und Gesundheit zu fördern“ (BMSGPK, o.D.). Dabei kommt der psychotherapeutischen Behandlung „als essentielle[r] Wirkgröße des beruflichen Erfolgs die Persönlichkeit des Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin“ zu (Fiegl & Sindelar, 2014, S. 29). Dass die Beziehung zwischen Psychotherapeut\*in und Patient\*in, die auf der „Passung“, also der Kompatibilität der Persönlichkeiten des\*der Psychotherapeut\*in, fußt, das zentrale Agens ist, ist in der Wirksamkeitsforschung zur Psychotherapie mittlerweile umfangreich belegt (vgl. zum Beispiel Fischer, 2011; Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994). Damit ist auch evident, dass individuelle Persönlichkeitsaspekte auf die psychotherapeutische Behandlung Einfluss nehmen, denn „the individuals who enact those roles [Anmerkung: roles of therapist and patient] are actual, flesh-and-blood persons, who have characteristics and qualities that go beyond their roles in therapy, and these personal characteristics influence how they interpret and perform their roles“ (Orlinsky, 2009, S. 324).

Eines dieser persönlichen Charakteristika ist Religiosität, die, wie vorher angemerkt, Werthaltungen bestimmt. Nun ist aber Inhalt der Psychotherapie, unabhängig von der psychotherapeutischen Methode, die Gefühlswelt des\*der Patient\*in, die er\*sie einer Person offenbart, die ihm bislang unbekannt war. Die Lebenserfahrung seit frühester Kindheit ist zugleich, dass Gefühle von der sozialen Umwelt bewertet werden. Soziale Erwünschtheit ist ein Einflussfaktor, der den Zugang zu Gefühlen, die im Widerspruch zu dieser stehen, erschwert oder verunmöglicht oder, in psychoanalytischer Diktion ausgedrückt, die mit dem Überich kollidieren, in individualpsychologischer Terminologie, die das Minderwertigkeitsgefühl anfachen.

Durch die Gegebenheit, dass Psychotherapeut\*in und Patient\*in keine gemeinsame Geschichte haben, der\*die Psychotherapeut\*in für die Patient\*in eine unbekannt Person ist (wobei die Unbekanntheit durch die Präsentation in den digitalen Medien natürlich etwas verloren hat), bleibt das Wissen des\*der Patient\*in über den\*die Psychotherapeut\*in gering im Vergleich zu dem Wissen, das der\*die Psychotherapeut\*in über seine\*ihre Patient\*in hat. Aus der Perspektive vor allem der tiefenpsychologischen Psychotherapiemethoden liegt genau darin das Potential für heilende Beziehungsprozesse, da geringes Wissen über den\*die Psychotherapeut\*in den Raum öffnet für Übertra-

gungen, die das gemeinsame Verstehen der Psychodynamik des\*der Patient\*in möglich machen. Eine grundlegende Voraussetzung dafür ist selbstverständlich die wertfreie Einstellung gegenüber den Gefühlen und der gesamten Persönlichkeit des\*der Patient\*in, um „so unvoreingenommen als möglich sich dem Patienten gegenüberzustellen“ (Adler, 1932I, S. 542).

Dass dies zur Frage führt, inwieweit religiöse Einstellungen von Psychotherapeut\*innen mit dieser erforderlichen psychotherapeutischen Grundhaltung kompatibel sind, ist in der wissenschaftlichen Erforschung der Psychotherapie sehr wohl wahrgenommen worden, wenngleich nicht prominent. (Inwieweit hier eine Tabuisierung der Religiosität wirksam sein könnte, ist durchaus überlegenswert, wird aber hier nicht weiter behandelt). So berichtet eine US-amerikanische systematische Review-Studie von Publikationen empirischer Studien zur Beziehung von Religiosität und/oder Spiritualität von Psychotherapeut\*innen und deren therapeutischer Vorgangsweise, deren therapeutischer Beziehung sowie dem Behandlungsergebnis unter anderem, dass fast drei Viertel der Psychotherapeut\*innen angeben, ihre Religion und/oder Spiritualität finde in ihrer psychotherapeutischen Praxis Niederschlag (Cummings, Ivan, Carson, & Pargament, 2014, S. 117). Die Studienautoren sehen das Studienergebnis, dass ein hohes Maß an Religiosität und Spiritualität von Therapeut\*innen mit Konservatismus und autoritätsbasierten ethischen Urteilen einhergeht, als mögliche Ursache für die negative Einstellung dieser Psychotherapeut\*innen gegenüber unkonventionellem Sexualverhalten von Patient\*innen (ebd., S. 128). Adlers Forderung nach Unvoreingenommenheit des\*der Psychotherapeut\*in ist hier offensichtlich nicht erfüllt, aber auch nicht die aktuelle gesetzliche Vorgabe in Österreich, die klar Stellung bezieht und eine „Checkliste für Patientinnen/Patient\*innen bzw. Klientinnen/Klienten“ bietet, mittels derer Patient\*innen „Hinweise auf unseriöse (psychotherapeutische) Angebote mit esoterischem, spirituellem, religiösem oder weltanschaulichem Hintergrund“ aufdecken können (BMSGPK, Richtlinie zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen, religiösen und weltanschaulichen Angeboten sowie Hinweise für PatientInnen bzw. KlientInnen, n.d., S. 15). Ziel ist, religiöse Überzeugungen eines\*einer Psychotherapeut\*in aus der psychotherapeutischen Behandlung fernzuhalten und Patient\*innen davor zu schützen.

Auch die Tatsache, dass Patient\*innen ihrerseits ihr individuelles Gefüge an Werthaltungen mitbringen, das bei religiösen Menschen durch die Religion geprägt ist und Einfluss auf deren Zugang zu ihren „unerwünschten“ Gefühlen hat, ist durchaus in der Psychotherapieforschung präsent. So ergibt eine Metaanalyse einer österreichischen Forscher\*innengruppe, dass Patient\*innen Religion zwei Mal so häufig wie Psychiater\*innen als bedeutsam für ihr Leben nennen. Daraus schließen die Autoren, dass der Religion von Patient\*innen mehr Beachtung in der psychiatrischen Behandlung geschenkt werden muss, denn „[D]ie Gesamtheit einer Person impliziert eine physische, emotionale, soziale sowie eine spirituelle Dimension. Das Ignorieren eines dieser Aspekte seitens professioneller Helfer birgt die Gefahr, den Genesungsprozess von PatientInnen zu verzögern“ (Seyringer, et al., 2007, S. 239). In ihrem Überblick zur Forschung zum Spannungsfeld Psychotherapie und Religiosität bzw. Spiritualität kommen Freund und Richard zu dem ähnlichen Schluss, dass „Psychotherapeuten

[...] gut daran [tun], die Spiritualität/Religiosität der Patient\*innen zu beachten und zu respektieren [...] (Freund & Richard, 2012, S. 208). Damit wird implizit auch auf das noch wenig beachtete Forschungsfeld verwiesen, ob bei der psychotherapeutischen Behandlung religiöser Menschen spezifische Aspekte zu beachten sind.

Der Perspektive religiöser Patient\*innen auf die Psychotherapie widmet sich mittlerweile eine Reihe empirischer Studien. So untersucht eine aktuelle Studie anhand einer Stichprobe von 298 Angehörigen der muslimischen, christlichen und jüdischen Religion die Frage, ob Religiosität die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Psychotherapie beeinflusst. Dabei erwiesen sich andere Indikatoren wie Geschlecht, Alter und Bildungsniveau als weit relevanter als das Ausmaß der Religiosität, was, wie die Autor\*innen zusammenfassen, im Widerspruch zu anderen Studienergebnissen steht (Lefevor, Paiz, Virk, & Smack, 2020). Eine Studie von Abu Raya und Pargament arbeitet anhand einer Untersuchung an 340 Angehörigen der muslimischen Religion aus Nordamerika, Europa, Asien, Afrika und Australien Empfehlungen für die psychotherapeutische Behandlung von muslimischen Patient\*innen aus, die auch für andere Religionen plausibel anmuten. Diese Empfehlungen lassen sich als konkrete Nachfrage zur Rolle der Religion im Leben der Patient\*innen und zu religiösen Konflikten, Informiertheit der Psychotherapeut\*innen über die Grundprinzipien dieses Glaubens und der religiösen Praktiken und einen psychoedukativen Beitrag zur psychischen Gesundheit zusammenfassen lassen (Abu Raiya & Pargament, 2010).

Somit ist die Perspektive, wie religiöse Menschen zur Psychotherapie als Patienten stehen und auch wie sie als Therapeuten ihre Religiosität in die Psychotherapie einbringen, sehr wohl in der Psychotherapieforschung thematisiert. Was noch unbeachtet erscheint, ist die Auswirkung einer Offenlegung der Religionszugehörigkeit von Psychotherapeut\*innen durch nonverbale Kommunikation gleich zu Beginn einer psychotherapeutischen Begegnung auf Patient\*innen. Eine eigene Erfahrung aus meiner Jahrzehnte zurückliegenden Psychotherapieausbildung blieb mir aber einprägsam in Erinnerung: Eine meiner Supervisorinnen hatte in ihrem Therapieraum an prominenter Stelle ein großes Kreuz mit einer Christusfigur platziert. Diese Erstsicht beim Betreten des Raumes und damit die wortlose Offenlegung ihrer Religiosität hatte massiven Einfluss auf meine Erwartungshaltung gegenüber der Supervisorin.

## **2 Die empirischen Studien – Anlass und Zielsetzung**

Der psychotherapiewissenschaftlichen Forschung zum Spannungsfeld zwischen Psychotherapie und Religion und Religiosität steht noch ein weites Feld an unbeantworteten Fragen offen. Eine davon wird in der hier berichteten empirischen Untersuchung aufgegriffen: Sichtbar getragene Zeichen der Religionszugehörigkeit können als ein Signal besonderer Religiosität interpretiert werden. Die Zugehörigkeit zu einer Religion prägt die Weltanschauung und ist immer mit der Integration von ethischen

und moralischen Werthaltungen dieser Religion verbunden, die das Verhalten wertend bestimmen und das daher auch von Angehörigen dieser Religion erwartet wird. Dies wirft die Forschungsfrage auf, ob das Tragen sichtbarer Zeichen der Religionszugehörigkeit durch Psychotherapeut\*innen auf die Bereitschaft von Patient\*innen, bei jenen Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, Einfluss hat. Die Untersuchung zielt darauf ab, Antwort auf diese Frage von den direkt Betroffenen, also von Psychotherapiepatient\*innen, zu erhalten. Letztlich wird dabei die Meinung von Patient\*innen erhoben, ob sie Psychotherapeut\*innen, die Zeichen der Religionszugehörigkeit sichtbar tragen, als geeignet für die psychotherapeutische Arbeit halten.

Dieselbe Frage ist auch an Psychotherapeut\*innen gerichtet, wobei hier auch ein Vergleich der Antworten von Patient\*innen mit denen von Psychotherapeut\*innen von Interesse ist. Einer Berücksichtigung wert ist außerdem die Meinung von in Ausbildung befindlichen Psychotherapeut\*innen, wiederum zu differenzieren nach dem Ausbildungsstand, um den Effekt der psychotherapeutischen Berufserfahrung als möglichen Einflussfaktor erfassen zu können.

Eine weitere Forschungsfrage ist, inwiefern diese Bereitschaft von Patient\*innen, bei Psychotherapeut\*innen, die Zeichen der Religionszugehörigkeit sichtbar tragen, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, und die Einschätzung von Psychotherapeut\*innen, ob eine solche Person für die Ausübung des psychotherapeutischen Berufs geeignet ist, einer Veränderung über die Zeit durch Ereignisse im Weltgeschehen, die mit Religionszugehörigkeit in Verbindung gebracht werden, unterliegt.

Die hier berichteten Ergebnisse entstammen zwei Untersuchungsdurchgängen. Beide wurden an der psychotherapeutischen Ambulanz der Sigmund Freud Privatuniversität (SFU) durchgeführt. Die Ambulanz bietet niederschwellig und mit niedrigen Kosten verbunden psychotherapeutische Behandlungen an. Die Ambulanz ist der Fakultät für Psychotherapiewissenschaft der SFU zugeordnet, an der ein akademisches Studium angeboten wird, das mit dem Grad „Magister bzw. Magistra der Psychotherapiewissenschaft“ abschließt, und mit einer Psychotherapieausbildung verflochten ist, die die Kriterien der psychotherapeutischen Berufsberechtigung erfüllt und die Eintragung in die Liste der zur selbständigen Ausübung des psychotherapeutischen Berufs des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz ermöglicht. Die Organisationsstruktur der Ambulanz sieht ein psychotherapeutisches Erstgespräch mit Patient\*innen vor, die Psychotherapie wird dann von einem Psychotherapeut\*innen im Ausbildungsstand: „Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision“ durchgeführt. Studierende in niedrigeren Semestern sind an der Ambulanz als Assistenten in der Administration mit Patient\*innenkontakten tätig.

Die erste Untersuchung wurde 2014 durchgeführt, damals ausgelöst durch eine qualitätssichernde Maßnahme im Zusammenhang mit der Patient\*innenversorgung, da Studierende, die sichtbare Zeichen ihrer Religionszugehörigkeit trugen, im Rahmen ihrer Ausbildung an der Ambulanz tätig wurden. Es galt zu berücksichtigen, wie die Sichtbarkeit der Religionszugehörigkeit des Psychotherapeut\*innen von den Patient\*innen wahrgenommen wird, um hinderliche Einflüsse auf die Behand-

lung auszuschließen. Die Untersuchung sollte empirisch fundierte Aussagen zu diesem bislang nicht empirisch erforschten, aber häufig kontroversiell diskutierten Thema ermöglichen.

In den Jahren 2015 und 2016 kam es zu einer Häufung von religiös motiviertem/dschihadistischem Terrorismus in der EU (Europäisches Parlament, 2020)(Abbildung 1), was unter anderem die öffentliche und politische Diskussion um das Tragen von Zeichen der Religionszugehörigkeit intensivierte.

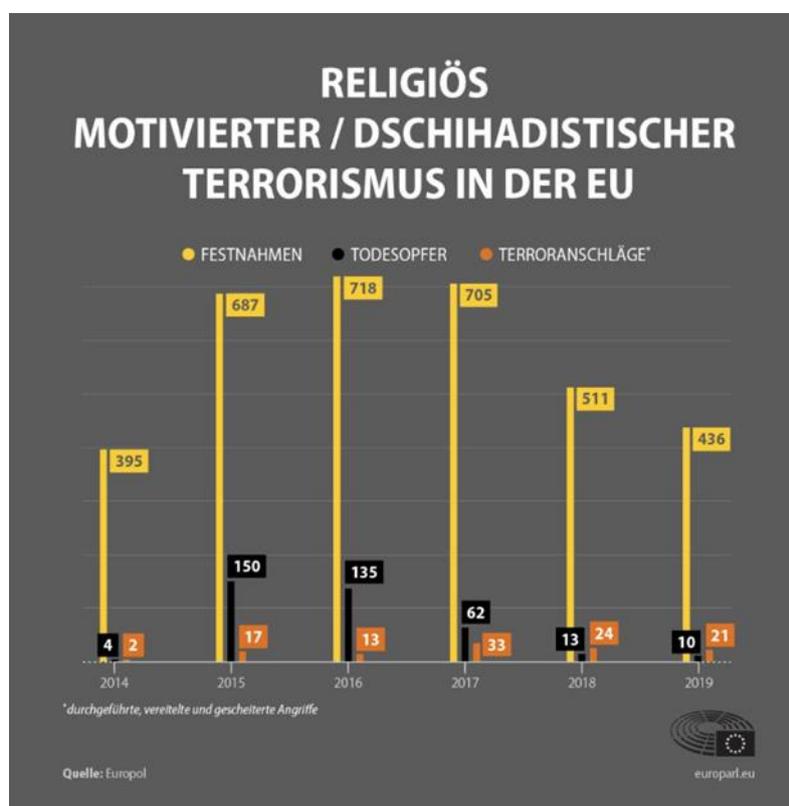


Abbildung 1: „Dschihadistischer Terrorismus in der EU seit 2014: Angriffe, Todesopfer, Festnahmen (Europol-Daten)“. Quelle: Europäisches Parlament.

Dies führt zur Frage, ob sich auch im Bereich der Psychotherapie die Einstellung zur Religionszugehörigkeit verändert hat, also ob und inwieweit diese Ereignisse auf die Akzeptanz bzw. Ablehnung von Psychotherapeut\*innen, die die Zeichen ihrer Religionszugehörigkeit sichtbar tragen, Einfluss nehmen und ob sich dieser Einfluss nach Religionen differenziert. Wäre dies beispielsweise im Hinblick auf die islamische Religion der Fall, käme das einer Vorurteilsbildung gleich, da dann offensichtlich die terroristischen Ereignisse, die mit der islamischen Religion assoziiert sind, auf Personen, die dieser Religion angehören, generalisiert werden. Dabei stellt sich weiters die Frage, ob ein solcher Effekt nur bei Patient\*innen oder auch bei Psychotherapeut\*innen und in Ausbildung befindlichen Psychotherapeut\*innen und Studierenden dieses Faches zu Tage träte. Dieser Forschungsfrage folgend, wurde die Untersuchung mit demselben Material knapp drei Jahre später wiederholt.

Das Untersuchungsdesign wurde vorab von der Ethikkommission der Sigmund Freud Privat-Universität geprüft und genehmigt.

## **2.1 *Material und Untersuchungsdesign***

### **2.1.1 *Erläuterung zur Konstruktion der Fragebögen***

Zur Konstruktion des Fragebogens sei grundsätzlich angemerkt: Die Darstellung stark schematisierter Figuren, die sich weder in Körperhaltung noch in Mimik unterscheiden, dient dem Zweck, andere Stimuli, die positive oder negative Einstellungen auslösen können, zwischen den Abbildungen „gleichzuschalten“ und die Unterschiedlichkeit der Darstellung auf die Elemente der Zeichen der Religionszugehörigkeit zu zentrieren. Dass die abgebildeten Figuren in den Kontext der psychotherapeutischen Tätigkeit zu stellen sind, wird durch die einleitende Instruktion klargestellt. Dass zu allen abgebildeten Figuren auch andere Stereotype assoziiert werden können, ist natürlich nicht auszuschließen und muss auch nicht ausgeschlossen werden. Denn durch die Frage, ob der\*die Patient\*in bei dieser Person Psychotherapie in Anspruch nehmen möchte, tritt mit hoher Wahrscheinlichkeit die Assoziation, dass beispielsweise die abgebildete Person, die einen Anzug trägt, ein Besucher einer Kulturveranstaltung sein könnte, in den Hintergrund, da sich die Frage eben danach richtet, ob man diese Person als Psychotherapeuten annehmen würde. Und die Frage, ob Patient\*innen einen Mann, der kulturelle Veranstaltungen besucht, als Psychotherapeuten akzeptieren bzw. Psychotherapeut\*innen diesen Mann für geeignet sehen, psychotherapeutisch zu arbeiten, erscheint im Hinblick auf die Frage der Religionszugehörigkeit, die in der Ausprägung der Religiosität die Identifikation mit einem komplexen ethischen und moralischen, die Persönlichkeit und damit das Handeln beeinflussenden Haltungen erwarten lässt, erscheint von geringerer Relevanz. Das Ausmaß der Affinität zu Kunst und Kultur eines\*einer Psychotherapeut\*in als Akzeptanzkriterium für die psychotherapeutische Tätigkeit zu hinterfragen, erscheint im Vergleich zur Frage der sichtbaren Religionszugehörigkeit nachrangig (und wohl auch noch schwieriger zu visualisieren, da der Anzug wahrscheinlich nur für eine bestimmte Altersgruppe als stereotypes Erkennungszeichen des Besuchers einer Kulturveranstaltung gültig ist).

Von Verbalisierungen der Religionszugehörigkeit wird bewusst Abstand genommen, da die Fragestellung der Untersuchung die Sichtbarkeit und nicht die Verbalisierung der Religionszugehörigkeit betrifft. Selbstverständlich bringt diese Vereinfachung der graphischen Darstellung auch eine Vereinfachung der Vielfalt der Religionen in ihrer Differenzierung mit sich: Am Beispiel des Judentums angesprochen, ist die Religiosität orthodoxer Chassidim (der allerdings der Figur des jüdischen Mannes im Fragebogen optisch nicht einmal auch nur ähnelt) natürlich weit entfernt von der eines Angehörigen

des Reformjudentums wie etwa der Or Chadasch – diese Vielfalt gilt selbstverständlich auch für die anderen Religionen.

Hierzu wäre auf die Thematik und Problematik von Stereotypen und von Vorurteilen einzugehen – ein in der Sozialpsychologie umfangreich wissenschaftlich bearbeitetes Feld. Jedoch ist dies nicht das Anliegen dieser Untersuchung, die sich an die psychotherapeutische Beziehung richtet, in einem praxisorientierten Zugang, der nicht davon ausgehen kann, dass Patient\*innen beim Anblick des Zeichens der Religionszugehörigkeit des\*der Psychotherapeut\*innen die Differenzierung der verschiedenen Ausformungen und Strömungen der Religion präsent oder auch nur in ihrem Wissensschatz verfügbar haben.

### **2.1.2 Die Befragung der Patient\*innen**

#### *Die Zeichnungen*

Die Erhebung erfolgte mittels eines Bilderfragebogens, in dem männliche und weibliche Personen in Form von einfachen, sympathisch ausgeführten Zeichnungen mit sichtbar getragenen Zeichen der Religionszugehörigkeit abgebildet waren. Damit waren die Stimuli standardisiert und sprachunabhängig. Abgebildet wurden sieben weibliche Personen: Frau mit Kopftuch („Hijab“) und westlicher Kleidung, Frau mit Kreuzanhänger, Frau mit Davidstern-Anhänger, Frau im langen Kleid („Abaya“) und mit Kopftuch („Hijab“), Nonne, Frau im Kostüm und Frau in salopper Kleidung (Abbildung 2) und sechs männliche Personen: Mann mit muslimischer Gebetsmütze, Mann mit Kreuzanhänger, Mann mit Kippa, Priester, Mann im Anzug und Mann in salopper Kleidung (Abbildung 3). Die Abbildungen von Personen ohne sichtbare Zeichen einer Religionszugehörigkeit wurden als Kontrollstimuli vorgegeben, um zu überprüfen, ob die Religion, die nicht verbal benannt wurde, als Unterscheidungsmerkmal wahrgenommen wird. Ist dies der Fall, so ist zu erwarten, dass, sollte die sichtbare Religionszugehörigkeit eine Rolle in der Akzeptanz dieser Person als Psychotherapeut\*in spielen, diese Personen den höchsten Zustimmungswert bzw. die geringste Ablehnung erfahren.

Um zu prüfen, ob die abgebildeten Personen verlässlich als Angehörige einer bestimmten Religion wahrgenommen werden, wurden die Abbildungen in einer Vorstudie einer unausgewählten Zufallsstichprobe von n= 56 (anonyme Besucher einer öffentlichen Veranstaltung in Wien) vorgegeben mit der Instruktion, jeder Figur zuzuordnen, ob sie der christlichen, der muslimischen oder der jüdischen Religion oder keiner Religion angehört. Fehlzuzuordnungen fanden sich ein Mal beim Mann im Anzug, der der christlichen Religion zugeordnet wurde, bei der Frau mit Kopftuch, der keine Religion zugeordnet wurde, sowie vier Mal beim muslimischen Mann. Daraufhin wurde die Darstellung des muslimischen Mannes mit einer deutlich sichtbaren Gebetsmütze versehen.

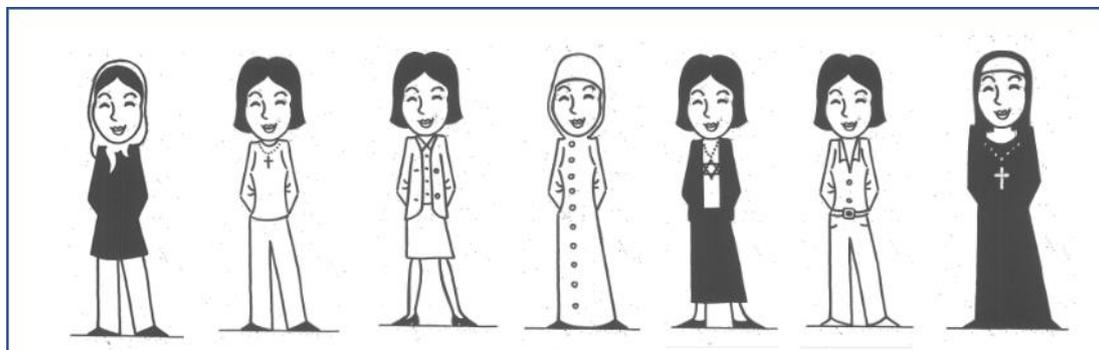


Abbildung 2: Zeichnungen der weiblichen Personen.

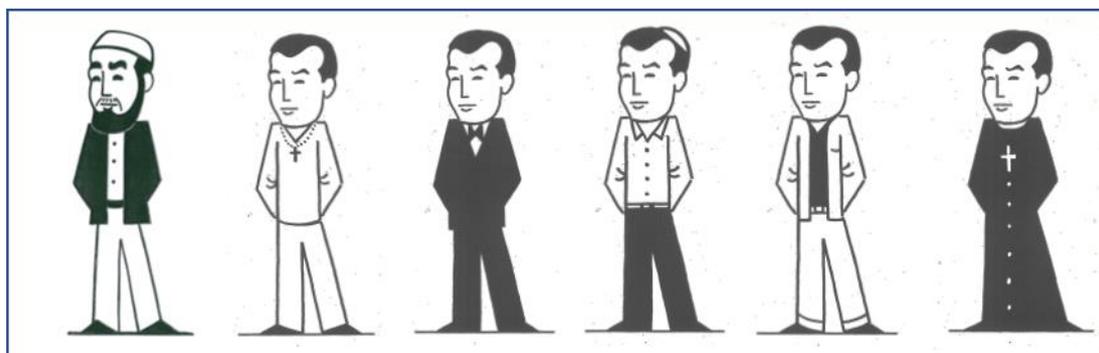


Abbildung 3: Zeichnungen der männlichen Personen.

### Der Fragebogen für Patient\*innen

Einleitend wurde den Befragten die Zielsetzung des Fragebogens erklärt und damit die Aufmerksamkeit auf die sichtbaren Zeichen der Religionszugehörigkeit in den Abbildungen gelenkt: „Wir wollen mithilfe dieses Fragebogens untersuchen, ob sichtbare Zeichen einer Religionszugehörigkeit des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin für Menschen, die Psychotherapie in Anspruch nehmen wollen, von Bedeutung sind.“ Damit und auch mit den Abbildungen von Priester und Nonne war der Kontext der Religionszugehörigkeit definiert.

An soziodemographischen Daten wurden erhoben:

- Alter
- Geschlecht
- Höchste abgeschlossene Schulbildung
- Herkunftsland
- Religionszugehörigkeit – die Antwortmöglichkeit: „Ich möchte keine Angabe machen“, stand zur Auswahl.
- Üben Sie die Religion aktiv aus? – Die Antwortmöglichkeit: „Ich möchte keine Angabe machen“, stand zur Auswahl.

Die auf die Forschungsfrage bezogenen Fragen:

Möchten Sie bei dieser Person Psychotherapie in Anspruch nehmen?				
keinesfalls	eher weniger	ja	gerne	sehr gerne

Wenn keinesfalls oder eher weniger: Warum nicht? (bitte, kreuzen Sie das auf Sie Zutreffende an!)				
Ich hätte Sorge, dass ich nicht verstanden werde				
trifft gar nicht zu	trifft weniger zu	neutral	trifft eher zu	trifft genau zu
Ich könnte nicht offen sprechen				
trifft gar nicht zu	trifft weniger zu	neutral	trifft eher zu	trifft genau zu
Weil ich einer anderen Religion angehöre	Ja		Nein	
Weil ich Religion ablehne	Ja		Nein	
Ich weiß keinen Grund	Ja		Nein	

Da an der psychotherapeutischen Ambulanz der SFU Patient\*innen aus unterschiedlichen Herkunftsländern behandelt werden, wurde der Fragebogen in die Sprachen übersetzt, die außer Deutsch am häufigsten von den Patient\*innen gesprochen wurden (in alphabetischer Reihenfolge: Bosnisch, Italienisch, Rumänisch, Russisch, Serbokroatisch, Türkisch).

Die Zeichnungen wurden in eine Zufallsreihenfolge gebracht und gleichbleibend in dieser Reihenfolge vorgegeben. Jeweils neben den Zeichnungen waren die Fragen angebracht.

### ***2.1.3 Die Befragung der Psychotherapeut\*innen, Psychotherapeut\*innen in Ausbildung unter Supervision und Studierende niedriger Semester***

Die Einleitung zur Befragung auf dem Fragebogen stellte klar, dass das Anliegen des Fragebogens eine Meinungserhebung ist: „Wir wollen mithilfe dieses Fragebogens Ihre Meinung zur Frage der sichtbaren Zeichen einer Religionszugehörigkeit des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin in der psychotherapeutischen Praxis erheben.“

Am Anfang des Fragebogens wurden das Alter, das Geschlecht, Religionszugehörigkeit, aktives Ausüben der Religion und Herkunftsland von allen dieser Befragungsgruppe erfragt, von psychotherapeutisch Tätigen die psychotherapeutische Methode. Von Psychotherapeut\*innen, die in die Psychotherapeut\*innenliste des BM eingetragen waren, wurde außerdem das Jahr der Eintragung erhoben sowie die Frage gestellt, ob sie in der Psychotherapieausbildung als Supervisor bzw. als Supervisorin tätig sind.

Danach wurden die Bilder in derselben Reihenfolge wie im Fragebogen für Patient\*innen vorgegeben und zu jedem Bild die Frage gestellt:

**Halten Sie diese Person für geeignet, psychotherapeutisch zu arbeiten  
(die entsprechende Ausbildung vorausgesetzt)?**

Zur Beantwortung waren folgende Möglichkeiten zur Auswahl gegeben:

- nein
- nur mit Patienten derselben Religionszugehörigkeit
- ja, wenn sie/er sich der möglichen Wirkung ihrer sichtbaren Zeichen der Religionszugehörigkeit auf die/den PatientIn bewusst ist.
- ja

### **3 Ergebnisse**

#### **3.1 Ergebnisse der Untersuchung zum ersten Untersuchungszeitpunkt**

##### **3.1.1 Stichprobenbeschreibung der Gruppe der befragten Patient\*innen**

Es konnten 222 vollständige Datensätze von Patient\*innen der psychotherapeutischen Ambulanz der SFU gewonnen werden. Zur Stichprobenbeschreibung siehe Tabelle 1.

<b>Parameter</b>	<b>Anzahl (n)</b>	<b>Anteil (%)</b>
<b>Geschlecht</b>		
<i>weiblich</i>	135	60,8%
<i>männlich</i>	85	38,3%
<i>Keine Angabe</i>	2	0,9%
<b>Bildungsstand</b>		
<i>Pflichtschule</i>	31	14,2%
<i>Lehre</i>	40	18,3%
<i>Berufsbildende mittlere Schule</i>	21	9,6%
<i>Matura</i>	66	30,3%
<i>Abgeschlossenes Hochschulstudium</i>	60	27,5%
<b>Herkunftsland</b>		
<i>Österreich</i>	135	60,8%
<i>andere europäische Länder</i>	62	27,9%
<i>Asien</i>	8	4,1%
<i>Afrika</i>	1	,5%
<i>Südamerika</i>	4	1,8%
<i>USA</i>	2	,9%
<i>keine Angabe zum Herkunftsland</i>	10	4,5%
<b>Religionszugehörigkeit</b>		
<i>buddhistisch</i>	1	,5%
<i>christlich</i>	5	2,3%
<i>evangelisch</i>	6	2,7%
<i>katholisch</i>	33	14,9%
<i>keine Religionszugehörigkeit</i>	33	14,9%
<i>keine Angabe</i>	131	59,0%
<i>muslimisch</i>	11	5,0%
<i>Taoismus</i>	1	,5%
<i>Zeugen Jehovas</i>	1	,5%
<b>Religionsausübung</b>		
<i>ja</i>	134	60,4%
<i>nein</i>	62	27,9%
<i>keine Angabe</i>	26	11,9%

Tabelle 1: Stichprobe der Patient\*innen zum ersten Untersuchungszeitpunkt.

Bemerkenswert erscheint, dass von den 131 Personen, die keine Angabe zu ihrer Religionszugehörigkeit machen wollten, sich 33 als aktiv eine Religion ausübend bezeichneten.

### 3.1.2 Ergebnisse der ersten Studie mit Patient\*innen

Die Auswertung der Antworten der Patient\*innen zeigt, dass sichtbar getragene Zeichen der Religionszugehörigkeit eine Auswirkung auf die Bereitschaft der Patient\*innen haben, bei dieser Person Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. (Berechnet wurde die Zustimmung als Prozentsatz des höchstmöglichen Ausmaßes, die Antwortmöglichkeiten von „sehr gerne“ bis „keinesfalls“ absteigend von 4 bis 0 kodiert). Dabei differiert das Ausmaß der Bereitschaft stark zwischen den Darstellungen der Träger\*innen eines Zeichens der Religionszugehörigkeit. Am geringsten ist die Bereitschaft zur Psychotherapie bei einem Priester (28,9% vom Maximum 100%), einer muslimischen Frau in Abaya und Hijab (35,8% vom Maximum 100%) und einer Nonne (36,1% vom Maximum 100%). Die höchste Zustimmung von den Personen mit sichtbaren Zeichen ihrer Religionszugehörigkeit erhalten der muslimische Mann (47,9% vom Maximum 100%) und die Frau mit Davidstern (44,6% vom Maximum 100%). Bemerkenswert ist, dass dem Mann im Anzug, der kein Zeichen einer Religionszugehörigkeit trägt, und der Frau mit Hijab etwa gleich hohe Werte der Akzeptanz zugeordnet werden (Abbildung 4).

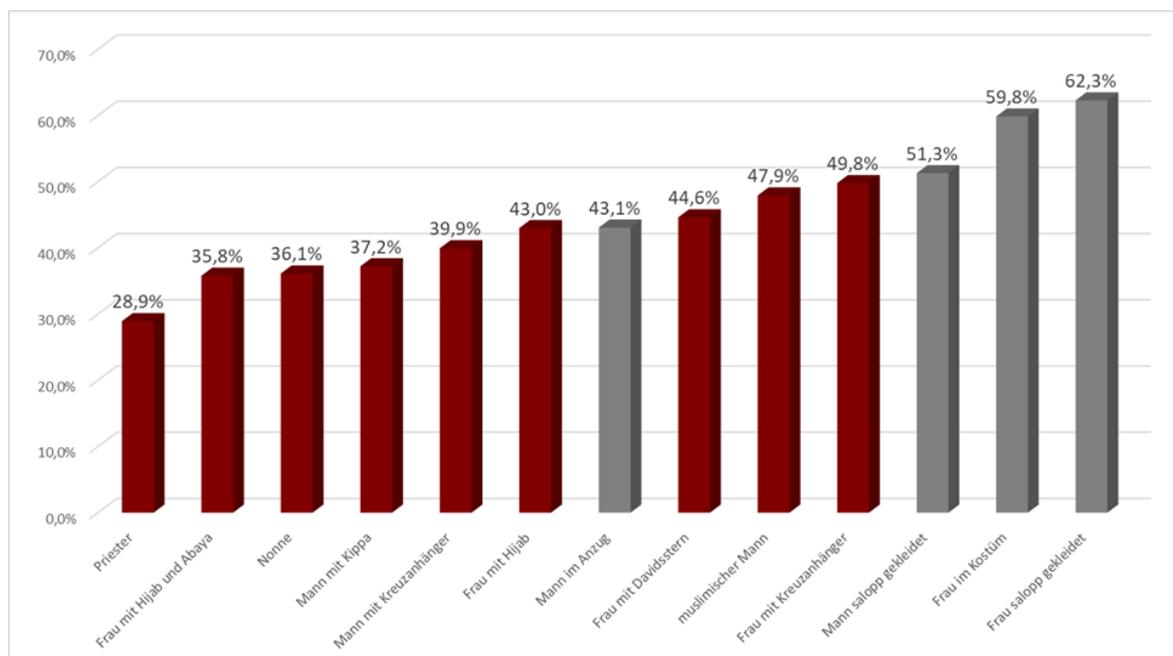


Abbildung 4: Bereitschaft, bei den abgebildeten Personen Psychotherapie in Anspruch zu nehmen (graue Balken sind den abgebildeten Personen zugeordnet, die kein Zeichen einer Religionszugehörigkeit tragen).

Diese deskriptive Darstellung leitet weiter zur Frage, welche Unterschiede der Akzeptanz Signifikanzniveau erreichen. Dazu wurde das Ausmaß der Ablehnung der Personen mit sichtbaren Zeichen der Religionszugehörigkeit verglichen, die Unterschiede mittels t-Tests für verbundene Stichproben auf Signifikanz geprüft. Vorab wurde geprüft, ob die Akzeptanz der Darstellungen der Personen ohne

Zeichen einer Religionszugehörigkeit signifikante Unterschiede zu den jeweils in der Akzeptanz nächsthöheren und nächstniedrigeren dargestellten Person aufweisen: Ein hochsignifikanter Unterschied ( $p < .001$ ) zeigte sich zwischen der Frau im Kostüm und dem salopp gekleideten Mann zugunsten der Frau im Kostüm sowie ein signifikanter zwischen der Frau im Kostüm und der salopp gekleideten Frau zugunsten der salopp gekleideten Frau ( $p = .044$ ). Die Akzeptanz des Mannes im Anzug unterscheidet sich nicht signifikant von der nächst weniger akzeptierten Frau mit Hijab und der nächst höher akzeptierten Frau mit Davidstern. Die Personen ohne sichtbare Zeichen einer Religionszugehörigkeit wurden in der weiteren Auswertung nicht mehr berücksichtigt, da ihre Akzeptanz nicht Gegenstand der Untersuchung war. Ebenfalls nicht berücksichtigt wurden die Extremvarianten der sichtbaren Zeichen der Religionszugehörigkeit (Priester, Nonne, Frau mit Hijab und Abaya), da diese die Ergebnisse verzerrt hätten.

Um die Bedeutsamkeit der signifikanten Unterschiede zu prüfen, wurden jeweils die Effektstärken berechnet (Lenhard & Lenhard, 2016).

#### *Signifikante Unterschiede zwischen weiblichen Figuren mit sichtbaren Zeichen der Religionszugehörigkeit*

- Die Frau mit Kreuzanhänger als Zeichen der Zugehörigkeit zur christlichen Religion wird weniger stark abgelehnt als die Frau mit Kopftuch als Zeichen der Zugehörigkeit zur muslimischen Religion ( $p < .001$ ). Es zeigt sich ein mittlerer Effekt (Eta squared ( $\eta^2$ ) = .061,  $d_{\text{Cohen}} = .508$ ).
- Die Frau mit Davidstern als Zeichen der Zugehörigkeit zur jüdischen Religion wird stärker abgelehnt als die Frau mit Kreuzanhänger ( $p = .002$ ). Die Effektstärke liegt an der oberen Grenze des kleinen Effekts zum mittleren Effekt (Eta squared ( $\eta^2$ ) = .042,  $d_{\text{Cohen}} = .421$ ).

#### *Signifikante Unterschiede zwischen männlichen Figuren mit sichtbaren Zeichen der Religionszugehörigkeit*

- Der Mann mit Kreuzanhänger wird stärker abgelehnt als der muslimische Mann ( $p \leq .001$ ), die Effektstärke ist hoch (Eta squared ( $\eta^2$ ) = .134,  $d_{\text{Cohen}} = .786$ )
- Der muslimische Mann wird weniger stark abgelehnt als der Mann mit Kippa als Zeichen der Zugehörigkeit zur jüdischen Religion ( $p = .053$ ), ebenfalls mit hoher Effektstärke (Eta squared ( $\eta^2$ ) = .175,  $d_{\text{Cohen}} = .921$ ).

#### *Signifikante Unterschiede zwischen den Religionen*

Hierzu wurden die Angaben der Patient\*innen zum jüdischen Mann und der jüdischen Frau, zur muslimischen Frau und zum muslimischen Mann, zur christlichen Frau und zum christlichen Mann jeweils

in eine neue Variable addiert. Der statistische Vergleich mittels t-Tests für verbundene Stichproben ergab folgende Signifikanzen und Effektstärken:

- Personen mit Zeichen der Zugehörigkeit zur jüdischen Religion werden stärker abgelehnt als Personen mit muslimischem Zeichen der Religionszugehörigkeit ( $p < .001$ ), die Effektstärken weisen auf einen mittleren Effekt hin (Eta squared ( $\eta^2$ ) = .077,  $d_{\text{Cohen}} = .576$ ).
- Personen mit jüdischem Zeichen der Religionszugehörigkeit werden stärker abgelehnt als Personen mit christlichem Zeichen der Religionszugehörigkeit ( $p = .005$ ), die Effektstärken liegen im Bereich des mittleren Effekts (Eta squared ( $\eta^2$ ) = .037,  $d_{\text{Cohen}} = .391$ ).
- Kein signifikanter Unterschied besteht zwischen der Ablehnung der Personen mit christlicher Religion im Vergleich zu Personen mit muslimischer Religion.
- Die etwa gleich hohe Akzeptanz des muslimischen Mannes und der christlichen Frau lässt Zweifel daran aufkommen, ob die Erkennungssicherheit der muslimischen Religionszugehörigkeit ausreichend gegeben war, da sie nicht aus einem hohen Anteil von Teilnehmenden, die der muslimischen Religion angehören, erklärt werden kann. Möglicherweise ist dadurch das Ergebnis nicht optimal valide.

#### *Unterschiede nach Religionszugehörigkeit und nach Religionsausübung der Patient\*innen*

Werden die Ergebnisse nach der Angabe der Religionszugehörigkeit der Patientinnen differenziert, so ergeben sich nur sehr wenige Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen. Die Ablehnung der Personen mit sichtbar getragenen Zeichen der Religionszugehörigkeit unterscheidet sich nicht signifikant danach, ob Patient\*innen sich als einer Religion zugehörig empfinden. Einzig die Frau mit Kreuzanhänger wird von jenen Patient\*innen, die angeben, keine Religion auszuüben, stärker abgelehnt als von Patient\*innen, die eine Religion ausüben ( $p = .007$ ), die Effektstärke ist klein (Eta squared ( $\eta^2$ ) = .032,  $d_{\text{Cohen}} = .362$ ).

Auch wenn die Ergebnisse nach der Angabe der Religionsausübung differenziert werden, ergeben sich sehr wenige Unterschiede. Die Ablehnung der Personen mit sichtbar getragenen Zeichen der Religionszugehörigkeit unterscheidet sich – mit zwei Ausnahmen – nicht danach, ob Patient\*innen selbst eine Religion ausüben: Patient\*innen, die keine Religion ausüben, akzeptieren die Frau mit Kreuzanhänger ( $p = .007$ ) weniger als Patient\*innen, die angeben, eine Religion auszuüben, wobei die Effektstärke klein ist (Eta squared ( $\eta^2$ ) = .032,  $d_{\text{Cohen}} = .362$ ), ebenso den muslimischen Mann ( $p < .001$ ). Die Effektstärke liegt an der oberen Grenze des kleinen zum mittleren Effekt (Eta squared ( $\eta^2$ ) = .052,  $d_{\text{Cohen}} = .468$ ).

### *Unterschied nach dem Geschlecht der abgebildeten Personen*

Unabhängig von den Religionen ergaben die Antworten der Patient\*innen, dass Männer mit sichtbar getragenen Zeichen der Religionszugehörigkeit als Psychotherapeuten stärker abgelehnt werden als Frauen mit gleichartigem Auftreten ( $p = .007$ , wieder berechnet ohne die Extremvarianten Nonne, Priester und Frau mit Hijab und Abaya). Die Effektstärke ist klein (Eta squared ( $\eta^2$ ) = .034,  $d_{\text{Cohen}} = .373$ ).

### *Einfluss von Alter, Bildungsniveau, Geschlecht und aktiver Religionsausübung der Patient\*innen*

Eine multiple lineare Regression mit *Akzeptanz der Person für die Inanspruchnahme von Psychotherapie – alle Religionen* als der abhängigen und *Geschlecht, Alter, Schulbildung und aktive Ausübung der Religion* als den erklärenden Variablen ist signifikant,  $F(4, 181) = 2,853$ ,  $p = .025$ . 39% der Varianz von *Akzeptanz der Person für die Inanspruchnahme von Psychotherapie – alle Religionen* kann mit der Variable *Alter* erklärt werden. Der Regressionskoeffizient der Variable *Alter* ist 0,79 und ist signifikant ( $t(181) = 3,329$ ;  $p < .001$ ). Die Korrelation ist mit  $r = .234$  positiv, das heißt: Mit zunehmendem Alter steigt die Akzeptanz der Person mit sichtbar getragenen Zeichen der Religionszugehörigkeit. Die Kollinearitätsstatistik zur Prüfung einer Multikollinearität ließ keine signifikante Korrelation der Prädiktoren feststellen.

Eine weitere Analyse mittels multipler linearer Regression, differenziert nach den Religionen, zeigt auf, dass dieser Einfluss des Alters der Patient\*innen nur bei den Träger\*innen der Zugehörigkeit zur muslimischen Religion aufzufinden ist,  $F(4, 183) = 4,579$ ,  $p = .002$ .

## ***3.2 Ergebnisse der Studie mit Psychotherapeut\*innen, Psychotherapeut\*innen in Ausbildung unter Supervision und Studierenden des Studiengangs Psychotherapiewissenschaft, die noch nicht psychotherapeutisch tätig sind (im weiteren: „Nicht-Patient\*innen“)***

### ***3.2.1 Stichprobenbeschreibung der Gruppe der Nicht-Patient\*innen des ersten Untersuchungszeitpunkts***

Befragt wurden an der psychotherapeutischen Ambulanz der SFU tätige Psychotherapeut\*innen sowie Psychotherapeut\*innen in Ausbildung unter Supervision und Studierende des Studiengangs Psychotherapiewissenschaft, die noch nicht psychotherapeutisch tätig waren.

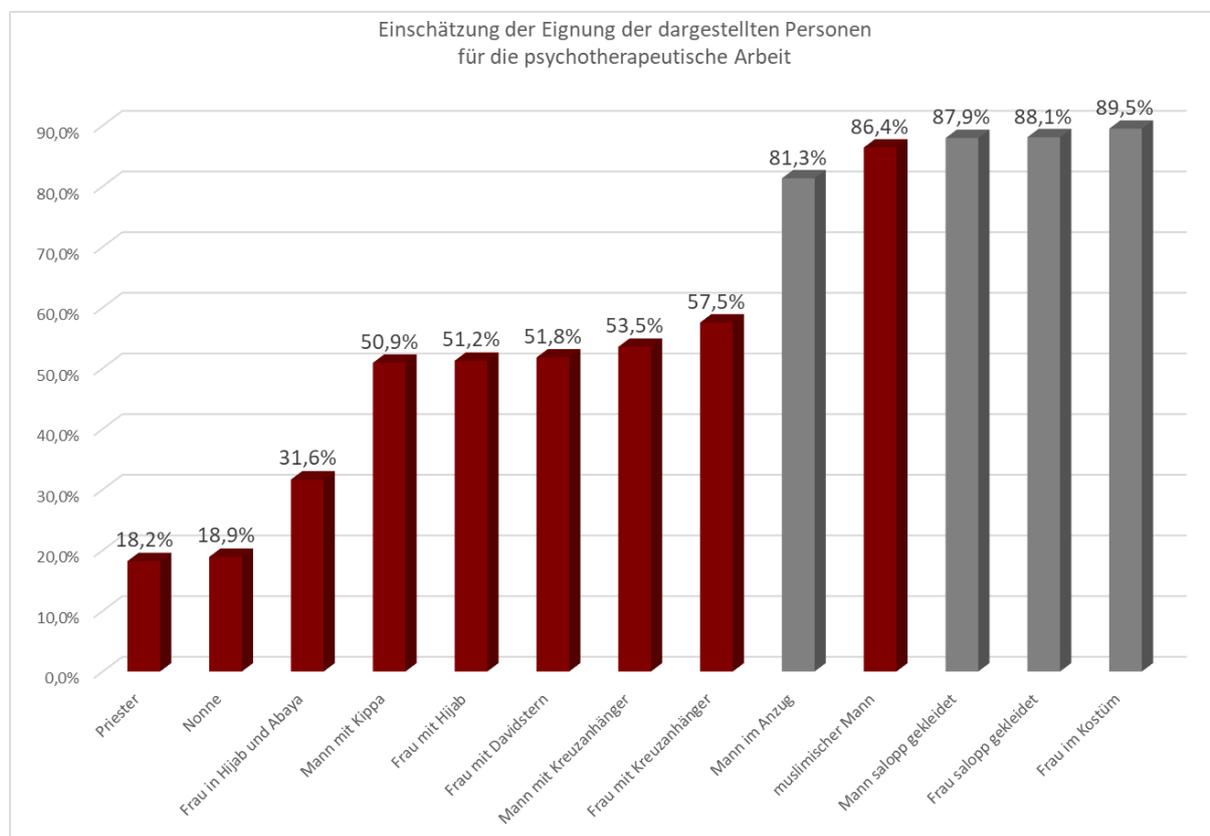
Es konnten 286 vollständig ausgefüllte Fragebogen gewonnen werden. Zur Stichprobenbeschreibung siehe Tabelle 2.

Parameter	Anzahl (n)	Anteil (%)
<b>Geschlecht</b>		
<i>weiblich</i>	244	71,3%
<i>männlich</i>	82	24,0%
<i>intersexuell</i>	1	,3%
<i>keine Angabe</i>	15	4,3%
<b>Alter</b>		
<i>bis 30 Jahre</i>	158	55,2%
<i>31 bis 50 Jahre</i>	87	30,4%
<i>über 50 Jahre</i>	41	14,3%
<b>Ausbildungsstand</b>		
<i>Eingetragene Psychotherapeut*innen</i>	62	60,8%
<i>Psychotherapeut*innen in Ausbildung unter Supervision</i>	91	27,9%
<i>Studierende ohne psychotherapeutische Tätigkeit</i>	133	4,1%
<b>Religionszugehörigkeit</b>		
<i>buddhistisch</i>	2	,7%
<i>christlich</i>	8	2,8%
<i>evangelisch</i>	13	4,5%
<i>katholisch</i>	108	37,6%
<i>keine Religionszugehörigkeit</i>	64	22,3%
<i>jüdisch</i>	1	,5%
<i>muslimisch</i>	6	2,10%
<i>andere</i>	3	,5%
<i>keine Angabe</i>	81	28,3%
<b>Religionsausübung</b>		
<i>ja</i>	63	22,0%
<i>nein</i>	211	73,8%
<i>keine Angabe</i>	12	4,2%

Tabelle 2: Stichprobe der Nicht-Patient\*innen zum ersten Untersuchungszeitpunkt.

### 3.2.2 Ergebnisse der Studie mit Nicht-Patient\*innen

Die Auswertung der Antworten dieser Gruppe der Befragten zeigt, dass sichtbar getragene Zeichen der Religionszugehörigkeit eine Auswirkung auf die Einschätzung der Befragten haben, ob die abgebildeten Personen für die Ausübung der Psychotherapie geeignet seien. (Berechnet wurde die Einschätzung der Eignung als Prozentsatz des höchstmöglichen Ausmaßes, die vier Antwortmöglichkeiten von „nein“ bis „ja“ aufsteigend von -2 bis +2 kodiert).



Als am besten geeignet wurden die Frau im Kostüm, die salopp gekleidete Frau, der salopp gekleidete Mann, der Mann im Anzug und überraschenderweise der muslimische Mann genannt, wobei sich hier die Frage ergibt, inwieweit die Befragten den muslimischen Mann (Gebetsmütze) als tatsächlich einer Religion zugehörig erkannt haben, was bei der Einschätzung der muslimischen Frau (Frau mit Hijab) offensichtlich der Fall war. Da unter den Befragten nur sechs Teilnehmende waren, die angaben, der muslimischen Religion zuzugehören, wäre durchaus denkbar, dass unter den anderen Teilnehmenden dieses Zeichen der Zugehörigkeit visuell nicht so präsent war, dass es ihre Aufmerksamkeit erreichte. Der Unterschied in der Einschätzung der Eignung ist sowohl zwischen dem Mann im Anzug und der Frau mit Kreuzanhänger signifikant ( $p < .001$ ) als auch zwischen dem Mann im Anzug und dem muslimischen Mann ( $p = .011$ ).

Interessant ist auch der hochsignifikante Unterschied zwischen der Frau in Hijab und Abaya gegenüber der Nonne und dem Priester zugunsten der Frau in Hijab und Abaya ( $p < .001$ ), wobei hier anzunehmen ist, dass die Frau in Hijab und Abaya sehr wohl als religionszugehörig erkannt wurde.

*Signifikante Unterschiede zwischen den abgebildeten Träger\*innen religiöser Zeichen in der Eignungseinschätzung für den psychotherapeutischen Beruf*

Um die Bedeutsamkeit der signifikanten Unterschiede zu prüfen, wurden jeweils die Effektstärken berechnet (Lenhard & Lenhard, 2016).

- Im Vergleich mit Träger\*innen moderater religiöser Zeichen (Kreuzanhänger, Kippa, ...) zeigte sich hochsignifikant ein höherer Vorbehalt betreffend die Eignung für die psychotherapeutische Arbeit gegenüber Personen mit dominant sichtbaren Zeichen (Nonne, Priester, Frau in Hijab und Abaya,  $p < .001$ ) mit großer Effektstärke (Eta squared ( $\eta^2$ ) = .494,  $d_{\text{Cohen}} = 1.974$ ).
- Die Nonne und der Priester wurden dabei signifikant mit mehr Vorbehalt gesehen als die Frau in Hijab und Abaya ( $p < .001$ ). Die Effektstärke verweist auf einen mittleren Effekt sowohl im Vergleich zwischen Nonne und Frau in Hijab und Abaya (Eta squared ( $\eta^2$ ) = .077,  $d_{\text{Cohen}} = .578$ ) als auch im Vergleich zwischen Priester und Frau im Hijab und Abaya (Eta squared ( $\eta^2$ ) = .068,  $d_{\text{Cohen}} = .54$ )

Ohne Einbezug der Extremvarianten religiöser Zeichen, die eine Ergebnisverzerrung bewirkt hätten, wurden die Religionen verglichen:

- Personen, die Zeichen der muslimischen Religion tragen, wurde von Nicht-Patientinnen die psychotherapeutische Arbeit signifikant mehr zugetraut als Personen mit christlichen Religionszeichen ( $p < .001$ ). Die Effektstärke ist hoch (Eta squared ( $\eta^2$ ) = .23,  $d_{\text{Cohen}} = 1.094$ ).
- Zudem wurden die jüdische Frau und der jüdische Mann signifikant stärker abgelehnt als Menschen, die sich sichtbar zur muslimischen Religion bekennen ( $p \leq .001$ ), dies ebenfalls mit hoher Effektstärke (Eta squared ( $\eta^2$ ) = .347,  $d_{\text{Cohen}} = 1.457$ ).
- Diese Ergebnisse lassen allerdings die Vermutung aufkommen, dass sie durch den vielleicht nicht ausreichend als muslimisch erkannten Mann verfälscht sein könnten, da kein signifikanter Unterschied zwischen der Frau mit Hijab und der Frau mit Davidstern besteht, sehr wohl jedoch zwischen der Frau mit Hijab und der Frau mit Kreuzanhänger ( $p = .007$ , Eta squared ( $\eta^2$ ) = .026,  $d_{\text{Cohen}} = .324$ ) sowie der Frau mit Davidstern und der Frau mit Kreuzanhänger ( $p = .007$ ; Eta squared ( $\eta^2$ ) = .025,  $d_{\text{Cohen}} = .322$ ), jeweils zugunsten der Frau mit Kreuzanhänger und beide Male mit kleiner Effektstärke.
- Trotz des vermutlichen Bias durch die reduzierte Erkennung des muslimischen Mannes wurde Männern mit sichtbar getragenen Zeichen der Religionszugehörigkeit hochsignifikant mehr Vorbehalte entgegengebracht als Frauen mit vergleichbaren Symbolen ( $p < .001$ ). Die Effektstärke liegt im hohen Bereich (Eta squared ( $\eta^2$ ) = .28,  $d_{\text{Cohen}} = 1.246$ ).

### *Einfluss von Alter, Geschlecht, aktiver Religionsausübung und eigener psychotherapeutischer Tätigkeit der Nicht-Patient\*innen*

Eine multiple lineare Regression mit *Eignung der Person für die Ausübung von Psychotherapie – alle Religionen* als der abhängigen und *Geschlecht, Alter, eigene psychotherapeutische Tätigkeit und aktive Ausübung der Religion* als den erklärenden Variablen ist nicht signifikant,  $F(3,279) = ,433, p = .785$ . Die Kollinearitätsstatistik zur Prüfung einer Multikollinearität ließ keine signifikante Korrelation der Prädiktoren feststellen. Die Differenzierung nach Religionen ergab ebenfalls keine signifikanten Ergebnisse. Auch die Aufschlüsselung nach den Religionen zeigte keine signifikanten Ergebnisse. Somit ließ sich kein Einfluss des Geschlechts, des Alters, der eigenen aktiven Religionsausübung und der Gegebenheit, ob die Befragten selbst psychotherapeutisch tätig sind, auf die Eignungseinschätzung auffinden.

### **3.2.3 Vergleich der Ergebnisse aus der Gruppe der Patient\*innen mit denen der Gruppe der Nicht-Patient\*innen**

Nachdem die Bereitschaft von Patient\*innen, bei einer abgebildeten Person Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, als deren Einschätzung der Eignung dieser Person für die psychotherapeutische Tätigkeit verstanden werden kann, liegt es nun nahe, diese mit der Eignungseinschätzung der Psychotherapeut\*innen, der Psychotherapeut\*innen in Ausbildung und den Studierenden der Psychotherapiewissenschaft, die die Antwort aus professioneller Perspektive treffen, zu vergleichen (Abbildung 5). *Dieser Vergleich ist als das Kernergebnis des Forschungsvorhabens zu verstehen, da es für die Selbstreflexion der Gruppe der Nicht-Patient\*innen im Hinblick auf die psychotherapeutische Beziehung und damit zum Wohle der Patient\*innen anzusehen ist.* Divergenzen zwischen den Ergebnissen weisen auf Fehleinschätzungen der Bedeutung der sichtbaren Religionszugehörigkeit aus professioneller Perspektive hin, denen jedoch ein bedeutsamer Einfluss auf die psychotherapeutische Behandlung zuzuordnen ist.

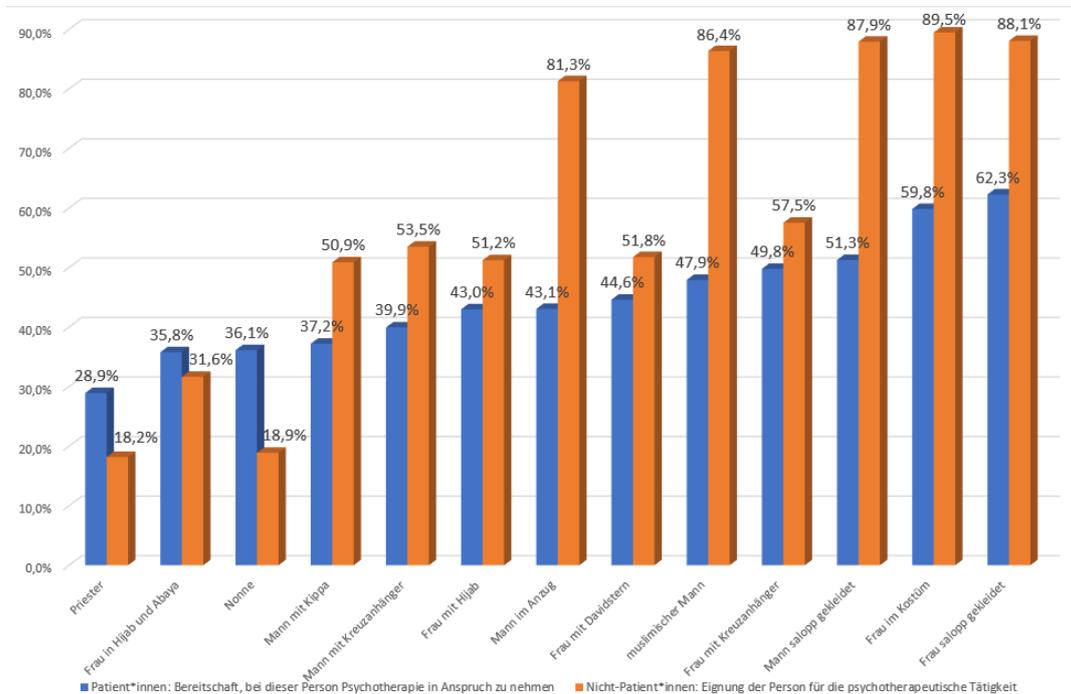


Abbildung 5: Vergleich der Bereitschaft von Patient\*innen zur Inanspruchnahme von Psychotherapie bei Personen mit sichtbarer Religionszugehörigkeit mit der professionellen Eignungseinschätzung dieser Personen zum ersten Untersuchungszeitpunkt.

Die Gegenüberstellung macht deutlich: Im Bereich der besonders ausgeprägten Sichtbarkeit der Zugehörigkeit zu einer Religion ist die Bereitschaft der Patient\*innen, bei diesen Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, deutlich höher als die Eignungseinschätzung der professionellen Befragten, während die Bedeutung der moderaten Zeichen der Religionszugehörigkeit für die Bereitschaft der Patient\*innen, bei diesen Personen Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, von ihnen deutlich unterschätzt wird. Letzteres daraus abzulesen, dass die professionellen Befragten die Eignung der Personen mit moderaten Zeichen einer Religionszugehörigkeit für die psychotherapeutische Arbeit deutlich höher einschätzen als die Bereitschaft der Patient\*innen, bei diesen Personen psychotherapeutische Behandlung in Anspruch zu nehmen. Die besonders hohe Diskrepanz bei der Darstellung des muslimischen Mannes lässt die Vermutung zu, dass Patient\*innen die Religionszugehörigkeit dieser Person stärker wahrgenommen haben als die professionellen Befragten.

### 3.3 Ergebnisse der zweiten Untersuchung

#### 3.3.1 Stichprobenbeschreibung der Gruppe der Nicht-Patient\*innen des zweiten Untersuchungszeitpunkts

Es konnten 94 vollständige Datensätze von Patient\*innen der psychotherapeutischen Ambulanz der SFU gewonnen werden. Zur Stichprobenbeschreibung siehe Tabelle 3.

Parameter	Anzahl (n)	Anteil (%)
<b>Geschlecht</b>		
<i>weiblich</i>	67	71,3%
<i>männlich</i>	26	27,7%
<i>Keine Angabe</i>	1	1,1%
<b>Bildungsstand</b>		
<i>Pflichtschule</i>	8	8,6%
<i>Lehre</i>	15	16,0%
<i>Berufsbildende mittlere Schule</i>	2	2,1%
<i>Matura</i>	28	29,8%
<i>Abgeschlossenes Hochschulstudium</i>	40	42,6%
<i>Keine Angabe</i>	1	1,1%
<b>Herkunftsland</b>		
<i>Österreich</i>	64	68,1%
<i>andere europäische Länder</i>	19	20,2%
<i>Asien</i>	7	7,4%
<i>Afrika</i>	2	2,1%
<i>USA</i>	1	1,1%
<i>keine Angabe zum Herkunftsland</i>	2	2,1%
<b>Religionszugehörigkeit</b>		
<i>buddhistisch</i>	1	,5%
<i>christlich</i>	42	44,7%
<i>keine Religionszugehörigkeit</i>	34	36,2%
<i>keine Angabe</i>	4	4,3%
<i>muslimisch</i>	3	5,0%
<i>andere</i>	11	11,7%
<i>Zeugen Jehovas</i>	1	,5%
<b>Religionsausübung</b>		
<i>ja</i>	18	19,1%
<i>nein</i>	56	59,6%
<i>keine Angabe</i>	20	21,3%

Tabelle 3: Stichprobe der Patient\*innen zum zweiten Untersuchungszeitpunkt.

### 3.3.2 *Adaptierung des Materials*

Nach den Erfahrungen aus der ersten Studie wurden im Anschluss an den Fragebogen die Bilder nochmals vorgegeben und um die Zuordnung der abgebildeten Personen zu einer Religion ersucht (Auswahl: christlich – muslimisch – jüdisch – keine Zugehörigkeit zu einer Religion). Der prozentuelle Anteil der Erkennungsfehler pro Abbildung ist Tabelle 4 zu entnehmen:

<i>Nonne</i>	<i>1,1%</i>
<i>Priester</i>	<i>1,1%</i>
<i>Frau in Hijab und Abaya</i>	<i>3,2%</i>
<i>Christliche Frau</i>	<i>1,1%</i>
<i>Muslimische Frau</i>	<i>10,6%</i>
<i>Jüdische Frau</i>	<i>8,5%</i>
<i>Frau im Kostüm</i>	<i>5,3%</i>
<i>Frau in salopper Kleidung</i>	<i>2,1%</i>
<i>Christlicher Mann</i>	<i>2,1%</i>
<i>Muslimischer Mann</i>	<i>5,3%</i>
<i>Jüdischer Mann</i>	<i>4,3%</i>
<i>Mann im Anzug</i>	<i>4,3%</i>
<i>Mann in salopper Kleidung</i>	<i>1,1%</i>

*Tabelle 4: Prozentueller Anteil der Erkennungsfehler pro Abbildung.*

Den höchsten Prozentsatz an Erkennungsfehlern gab es somit bei der muslimischen Frau, gefolgt von der jüdischen Frau. Dies steht in Diskrepanz zur Vorstudie zur Erkennungsgenauigkeit. Bemerkenswert ist, dass der Prozentsatz der Fehlerkennung bei der Frau im Kostüm und beim muslimischen Manne gleich hoch ist, wobei die Frau im Kostüm als christlich, der muslimische Mann als religionslos benannt wurde.

### 3.3.3 *Ergebnisse der zweiten Studie mit Patient\*innen*

Im Folgenden wird die Auswertung der Antworten der Patient\*innen auf die Frage, ob sie bei dieser Person Psychotherapie in Anspruch nehmen würden, aus dieser Folgestudie mit den Ergebnissen der ersten Studie gegenübergestellt. (Berechnet wurde die Zustimmung wie bei der ersten Untersuchung). Die Balken zu den Personen ohne sichtbares Zeichen einer Religionszugehörigkeit sind weiß gefüllt (Abbildung 6).

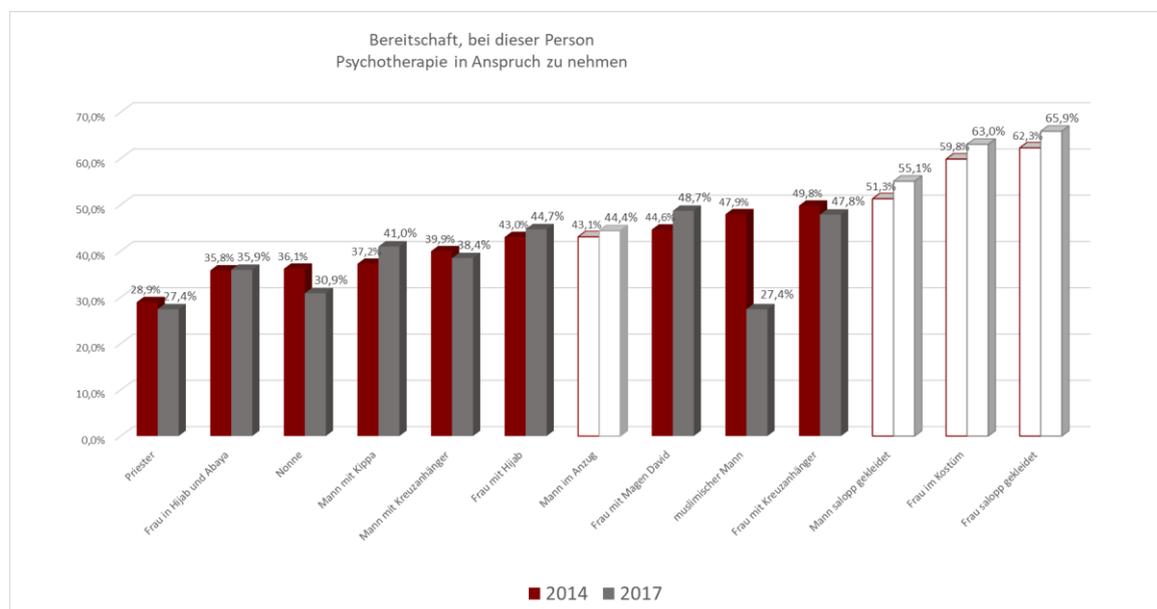


Abbildung 6: Bereitschaft, bei dieser Person Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, im Vergleich der beiden Untersuchungszeitpunkte.

Die deutlichste Veränderung zeigt sich beim muslimischen Mann, dessen Akzeptanz als Psychotherapeut drastisch abgenommen hat. Auch die Nonne und der Priester, ebenso die christliche Frau und der christliche Mann, werden weniger akzeptiert, wohingegen die Akzeptanz des jüdischen Mannes, der muslimischen Frau und der jüdischen Frau leicht zugenommen hat. Es erreicht jedoch lediglich die Veränderung der Akzeptanz des muslimischen Mannes Signifikanz im Sinne einer Abnahme der Bereitschaft, sich bei ihm in psychotherapeutische Behandlung zu begeben, dies mit großer Effektstärke ( $p = .000$ ;  $\eta^2 = .137$ ,  $d_{\text{Cohen}} = .797$ ).

### 3.3.4 Signifikante Unterschiede zwischen den Religionen beim zweiten Testzeitpunkt

Wiederum wurden die Effektstärken der signifikanten Unterschiede berechnet:

- Männer mit moderat sichtbaren religiösen Zeichen werden signifikant weniger akzeptiert als Frauen mit moderat sichtbaren religiösen Zeichen ( $p < .001$ ), die Effektstärken sind jeweils hoch (Eta squared ( $\eta^2$ ) = .418,  $d_{\text{Cohen}} = 1.696$ ).
- Personen mit Zeichen der muslimischen Religionszugehörigkeit wird signifikant eine geringere Bereitschaft, bei ihnen Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, als Personen mit Zeichen der christlichen Religionszugehörigkeit ( $p < .001$ ). Die Effektstärke liegt an der oberen Grenze des mittleren Effekts (Eta squared ( $\eta^2$ ) = .132,  $d_{\text{Cohen}} = .779$ ).

- Personen mit Zeichen der muslimischen Religionszugehörigkeit werden mit großer Effektstärke signifikant stärker als Psychotherapeut\*innen abgelehnt als Personen mit Zeichen der jüdischen Religionszugehörigkeit ( $p < .001$ , Eta squared ( $\eta^2$ ) = .327,  $d_{\text{Cohen}}=1.393$ ).
- Es zeigte sich außerdem eine Vielzahl von signifikanten Detailunterschieden in der Akzeptanz, auf deren Darstellung hier aus Platzgründen verzichtet werden muss.

#### *Einfluss von Alter, Bildungsniveau, Geschlecht und aktiver Religionsausübung der Patient\*innen*

Eine multiple lineare Regression mit *Akzeptanz der Person für die Inanspruchnahme von Psychotherapie – alle Religionen* als der abhängigen und *Geschlecht, Alter, Schulbildung* und *aktive Ausübung der Religion* als dem erklärenden Variablen ist nicht signifikant,  $F(4,77) = ,542$ ,  $p = .706$ . Die Kollinearitätsstatistik zur Prüfung einer Multikollinearität ließ keine signifikante Korrelation der Prädiktoren feststellen.

#### **3.4 Ergebnisse der Studie mit Nicht-Patient\*innen zum zweiten Untersuchungszeitpunkt:**

Es konnten 65 vollständig ausgefüllte Fragebogen gewonnen werden. Zur Stichprobenbeschreibung siehe Tabelle 5.

Parameter	Anzahl (n)	Anteil (%)
<b>Geschlecht</b>		
<i>weiblich</i>	53	81,5%
<i>männlich</i>	12	18,5%
<b>Alter</b>		
<i>bis 30 Jahre</i>	40	61,5%
<i>31 bis 50 Jahre</i>	18	27,7%
<i>über 50 Jahre</i>	6	9,2%
<i>Keine Angabe</i>	1	1,5%
<b>Ausbildungsstand</b>		
<i>Eingetragene Psychotherapeut*innen</i>	3	4,6%
<i>Psychotherapeut*innen in Ausbildung unter Supervision</i>	30	46,2%
<i>Studierende ohne psychotherapeutische Tätigkeit</i>	32	49,2%
<b>Religionszugehörigkeit</b>		
<i>christlich</i>	39	60,0%
<i>keine Angabe</i>	19	29,2%
<i>andere</i>	2	3,1%
<i>keine Religionszugehörigkeit</i>	5	7,7%
<b>Religionsausübung</b>		
<i>ja</i>	16	24,6%

<i>nein</i>	46	70,8%
<i>keine Angabe</i>	3	4,6%

Tabelle 5: Stichprobe der Nicht-Patient\*innen zum zweiten Untersuchungszeitpunkt.

### 3.4.1 *Adaptierung des Materials*

Nach den Erfahrungen aus der ersten Studie wurden auch den Nicht-Patient\*innen im Anschluss an den Fragebogen die Bilder nochmals vorgegeben und um die Zuordnung der abgebildeten Personen zu einer Religion ersucht (Auswahl: christlich – muslimisch – jüdisch – keine Zugehörigkeit zu einer Religion sichtbar). Zum prozentuellen Anteil der Erkennungsfehler pro Abbildung siehe Tabelle 6.

<i>Nonne</i>	1,5%
<i>Priester</i>	0%
<i>Frau in Hijab und Abaya</i>	0%
<i>Christliche Frau</i>	1,5%
<i>Muslimische Frau</i>	1,5%
<i>Jüdische Frau</i>	0%
<i>Frau im Kostüm</i>	1,5%
<i>Frau in salopper Kleidung</i>	0%
<i>Christlicher Mann</i>	0%
<i>Muslimischer Mann</i>	3,1%
<i>Jüdischer Mann</i>	1,5%
<i>Mann im Anzug</i>	3,1%
<i>Mann in salopper Kleidung</i>	0%

Tabelle 6: Prozentueller Anteil der Erkennungsfehler pro Abbildung.

### 3.4.2 *Ergebnisse der zweiten Studie mit Nicht-Patient\*innen*

Im Folgenden wird die Auswertung der Antworten der Psychotherapeut\*innen, der Psychotherapeut\*innen in Ausbildung unter Supervision und der Studierenden des Studiengangs Psychotherapiewissenschaft auf die Frage, ob sie diese Person für geeignet halten, psychotherapeutisch tätig zu sein, aus dieser Folgestudie den Ergebnissen der ersten Studie gegenübergestellt. (Berechnet wurde die Eignungseinschätzung wie bei der ersten Untersuchung). Die Balken zu den Personen ohne sichtbares Zeichen einer Religionszugehörigkeit sind weiß gefüllt (Abbildung 7: Vergleich der Eignungseinschätzungen durch Psychotherapeut\*innen, Psychotherapeut\*innen in Ausbildung unter Supervision, Studierende 2014 mit 2017).

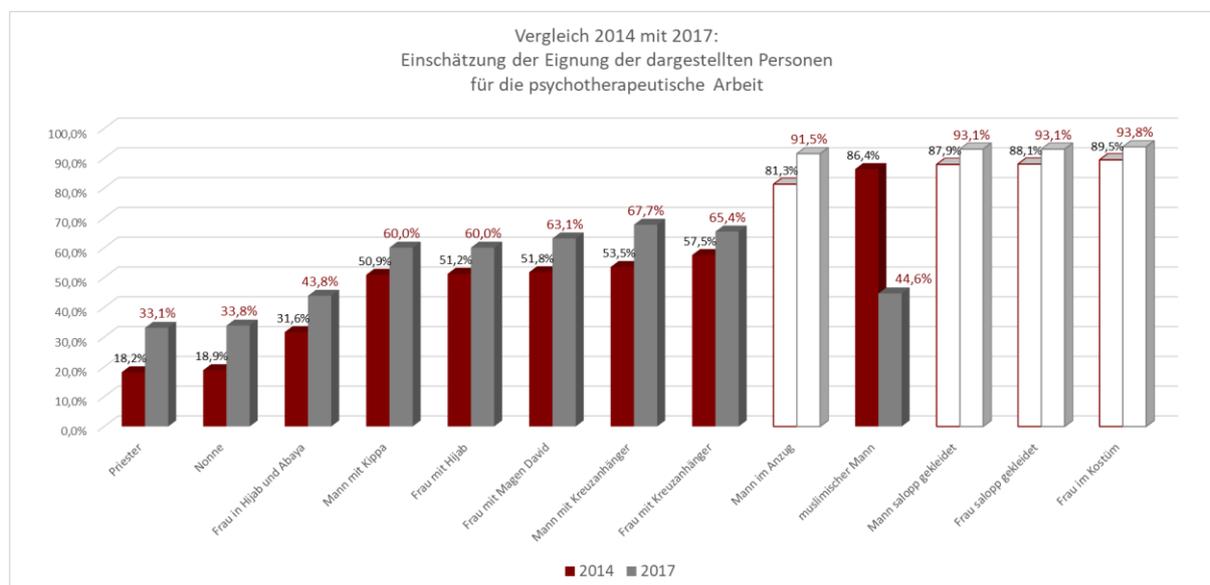


Abbildung 7: Vergleich der Eignungseinschätzungen durch Psychotherapeut\*innen, Psychotherapeut\*innen in Ausbildung unter Supervision, Studierende zu den beiden Untersuchungszeitpunkten.

Die deutlichste Veränderung zeigt sich auch bei den professionellen Befragten beim muslimischen Mann in einer Abnahme seiner Eignungseinschätzung als Psychotherapeut. Der Wert ist signifikant, die Effektstärke liegt am oberen Rand des mittleren Effekts ( $p < .001$ ; Eta squared ( $\eta^2$ ) = .121,  $d_{\text{Cohen}} = .743$ ). Signifikante Unterschiede finden sich auch bei der jüdischen Frau ( $p = .015$ ; Eta squared ( $\eta^2$ ) = .012,  $d_{\text{Cohen}} = .224$ ) und dem christlichen Mann ( $p = .008$ ; Eta squared ( $\eta^2$ ) = .015,  $d_{\text{Cohen}} = .247$ ), dabei beide Male mit kleiner Effektstärke. Bei allen anderen dargestellten Personen ist die Eignungseinschätzung höher, jedoch erreicht die Veränderung keine Signifikanz.

#### Signifikante Unterschiede zwischen den Religionen beim zweiten Testzeitpunkt

Wiederum wurden die Effektstärken der signifikanten Unterschiede berechnet:

- Personen, die Zeichen der muslimischen Religion tragen, wird von Nicht-Patientinnen psychotherapeutische Arbeit signifikant weniger zugetraut als Personen mit christlichen Religionszeichen ( $p < .001$ ). Die Effektstärke ist hoch (Eta squared ( $\eta^2$ ) = .178,  $d_{\text{Cohen}} = .93$ ).
- Personen, die Zeichen der jüdischen Religion tragen, wurde von Nicht-Patientinnen psychotherapeutische Arbeit eine signifikant höhere Eignung zugesprochen als Personen mit muslimischen Religionszeichen ( $p = .010$ ). Es besteht also ein größerer Vorbehalt gegenüber Personen mit muslimischen Religionszeichen bezüglich ihrer Eignung für die psychotherapeutische Arbeit bei mittlerer Effektstärke (Eta squared ( $\eta^2$ ) = .102,  $d_{\text{Cohen}} = .673$ ).

Einfluss von Alter, Geschlecht, aktiver Religionsausübung und eigener psychotherapeutischer Tätigkeit der Nicht-Patient\*innen

Eine multiple lineare Regression mit *Eignung der Person für die Ausübung von Psychotherapie – alle Religionen* als der abhängigen und *Geschlecht, Alter, eigene psychotherapeutische Tätigkeit und aktive Ausübung der Religion* als den erklärenden Variablen ist nicht signifikant,  $F(3,60) = 1,047, p = .379$ . Die Kollinearitätsstatistik zur Prüfung einer Multikollinearität ließ keine signifikante Korrelation der Prädiktoren feststellen.

### 3.4.3 Vergleich der Ergebnisse der Patient\*innengruppe mit denen der Nicht-Patient\*innen

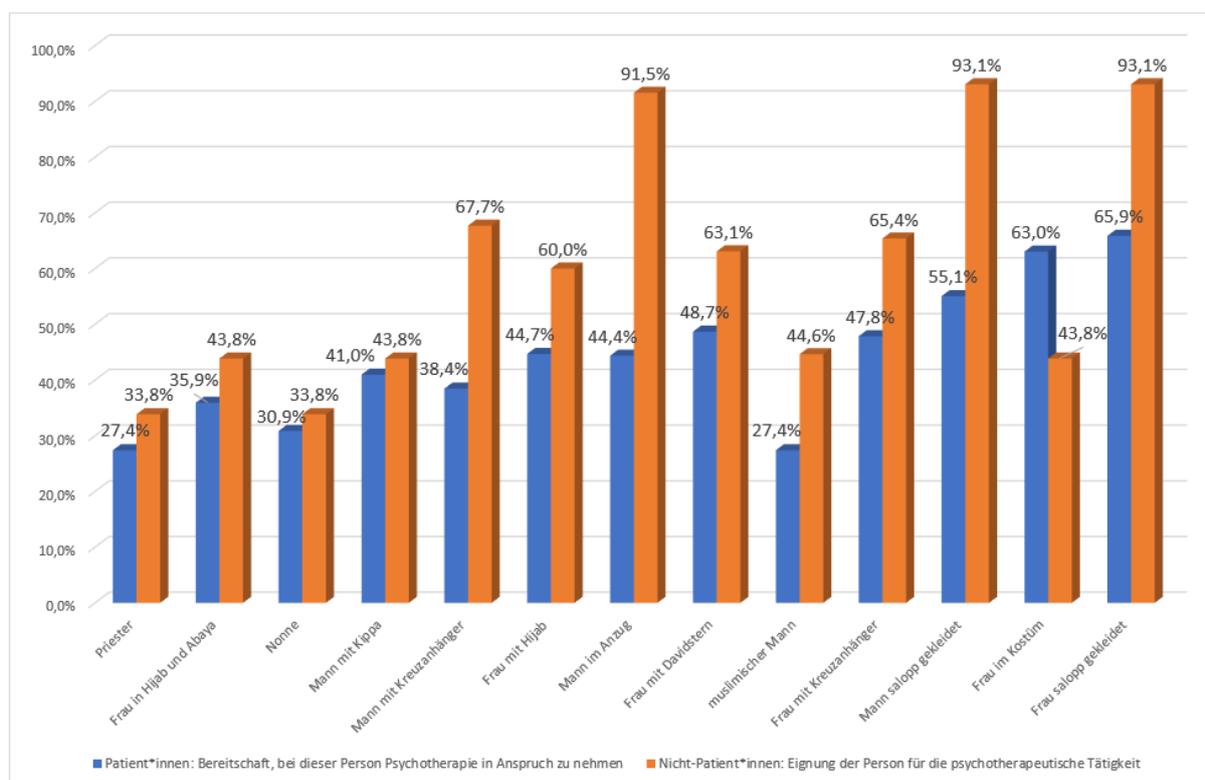


Abbildung 8: Vergleich der Bereitschaft von Patient\*innen zur Inanspruchnahme von Psychotherapie bei Personen mit sichtbarer Religionszugehörigkeit mit der professionellen Eignungseinschätzung dieser Personen zum zweiten Untersuchungszeitpunkt.

Auch zum zweiten Untersuchungszeitpunkt liegt die Einschätzung der Psychotherapeut\*innen, der Psychotherapeut\*innen in Ausbildung unter Supervision und der Studierenden bezüglich der Eignung der abgebildeten Personen für den psychotherapeutischen Beruf deutlich über der Bereitschaft der Patient\*innen, bei den abgebildeten Personen Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Im Unterschied zum ersten Untersuchungszeitpunkt liegt die Eignungseinschätzung nun auch bei den Personen mit besonders ausgeprägten Zeichen der Religionszugehörigkeit höher als die Bereitschaft von

Patient\*innen, diese als Psychotherapeut\*innen zu akzeptieren. Daher gilt weiterhin und in verstärktem Maße, dass Psychotherapeut\*innen, Psychotherapeut\*innen in Ausbildung unter Supervision die Vorbehalte der Patient\*innen gegenüber einer sichtbaren Religionszugehörigkeit der Psychotherapeut\*innen unterschätzen, wobei die noch nicht psychotherapeutisch Tätigen eine geringere Unterschätzung aufweisen.

#### 4 *Zusammenfassung und Diskussion*

Die Ergebnisse zeigen eindeutig auf, dass sichtbar getragene Zeichen einer Religionszugehörigkeit von Psychotherapeut\*innen Einfluss auf die Bereitschaft von Patient\*innen haben, bei dieser Person Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Besonders beachtenswert erscheinen dabei folgende Detailergebnisse:

- Männliche Personen, die Zeichen der Religionszugehörigkeit tragen, werden von Patient\*innen für eine psychotherapeutische Behandlung weniger akzeptiert als weibliche Personen.
- Die Akzeptanz unterscheidet sich nicht nur nach Geschlecht der Psychotherapeut\*innen, sondern auch zwischen den Religionen.
- Weltgeschehnisse, die mit Religion assoziiert sind, nehmen auch Einfluss auf die Bedeutung der sichtbaren Religionszugehörigkeit von Psychotherapeut\*innen für Patient\*innen, obwohl sie keinen inhaltlichen Bezug zur psychotherapeutischen Behandlung haben. Dieses Detailergebnis steht im Einklang damit, dass die Entwicklung der Psychotherapie von ihren Anfängen bis heute insgesamt und nicht nur im hier untersuchten Kontext der Religion immer im Zusammenhang mit dem Zeitgeschehen verstanden werden muss.
- Auch auf Psychotherapeut\*innen, Psychotherapeut\*innen in Ausbildung unter Supervision und Studierende am Beginn ihrer psychotherapeutischen Ausbildung, also das Gesamt der professionellen Studienteilnehmenden, reagieren in ihrer Einstellung zur Beziehung zwischen Religion und Psychotherapie auf Weltgeschehen, die mit Religion, aber nicht mit Psychotherapie assoziiert sind.

Es ist also offensichtlich angebracht, der Wirkung der nonverbalen Mitteilungen an Patient\*innen über die eigene Identität mehr Aufmerksamkeit zu schenken und sie gründlicher zu reflektieren – und dies gilt wohl nicht nur in Bezug auf die Offenbarung einer eigenen Religionszugehörigkeit.

Und zum Phänomen, dass Psychotherapeut\*innen, Psychotherapeut\*innen in Ausbildung unter Supervision und Studierende der Psychotherapiewissenschaft generell zu beiden Untersuchungszeitpunkten die Bedeutung der sichtbaren Religionszugehörigkeit von Psychotherapeut\*innen für Patient\*innen offensichtlich unterschätzen: Dies lässt an Adlers Gedanken zur Religion als „Konkretisierung der Idee der Vollkommenheit“, die „die Ansehung einer Gottheit“ mit sich bringt (Adler, 1933c,

S. 197), denken. Offensichtlich, wie in diesen beiden Studien belegt, schätzen psychotherapeutisch Tätige und Studierende dieses Faches den Einfluss der „Gottheit“ geringer ein als ihr Patient\*innen, unabhängig davon, ob sie selbst eine Religion aktiv ausüben. Lässt dies die interpretative Vermutung zu, dass sie den Einfluss ihrer psychotherapeutischen Identität im Vergleich zu dem einer Gottheit überschätzen? Halten sie sich für „vollkommener“, als ihre Patient\*innen sie sehen? Dann heißt es, darüber nachzudenken, inwieweit sie der Fiktion erliegen, dass ihre psychotherapeutische Identität sie allwissender (und damit göttlicher?) werden lässt.

## 5 *Limitationen*

Eine Schwachstelle der vorliegenden Untersuchung ist, dass eine absolut zuverlässige Erkennungsgenauigkeit der Religionszugehörigkeit der abgebildeten Personen nicht erreicht werden konnte.

Ein Mangel ist das Fehlen einer sozialpsychologischen, theoretischen Fundierung und die Operationalisierung des Konstruktes „Religiosität“ und damit der interdisziplinären Ausrichtung in den theoretischen Anmerkungen. Auf diese wurde zugunsten des empirischen und psychotherapiewissenschaftlichen Teils aus Platzgründen bewusst verzichtet.

Die Ergebnisse geben Anlass zu weiteren Untersuchungen in diesem speziellen Themenfeld der psychotherapeutischen Beziehung, die in einem quantitativen Design nicht bearbeitbar sind, sondern weiterführender qualitative Forschungen bedürfen. So konnte zum Beispiel hier nicht berücksichtigt werden, ob der Lebensraum von Bedeutung ist – die befragten Patient\*innen und Psychotherapeut\*innen und Psychotherapeut\*innen in Ausbildung leben im urbanen Bereich. Völlig zu kurz kommen in dieser Studie die qualitativen Aspekte, die mit Religiosität und mit den bestimmten Religionen verbunden werden – als Vorurteil, als Lebenserfahrung, als Wissensfeld.

## Literatur

- Abu Raiya, Hisham, & Pargament, Kenneth I. (2010). Religiously Integrated Psychotherapy With Muslim Clients: From Research to Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(2), S. 181–188.
- Adler, Alfred (1932). Technik der Behandlung. In G. Eife (Hrsg.), *Persönlichkeitstheorie, Psychopathologie, Psychotherapie (1913–1937)*. Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 3 (S. 541–549). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2010.
- Adler, Alfred (1933c). Religion und Individualpsychologie. In Karl Heinz Witte (Hrsg.), *Alfred Adler Studienausgabe Bd. 6* (S. 197–237). Vandenhoeck & Ruprecht, 2008.
- BMSGPK (o.D.). *Richtlinie zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen, religiösen und weltanschaulichen Angeboten sowie Hinweise für PatientInnen bzw. KlientInnen*.
- BMSGPK (o.D.). *Psychotherapeutin, Psychotherapeut*. Abgerufen am 05.06.2020 von Gesundheit: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z/Psychotherapeutin,-Psychotherapeut.html>
- Cummings, Jeremy P., Ivan, Mihaela C., Carson, Cody S., & Pargament, Kenneth I. (2014). A Systematic Review of Relations Between Psychotherapist Religiousness/Spirituality and Therapy-Related Variables. *Spirituality in Clinical Practice*, 1(2), S. 116–132.
- Europäisches Parlament. (14. 07. 2020). *Dschihadistischer Terrorismus in der EU seit 2014: Angriffe, Todesopfer, Festnahmen (Europol-Daten)*. Abgerufen am 17.07.2020 von Aktuelles: <https://www.europarl.europa.eu/news/de/headlines/security/20180703STO07125/terrorismus-in-der-eu-anschlage-todesopfer-und-festnahmen-im-jahr-2019>
- Fiegl, Jutta, & Sindelar, Brigitte (2014). Zur Frage der Eignung für die Psychotherapieausbildung. *SFU Forschungsbulletin*, 2(2), S. 27–44. doi:10.15135/14.2.2.27-44
- Fischer, Gottfried (2011). *Psychotherapiewissenschaft. Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Freud, Sigmund (1939a). *Der Mann Moses und die monotheistische Religion. Drei Abhandlungen*. Amsterdam: Allert de Lange.
- Freund, Matthias, & Richard, Henning (2012). Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 11(3), S. 202–210.
- Lefevor, G. Tyler, Paiz, Jacqueline Y., Virk, Hibah E., & Smack, Abigail C. P. (2020). The Influence of Individual and Congregational Religiousness on Seeking Psychotherapy: A Multilevel Analysis. *Practice Innovation*, S. 1–18. doi:dx.doi.org/10.1037/pri0000113
- Lenhard, Wolfgang, & Lenhard, Alexandra (2016). *Berechnung von Effektstärken*. Abgerufen unter: <http://www.psychometrica.de/effektstaerke.html>. Bibergau: Psychometrica. doi:10.13140/RG.2.1.3478.4245
- Orlinsky, David E. (2009). The “Generic Model of Psychotherapy” After 25 Years: Evolution of a Research-Based Metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration Vol. 19*(4), S. 319–339.
- Orlinsky, David E., Grawe, Klaus, & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. Ausg., S. 270–376). New York: John Wiley & Sons.

Seyringer, Michaela-Elena, Friedrich, Fabian, Stompe, Thomas, Frottier, Patrick, Schrank, Beate, & Frühwald, Stefan (2007). Die „Gretchenfrage“ für die Psychiatrie. Der Stellenwert von Religion und Spiritualität in der Behandlung psychisch Kranker. *Neuropsychiatrie* 21(4), S. 239–247.

### *Autorin*

Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Brigitte Sindelar

Freudplatz 1

1020 Wien

+431 798 40 98 /412

brigitte.sindelar@sfu.ac.at

**Brigitte Sindelar** ist Vizerektorin Forschung, Leiterin des Instituts für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Lehranalytikerin, Supervisorin und Mitglied des Leitungsteams des Fachspezifikums Individualpsychologie an der SFU. Sie lehrt an der Fakultät für Psychotherapiewissenschaft. Ihre Habilitation war die erste auf dem Gebiet der Psychotherapiewissenschaft. Ihre Methode zur Behandlung von Lernstörungen wird an 13 Standorten in Österreich, Deutschland und der Slowakei angewendet. Im Sindelar Center ist sie als klinische Psychologin und Psychotherapeutin (Individualpsychologie) tätig. Sie ist Trägerin des Österreichischen Ehrenkreuzes für Wissenschaft und Kunst. *Schwerpunkt der Lehre:* Entwicklungspsychologie, psychologische Diagnostik, Individualpsychologie; Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

### Danksagungen

Univ.-Prof. Dr. Kurt Greiner für die Erstellung der Graphiken der Fragebögen.

Dr. Stefan Tweraser und Mag. Oliver Braunger für die Unterstützung bei der Literaturrecherche.

Viktoria Schüttengruber MSc für die Assistenz bei der statistischen Auswertung.

Mag.<sup>a</sup> Eva Pritz, Leiterin der psychotherapeutischen Ambulanz, für die Unterstützung bei der Durchführung der Studien an der Ambulanz.