

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit:

Erfolgreiche Psychotherapie aus subjektiver
Sichtweise der KlientInnen

Verfasser:

Andreas Zidtek, MA

angestrebter akademischer Grad:

Master of Arts (MA)

Wien, 09.09.2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 848

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Masterstudium Bildungswissenschaft

Betreuer:

Univ.-Prof. Dr. phil. Robert Hutterer

Erklärung:

Ich erkläre, dass die vorliegende Masterarbeit von mir selbst verfasst wurde und ich keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet bzw. mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Ich versichere, dass ich diese Masterarbeit bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Weiters versichere ich, dass die von mir eingereichten Exemplare (ausgedruckt und elektronisch) identisch sind.

Datum:

Unterschrift:.....

Kurzfassung:

Die vorliegende Masterarbeit untersucht mittels einer qualitativen Studie die Sichtweisen von KlientInnen hinsichtlich einer erfolgreichen Therapie und zeigt Veränderungen, Erfahrungen und Einsichten durch eine abgeschlossene Psychotherapie auf.

Des Weiteren wird vorgelegt, wie verschiedene KlientInnen den Erfolg einer Psychotherapie beschreiben, welche Veränderungen sie bemerkt haben und wie eben diese Veränderungen das Leben der KlientInnen beeinflusst haben.

Der Erfolg einer Psychotherapie wird an unterschiedlichen Kriterien gemessen und von den Interviewpersonen als solcher benannt, wenn sich die Interaktion mit anderen Menschen und der Umgang mit belastenden Situationen verändert hat, Selbstsicherheit und Selbstwert gesteigert werden konnte, eine Unabhängigkeit von Situationen und Mitmenschen spürbar war, die Bearbeitung von psychosomatischen Problemen und eine Neuordnung des Lebens stattgefunden hat.

Die Forschungsfrage „wie stellen sich Veränderungen durch eine erfolgreich abgeschlossene Psychotherapie aus subjektiver Sichtweise von KlientInnen dar?“ orientiert sich zwar an der Psychotherapie, die Ergebnisse dieser Masterarbeit können hingegen auch für Beratungssituationen und Begleitungen von KlientInnen übernommen werden.

Die Beratung, Begleitung und Entwicklung von KlientInnen über die Lebensalter ist ein Teilaspekt der Bildungswissenschaft und die Ergebnisse dieser Masterarbeit sind für die Praxis durchaus von Bedeutung.

Abstract:

This master thesis examines by means of a qualitative study the perspective of clients in terms of successful therapy and shows changes, experiences and insights of psychotherapy.

Furthermore, it is of interest how various clients are describing the success of psychotherapy. It is essential which changes they have noticed and how these changes have affected the clients' lives.

The success of psychotherapy is measured by different criteria and those have been named by interviewed persons for example when interacting with other people and dealing with stressful situations was changed. Additionally a psychotherapy has been evaluated successful when self-confidence and self esteem could be enhanced, independence of situations and other people were noticed, the treatment of psychosomatic problems and a reorganization of life has occurred.

The research question "how clients describe the changes due to a successful completed psychotherapy from a subjective point of view?" focuses specifically at the psychotherapy, the results of this master thesis, however, can also be used for counseling and accompaniment of clients. The consultation, support and development of clients over the age is one aspect of educational science and the findings of this thesis could play an important issue in practice

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	7
Relevanz für die Bildungswissenschaft	10
I. Theoretischer Teil	12
1. Die psychotherapeutische Behandlung	12
1.1 Die therapeutische Intervention	12
1.2 Die vier Grundströmungen in der Psychotherapie	13
1.2.1 Das psychoanalytische Modell	13
1.2.2 Das humanistische Modell.....	14
1.2.3 Das behavioristische Modell.....	15
1.2.4 Das systemische Modell.....	16
1.3 Gemeinsame Faktoren in der Therapie.....	17
1.4 Behandlungsbedarf in der Psychotherapie	18
1.5 Psychotherapie auf Krankenschein.....	19
1.6 Ethik in der Psychotherapie	21
2. Die therapeutische Beziehung.....	23
2.1 Therapeutischer Erfolg und Misserfolg.....	23
2.2 Die Absicht der Veränderung	25
2.3 Die Stufen der Veränderung	26
3. Die Wirksamkeit von Psychotherapie	29
3.1 Die Therapieevaluation	29
3.2 Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen	30
3.3 Wirkfaktoren und Wirkmechanismen in der Psychotherapie	33
3.4 Wirksamkeit oder Placebo-Effekt?	35
3.5 Die Wirksamkeit der verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren ..	37
II. Empirischer Teil	39
4. Forschungsdesign	39
4.1 Erhebungsinstrument.....	39
4.2 Stichprobe	41
4.3 Interviewsituation	41
4.4 Aufbereitungsverfahren.....	42
4.5 Auswertungsverfahren	42
4.6 Kurzbeschreibung der Interviewpersonen.....	43

5. Die therapeutische Beziehung aus Sicht der KlientInnen	46
5.1 Erstkontakt zu den TherapeutInnen	46
5.2 Merkmale der TherapeutInnen	48
5.3 Die Geschlechterrolle	50
5.4 Die professionelle Beziehung	52
5.5 Der Therapieabschluss	54
6. Veränderungen im Leben der KlientInnen	56
6.1 Art der Veränderungen	56
6.2 Zeitpunkt der Veränderungen	59
6.3 Auswirkungen auf den Alltag	61
6.4 Auswirkungen auf andere Menschen	63
7. Erfolg von Psychotherapie	67
7.1 Darstellung aus Sicht der KlientInnen	67
7.2 Zuschreibung des Erfolgs	68
7.3 Wirkfaktoren aus Sicht der KlientInnen	69
8. Therapeutisches Setting	73
8.1. Methoden und Techniken in der Therapie	73
8.2. Zufriedenheit mit den Methoden	75
8.3. Methode oder Beziehung?	76
9. Interpretation und Diskussion der empirischen Ergebnisse	78
Quellenverzeichnis	83
Internetquellen	86
Anhang	87
Interviewleitfaden eines problemzentrierten Interviews	87
Transkript eines problemzentrierten Interviews	88

Einleitung

Gesundheit wird als Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens angesehen und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit und Gebrechlichkeit definiert (vgl. <http://www.who-tag.de>).

Gesundheit ist aber viel mehr als nur die Abwesenheit einer Krankheit, sondern die Möglichkeit einer individuellen Beschäftigung nachzugehen und am Alltagsleben teilhaben zu können; eine zufriedenstellende Entfaltung von Selbstständigkeit, Selbstverwirklichung und der Interaktion mit anderen Menschen. Zur Gesundheit zählt sowohl körperliches als auch seelisches Wohlbefinden. Der Körper wird nur dann als gesund angesehen, wenn sich der Körper mit dem Geist im Einklang befindet.

Seelische Gesundheit wird von den Menschen als positives Gefühl, als Wohlbefinden und als Ausgewogenheit wahrgenommen, die von individuellen Faktoren und von Umwelteinflüssen abhängig ist. Anforderungen können bewältigt, Ressourcen verwendet, Ziele erreicht, Wissen verarbeitet und Konflikte und Belastungen bewältigt werden.

Zur Prävention und zur Behandlung von psychischen Erkrankungen ist die Psychotherapie ein unverzichtbarer Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung. In Lebenskrisen, nach einem unerwarteten Vorfall in der Familie und bei einem erhöhten Leidensdruck von Seiten der PatientInnen, kann die Psychotherapie Unterstützung und Lösungen anbieten, um dem Menschen aus der Notlage zu helfen.

Verhaltensweisen, Einstellungen und Lebensweisen können reflektiert und bearbeitet werden, um das seelische Leid zu lindern und der Person wieder eine Teilhabe am Alltag zu ermöglichen.

Die Psychotherapie verfolgt zwar das Ziel, Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln bzw. Verhalten zu erwirken, letztlich bestimmt aber jede Person selbst, welche Ziele gesetzt und erreicht werden sollen.

Es ist von Vorteil, sich im Laufe einer Therapie besser kennen zu lernen, unterschiedliche Blickwinkel auf das Problem zu erfahren, Verhaltensweisen zu überdenken und andere Menschen verstehen zu lernen.

Der Erfolg einer Psychotherapie ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig, verläuft nicht immer geradlinig für die KlientInnen¹ und ist mit individueller Veränderung von Denk- und Verhaltensmustern abhängig.

In der Literatur werden unterschiedliche Faktoren genannt, die sich für den Erfolg einer Psychotherapie als wichtig herausgestellt haben: Hierzu gehören Motivation, die Fähigkeit eigene Gefühle in Worte zu fassen, Bereitschaft für ein psychologisches Erklärungsmodell von Beschwerden anzuerkennen und auch die Bereitschaft zur Veränderung. Eine Psychotherapie setzt also eine aktive Rolle des Klienten/der Klientin voraus, die auch Rückschläge bzw. Konfrontation mit unliebsamen Erkenntnissen und Gefühlen auslösen kann.

Vor diesem Hintergrund ist nun von Interesse, wie KlientInnen Erfolg definieren und unter welchen Kriterien ein Erfolg eingeordnet werden kann. Zu erwarten ist, dass neue qualitative Studien Orientierung bringen und die subjektive Sichtweise der KlientInnen, hinsichtlich einer erfolgreich abgeschlossenen Therapie, in den Vordergrund gerückt wird.

Meine Masterthesis soll eben diese Sichtweisen aufzeigen und die Veränderungen, Erfahrungen und Einsichten durch eine Psychotherapie belegen. Die Forschungsfrage „wie stellen sich Veränderungen durch eine erfolgreich abgeschlossene Psychotherapie aus subjektiver Sichtweise von KlientInnen dar?“ zielt auf die jeweils individuelle Definition der KlientInnen über den Erfolg der eigenen Therapie ab und soll die bemerkbaren Veränderungen bzw. die Umgestaltung des Lebens der KlientInnen aufzeigen.

¹ In dieser Arbeit wird keine Unterscheidung zwischen den Begriffen „KlientInnen“ und „PatientInnen“ getroffen, da bei der vorangegangenen Recherche in der Literatur diese Begrifflichkeiten synonym verwendet werden.

Vor diesem Hintergrund wird diese Masterthesis in zwei Abschnitte gegliedert, dem theoretischen Teil, in dem eine Auseinandersetzung mit den Themen psychotherapeutische Behandlung, therapeutische Beziehung, Wirksamkeit in der Psychotherapie und den Grundströmungen in der Psychotherapie, stattfindet.

Im empirischen Abschnitt werden die Aussagen der Interviewpersonen zusammengefasst, gegenübergestellt, kritisch betrachtet und mit Literaturquellen verbunden.

Das Kapitel „Interpretation und Diskussion der empirischen Ergebnisse“ wird als eine Zusammenfassung der Arbeit gesehen, in der die Forschungsfrage noch einmal aufgegriffen und schließlich beantwortet wird.

Relevanz für die Bildungswissenschaft

Die Psychotherapie zielt auf intrapsychische Veränderungen ab, deren Vollzug notwendig erscheint, damit Bildungsaufgaben wieder wahrgenommen werden können. Zahlreiche Autoren wie Reinhold Stipsits, Peter Vogel und Walter Spiel sind der Auffassung, dass Therapie ein Handeln in der Pädagogik erst wieder möglich mache (vgl. Datler 1980, S 224).

„Je mehr die Pädagogik ihre Aufgaben erfüllt, desto weniger wird Psychotherapie nötig sein; je mehr die Pädagogen versagen, desto häufiger werden die Psychotherapeuten in Anspruch genommen werden“ (Datler 1980, S 224).

Die Psychotherapie, wie auch die Pädagogik, verfolgen gemeinsame Ziele, nämlich dem Menschen zu helfen, Angebote zu stellen, dem Menschen bei seiner Entwicklung zu unterstützen und bei der Überwindung von Problemlagen zu helfen (vgl. Datler 1980, S 224).

In der Psychotherapie, als auch in der Pädagogik, werden Menschen angeleitet und auf einem Teil des Lebenswegs begleitet.

Beratung unterstützt bzw. hilft Menschen bei einer Vielzahl von persönlichen, schulischen und beruflichen Problemen. Seit vielen Jahren besuchen Menschen BeraterInnen, da die vorhandenen Schwierigkeiten aus eigener Sicht nicht mehr gelöst und bewältigt werden können (vgl. Heppner et al. 2008, S 2f).

Aber Beratung hat sich nicht nur als Technik in der Pädagogik manifestiert, sondern auch im therapeutischen Setting und kann als eine anfängliche Therapie gesehen werden, wobei darauf hingewiesen werden muss, dass die Übergänge fließend erscheinen.

Wobei die professionellen BeraterInnen genauso Verantwortung für die Förderung des Wohlbefindens der Menschen übernehmen, als auch die KlientInnen vor Schaden bewahren sollten (vgl. Heppner et al. 2008, S 2f).

Andererseits besteht auch die Auffassung, dass Psychotherapie als eine hochspezialisierte Form von professioneller Beratung bezeichnet werden kann (vgl. Chur 1997, S 42).

Bei der Beratung, wie auch bei der Psychotherapie, stehen die professionelle Helferbeziehung, die Freiwilligkeit und die Selbstverantwortlichkeit der KlientInnen und die Reflexion über Machtverhältnisse im Mittelpunkt, sowie eine stetige Weiterentwicklung bzw. Fortbildung der TherapeutInnen/BeraterInnen (vgl. Heppner et al. 2008, S 2f).

Die Methoden und Techniken werden teilweise entlehnt und von der jeweils anderen Profession verwendet, wodurch sich eine Trennung nicht klar nachvollziehen lässt.

Die einzige Grenze die sich erkennen lässt, ist die Behandlung und Beratung von psychisch kranken Menschen, für die BeraterInnen unzureichend ausgebildet und daher auch nicht befugt sind. Diese Trennung kann aber bei genauerer Betrachtung relativiert werden, da eine Diagnose im Bereich von psychischen Erkrankungen teilweise als fließend und interpretationsabhängig anzusehen ist (vgl. Chur 1997, S 42ff).

Dennoch sind sich beide Professionen, die Beratung und die Psychotherapie bewusst, dass sich die Natur der Arbeit auf die Existenz der PatientInnen auswirkt und eine hohe Verantwortung mit sich bringt (vgl. Heppner et al. 2008, S 2f).

Die rechtlichen Aspekte außer Acht gelassen, kann Beratung als eine kleine Form von Psychotherapie gesehen werden, wobei auch eine umgekehrte Sichtweise durchaus interessante Ansätze in sich birgt, nämlich dass Psychotherapie als eine hochspezialisierte Form professioneller Beratung betrachtet werden kann (vgl. Chur 1997, S 42f).

Da die Beratung, Begleitung und Entwicklung von KlientInnen über die Lebensalter, ein Teilaspekt der Bildungswissenschaft ist, sind die Ergebnisse dieser Masterarbeit sowohl für die Beratung, also auch für die Bildungswissenschaft und für die Psychotherapie von Bedeutung.

I. Theoretischer Teil

1. Die psychotherapeutische Behandlung

„Psychotherapie ist ein bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch aversal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens“ (Strotzka 1978, S 4).

Mit anderen Worten kann Psychotherapie als ein gezieltes Benutzen von Kommunikation bezeichnet werden, die sich der bewusst gesteuerten Interaktion zwischen TherapeutIn und KlientIn (vgl. Wampold 2001, S 3) und der therapeutischen Beziehung bedient, mit dem Ziel Erfahrungen und Erlebnisse einzuordnen und Krankheitszustände zu überwinden (vgl. Senf/Broda 2012, S 3).

Des Weiteren soll durch die psychotherapeutische Behandlung das Leiden, die Störungen, die Beschwerden oder die Schwierigkeiten der PatientInnen reduziert bzw. minimiert werden, was die Definition von Psychotherapie um die Tatsache erweitert, dass die Behandlung nur für PatientInnen mit Krankheitszuständen anzusehen ist (vgl. Wampold 2001, S 3).

1.1 Die therapeutische Intervention

Unter diesem Begriff werden in der Psychotherapie ein spezifisch-relevantes Verhalten des Therapeuten/der Therapeutin und ein zielgerichtetes Eingreifen in einer konkreten Situation verstanden (vgl. Ludewig 1983, S 86).

Des Weiteren wird darunter „jede vom Therapeuten vorgenommene Maßnahme verstanden, die eine signifikante Verstörung im therapeutischen System in Aussicht stellt. Die Möglichkeiten des Therapeuten zu intervenieren bestehen darin, sein Verhalten zu optimieren und günstige Rahmenbedingungen herzustellen“ (Ludewig 1983, S 86).

Die therapeutische Intervention ist abhängig von den therapeutischen Schulen und dem damit verbundenen Menschenbild, der Methode und dem lerntheoretischen bzw. dem therapeutischen Ansatz (vgl. Senf/Broda 2012, S 3f).

1.2 Die vier Grundströmungen in der Psychotherapie

In der Psychotherapie werden vier Grundströmungen anerkannt, an denen sich die zahlreichen Schulen orientieren und nach diesem Schema einordnen lassen (vgl. Senf/Broda 2012, S 3f).

„Bei einer Grundorientierung handelt sich um ein eigenständiges und differenziertes Theoriesystem, das eine spezifische Krankheits- bzw. Störungstheorie und eine spezifische Behandlungstheorie vertritt (Senf/Broda 2012, S 3).

In dem folgenden Abschnitt werden die vier anerkannten Grundorientierungen vorgestellt; das psychoanalytische, das humanistische, das behavioristische, und das systemische Modell.

1.2.1 Das psychoanalytische Modell

In der Psychoanalyse wird als Basis der tiefenpsychologische Ansatz angesehen, der sich auf die Grundannahme beruft, dass der Mensch neben dem Bewusstsein auch unbewusste Bereiche in sich trägt, von denen der Mensch per se keine Kenntnis und auch keine Möglichkeit auf diese zuzugreifen hat. Erst durch eine Therapie können diese unbewussten Bereich in das Bewusstsein geholt werden (vgl. Mertens 2012, S 152ff).

Sigmund Freud verwendete in diesem Zusammenhang, zur Erklärung der menschlichen Psyche, die Metapher des Eisberges. Dem Menschen erscheint nur ein kleiner Teil bewusst bzw. sichtbar, wobei das Meiste unter der Oberfläche verborgen bleibt, bis dies durch Träume oder durch eine Therapie an die Oberfläche tritt (vgl. Mertens 2012, S 152ff).

Das psychoanalytische Modell beschreibt den Menschen als triebgesteuertes Wesen mit Handlungsweisen, die auf vererbten, biologisch festgelegten Verhalten durch Triebe basieren.

Die tägliche Triebbefriedigung stellt den Versuch dar, Triebkonflikte zu lösen, wobei die Triebhaftigkeit als unkontrollierbar beschrieben wird. Freud betonte die orale-erotische Komponente und erklärte dies durch Mangel an Zuwendung und durch emotionale Störungen in der frühen Kindheit, wobei Wut, Schuld und unerkannte Unsicherheit eine Abhängigkeit hervorrufen.

Handlungen werden in diesem Zusammenhang als Produkt von Spannung beschrieben. Im Vordergrund stehen die Bedürfnisbefriedigung des Organismus und das Ziel die Spannung zu reduzieren (vgl. Mertens 2012, S 154f).

Psychische Erkrankungen werden als Ursache von Konflikten zwischen instinktgebundenen Trieben, Abwehrmechanismen und den grundlegenden Strukturen der Persönlichkeit gesehen.

Als psychoanalytische Modelle werden zum Beispiel die Psychoanalyse nach Freud, die analytische Psychoanalyse nach C.G. Jung, die dynamische Psychoanalyse und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie angesehen (vgl. Mertens 2012, S 156f).

1.2.2 Das humanistische Modell

Die Grundannahme des humanistischen Ansatzes besteht darin, dass das Wesen des Menschen in das Zentrum gerückt und versucht wird, die Handlungen des Menschen zu verstehen. Dem Menschen wird des Weiteren die Fähigkeit zugesprochen, sich in Richtung größerer Reife und psychischer Funktionsfähigkeit entwickeln zu können. In diesem Zusammenhang wird von einer Selbstverwirklichungstendenz gesprochen (vgl. Eckert/Kriz 2012, S 256).

Außerdem werden dem Menschen die Begabung zur Reflexion und die Selbstverantwortlichkeit über die eigenen Gefühle, Ideen und Handlungen zugesprochen (vgl. Eckert/Kriz 2012, S 256f).

Des Weiteren wird angenommen, dass der Mensch sich von innen heraus steuert und seine auftretenden Probleme unter günstigen Bedingungen selbst lösen kann. Dies wird auch als Selbstregulierungsfähigkeit bezeichnet (vgl. Eckert/Kriz 2012, S 256ff).

Verhalten und Erleben wird durch sogenannte Erlebensprozesse erklärt, welche auf Informationsverarbeitung und Rückkoppelungsprozessen in Beziehungssystemen beruhen.

Veränderung wird als Aktivierung und Förderung des Erlebens angesehen, damit ergeben sich neuartige Bedeutungen im Kontext der gegenwärtigen Erfahrung des Selbst mit der Umwelt (vgl. Eckert/Kriz 2012, S 260ff).

Aus dem humanistischen Modell haben sich zahlreiche Therapieformen entwickelt; wie zum Beispiel die klientenzentrierte Psychotherapie nach Rogers, die Logotherapie und Existenzanalyse nach Frankl, die Gestalttherapie nach Perls und das Psychodrama (vgl. Eckert/Kriz 2012, S 275ff).

1.2.3 Das behavioristische Modell

Der Behaviorismus beschäftigt sich mit der Untersuchung und Beschreibung des menschlichen Verhaltens (vgl. Reinecker 2012, S 199).

Das behavioristische Modell stützt sich auf lerntheoretische Grundlagen und geht davon aus, dass Verhalten erlernt und wieder verlernt werden kann.

Daher kann auch als gesellschaftlich abweichendes Verhalten, wie jedes andere Verhalten wieder verlernt werden, da es denselben Lernmechanismen unterliegt.

Dadurch wird problematisches Verhalten als Ergebnis von Lernprozessen, dass durch die Verwendung von adäquaten Lern- bzw. Verhaltensprinzipien verändert werden kann, gesehen (vgl. Reinecker 2012, S 199).

Nach dem behavioristischen Ansatz setzt die Intervention des Therapeuten/der Therapeutin dort an, wo Probleme einer Person, die im Alltag mit einem erheblichen Leidensdruck verbunden sind, auftreten.

Im Mittelpunkt der therapeutischen Intervention stehen nicht vergangene Einschränkungen im Verhalten und die zwangsläufige Kenntnis über psychologische Grundlagen, sondern gegenwärtig beobachtbares Verhalten und dessen Veränderungen (vgl. Reinecker 2012, S 239).

Zur Entwicklung des lerntheoretischen Modells und zur Entwicklung der daraus resultierenden Therapieformen haben unter anderem Skinner, Hull, Pawlow und Watson beigetragen. Beispiele hierfür sind die Konfrontationstherapie, Aversionstherapie, kognitive Therapie, Attributionstherapie, multimodale Therapie, usw. (vgl. Reinecker 2012, S 242f).

1.2.4 Das systemische Modell

Aus systemischer Sicht sind Abhängigkeiten bzw. Problemlagen nicht nur dem Individuum zuzuordnen, sondern dem gesamten sozialen Umfeld in dem der Mensch lebt. Durch eine Veränderung des Gleichgewichts zwischen Individuum, Verhalten und Umwelt, benötigt das System eine Kompensation. Um den Menschen herum hat sich eine Problemlage aufgebaut, in der nicht nur der Mensch, sondern die Familie, die Gesellschaft, Freunde und Bekannte eingebunden sind (vgl. Schweitzer 2012, S 245ff).

Bei diesem Modell sind Fragen die wichtigsten Träger und Erreger von Informationen, die bei einem Klienten/einer Klientin als Anstoß dienen und zur Informationsgewinnung verwendet werden. Fragen werden auch dazu eingesetzt, um einen Prozess in einer Person zu bewirken und in jenem System, in dem sich die Person befindet, zu hinterfragen (vgl. Schweitzer 2012, S 248).

Der Zweck dieser Therapieform ist darin begründet, dass durch kleine Anstöße und Destabilisierungen eingefahrene Muster aufgelöst und dadurch Veränderungsmöglichkeiten aufgezeigt werden können.

Es wird das Prinzip der minimalen Intervention verfolgt, nach dem kleine Veränderungen große Umbrüche bewirken.

Als Beispiele für systemische Therapieformen können die systemische Familientherapie, Familienaufstellungen und Familienskulptur nach Virginia Satir genannt werden (vgl. Schweitzer 2012, S 248ff).

1.3 Gemeinsame Faktoren in der Therapie

Nach dieser Darstellung der vier Grundströmungen in der Psychotherapie lässt sich erkennen, dass die Modelle auf unterschiedlichen Menschenbildern, Erklärungsmustern und verwendeten Techniken der TherapeutInnen beruhen. Dennoch können auch Gemeinsamkeiten identifiziert werden, die alle therapeutischen Ansätze verbinden (vgl. Hubble et al. 2001, S 25).

Frank und Frank kamen im Jahr 1991 zu dem Schluss, dass *„Therapie in ihren verschiedenen Formen als eine einzige Entität gedacht werden sollte“* (Frank/Frank zit. in Hubble et al. 2001, S 25) und demaskierten vier Aspekte:

- *„eine emotionsgeladene, vertrauensvolle Beziehung mit einer helfenden Person,*
- *ein heilendes Setting,*
- *ein rationales konzeptionelles Programm, das eine plausible Erklärung für die Symptome der PatientIn bereithält und ein Ritual oder Verfahren, sie zu lösen, vorschreibt,*
- *ein Ritual oder Verfahren, daß die aktive Beteiligung von PatientIn wie TherapeutIn erfordert und von dem beide glauben, daß es das Mittel ist, die Gesundheit der PatientIn wiederherzustellen“* (Frank/Frank zit. in Hubble et al. 2001, S 25).

Diese vier Faktoren lassen sich in den unterschiedlichen Therapiemodellen erkennen und geben des Weiteren Aufschluss über die Wirksamkeit² und die Bedeutung des Faktors für das jeweilige Modell.

² Das Kapitel 4 befasst sich mit der Wirksamkeit von Psychotherapie.

Besondere Aufmerksamkeit wird auch der Einbindung der KlientInnen in die Therapie, der Motivation, den Zielen der KlientInnen und der Reflexionsbereitschaft bzw. der Fähigkeit die Erfahrungen durch eine Therapie zu verarbeiten, zugeschrieben (vgl. Tallman/Bohart 2001, S 101ff).

Durch das aktive Einbringen der KlientInnen in den Veränderungsprozess, im Gegensatz zum Widerstand, kann das Ergebnis einer Therapie erheblich positiv verändert werden. Garfield und Orlinsky et al. belegen im Jahr 1994, dass die Mitarbeit der KlientInnen mit einem positiven Ergebnis assoziiert wurde (vgl. Garfield/Orlinsky et al. zit. in Tallman/Bohart 2001, S 101ff).

„KlientInnen sind nicht einfach nur Leitsysteme oder Prozessoren, sondern für Informationen. Vielmehr sind sie aktiv Denkende, sie im alltäglichen Leben unentwegt generativ und kreativ handeln. [...] In der Therapie sind sie aktiv Handelnde, kreativ Arbeitende, um von der TherapeutIn zu bekommen, was sie möchten und brauchen“ (Tallman/Bohart 2001, S 109f).

Damit wird den KlientInnen die Fähigkeit zugesprochen, alte Konzepte modifizieren, abändern und neue Konzepte erzeugen, Alternativen abwägen und Regeln überprüfen zu können. Die Therapie wird als Ort gesehen, an dem sich die KlientInnen erfahren und auf sich selbst fokussieren lernen.

1.4 Behandlungsbedarf in der Psychotherapie

„Es existiert kein allgemeingültiger Behandlungsbedarf aufgrund von psychischer Probleme und Beschwerden“ (Jacobi/Preiß 2012, S 21), aber es lassen sich pragmatische Kriterien für eine Definition bzw. Intervention finden:

- das Vorliegen eines anerkannten Gesundheitsproblems nach dem ICD 10
- eine Beeinträchtigung bzw. ein Leidensdruck aufgrund des Gesundheitsproblems,
- das Vorliegen einer effektiven Behandlungsmaßnahme,
- subjektive Behandlungsbedürftigkeit der Betroffenen und
- Akzeptanz der zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen (vgl. Jacobi/Preiß 2012, S 21).

„Die Unschärfe des Behandlungsbegriffs ist keineswegs spezifisch für den Bereich der psychischen Störungen, sondern gilt allgemein, also ebenso für körperliche Erkrankungen. [...] Was ist medizinisch notwendig und was nicht?“ (Jacobi/Preiß 2012, S 21).

Dieser Debatte muss sich auch die Psychotherapie stellen und die Kriterien wie Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit beachten. Im Mittelpunkt der Therapie steht der Mensch, der nicht aus dem Blickfeld verschwinden darf. Dennoch wird Psychotherapie teilweise auch als Kassenleistung gesehen und mit dem Blick nach Effektivität und Effizienz betrachtet.

Die Praxis zeigt auf, dass für viele Menschen Psychotherapie nicht oder nur schwer leistbar ist. Der Zuschuss der Krankenkassen zur Behandlung ist zu gering, Psychotherapie auf Krankenschein wird nur selten bewilligt und die Wartezeit auf eine bewilligte Behandlung erscheint zu lange. Die Menschen befinden sich in einer Notlage und würden zum momentan Zeitpunkt eine Psychotherapie benötigen und nicht erst in ein paar Monaten (<http://www.psychotherapie.at>).

1.5 Psychotherapie auf Krankenschein

Nach einer Studie des ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) vom Jahr 2009 warten PatientInnen zwischen vier und dreißig Wochen auf einen Kassenplatz.

In den letzten Jahren wurden Verbesserungen nicht initiiert, sondern erneut verschoben. *„Seit 1992 wurde der Kassenzuschuss zur Psychotherapie (Euro 21,80) nicht erhöht. Nach Indexanpassung müsste dieser schon Euro 31,40 betragen. Der seit 1992 gesetzlich vorgesehen Gesamtvertrag für Psychotherapie ist nicht umgesetzt. Psychotherapie auf Krankenschein ist kontingentiert. Viele psychisch Kranke sind deshalb gezwungen, die psychotherapeutische Behandlung privat oder mit hohen Eigenleistungen zu finanzieren“* (<http://www.psychotherapie.at>).

„Für viele psychotherapiebedürftige Personen und KlientInnen ist der Beginn oder die Fortsetzung einer Psychotherapie aus finanziellen Gründen nicht möglich. Die Kontingente für Psychotherapie auf Krankenschein sind oft schon im ersten Halbjahr ausgeschöpft“ (<http://www.psychotherapie.at>).

Aus diesem Grund müssen etwa die Hälfte der PatientInnen die Kosten der Psychotherapie selbst übernehmen oder als Konsequenz auf die notwendige Therapie verzichten.

Auf Basis der ÖBIG-Bedarfsstudie von 2002 leben in Österreich in etwa 170.000 psychotherapiebedürftigen Personen mit schweren psychischen Erkrankungen und Störungen, davon befinden sich in etwa jährlich 47.000 Personen in psychotherapeutischer Behandlung, wobei von einer deutlich höheren Dunkelziffer ausgegangen wird (vgl. <http://www.psychotherapie.at>).

Damit wird ein Versorgungsgrad von 0,5 Prozent der Bevölkerung, bei Kindern und Jugendlichen ein Anteil von 0,3 Prozent, erreicht (vgl. <http://www.psychotherapie.at>).

Durch diese fehlende Behandlung sind die volkswirtschaftlichen Kosten enorm angestiegen und laut einem WIFO (Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung)-Report hat sich seit *„den 90er Jahre die Zahl der Krankenstände wegen psychischer Probleme verdoppelt. Psychische Erkrankungen sind mittlerweile bei den österreichischen Männern die zweithäufigste und bei Frauen die häufigste Ursache für Invaliditätspension“* (<http://www.psychotherapie.at>).

1.6 Ethik in der Psychotherapie

Die Ausübung von Psychotherapie wird als eine verantwortungsvolle Tätigkeit mit einer hohen ethischen Forderung angesehen. Das betrifft sowohl die Ausbildung, als auch die verpflichtende Fortbildung dieser Berufsgruppe, um eine „erfolgreiche“ Psychotherapie gewährleisten zu können (vgl. Senf/Broda 2012, S 7).

„Eine missglückte Psychotherapie kann einen Patienten sehr unglücklich machen, sehr viel unglücklicher, als er andernfalls hätte sein müssen, weil durch die Behandlung Symptome verschlimmert oder Patientenkonflikte verschärft werden können“ (Senf/Broda 2012, S 707).

Dennoch ist es nicht zu vernachlässigen, dass der Patient/die Patientin dem Therapeuten/der Therapeutin ausgeliefert ist und sich in einer Phase des emotionalen Umbruchs, Verwirrtheit und Abhängigkeit befindet.

Aus diesem Grund sind auch die moralischen Risiken gegeben, dass der Patient/die Patientin die therapeutische Beziehung missinterpretiert, diese als Idealbild ansieht und auch vor einer Verführung nicht zurückschreckt (vgl. Senf/Broda 2012, S 707).

Einem Therapeuten/einer Therapeutin werden die Aufgaben zuteil, professionelle Haltung zu etablieren, sich für moralische Konfliktsituationen zu sensibilisieren und moralische Urteilsfähigkeit einzuüben.

Das entgegengebrachte Vertrauen und die etwaige Hilflosigkeit des Patienten/der Patientin sollte auf keinen Fall missbraucht werden (vgl. Senf/Broda 2012, S 707).

Wie in der Einleitung erwähnt, dient die psychotherapeutische Behandlung dazu, Leidenszustände von Menschen zu reduzieren und Raum zu schaffen, um Probleme, Schwierigkeiten und Ereignisse besprechen bzw. verarbeiten zu können.

Da die Behandlung dazu beiträgt, das tägliche Leben der PatientInnen zu erleichtern und deren Lebensumstände erträglicher werden zu lassen, sollte die Möglichkeit einer Psychotherapie für alle Menschen zugänglich sein, die sich aus freiem Willen in eine Therapie begeben wollen.

Um diesen Anspruch gerecht werden zu können wurde *„vor 20 Jahren [...] die Psychotherapie mit dem Beschluss des Psychotherapiegesetzes in Österreich zum anerkannten Heilberuf mit genau definierten Berufspflichten und festgelegter Ausbildungsordnung“* (<http://recht.extrajournal.net>) ins Leben gerufen.

So trat am 1. Jänner 1991 das Psychotherapiegesetz in Kraft und nur ein Jahr später wurde die Psychotherapie der ärztlichen Tätigkeit gleichgestellt und im allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (50. ASVG-Novelle), als Pflichtleistung der Krankenkassen aufgenommen, mit dem Hintergrund, dass all jenen Personen, die Psychotherapie aufgrund einer gesundheitlichen Einschränkung in Anspruch nehmen wollen, ein Zugang und eine adäquate Versorgung durch PsychotherapeutInnen ermöglicht werden (vgl. <http://www.psychotherapie.at>).

Zusätzlich wurde das Ziel forciert, einen Gesamtvertrag für Psychotherapie auszuhandeln und ein Modell der Finanzierung von Psychotherapie auf Krankenschein einzurichten (vgl. <http://www.psychotherapie.at>), was bis heute nicht zur Gänze verwirklicht wurde.

Um die leitende Forschungsfrage dieser Masterthesis - „wie stellen sich Veränderungen durch eine erfolgreich abgeschlossene Psychotherapie aus subjektiver Sichtweise von KlientInnen dar?“- nicht aus den Augen zu verlieren, widmet sich das nächste Kapitel der therapeutischen Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn, sowie der Bedeutung dessen für die KlientInnen.

2. Die therapeutische Beziehung

Die Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn ist entscheidend für den Erfolg einer Therapie, darüber sind sich auch die unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen einig. Die Grundlage einer therapeutischen Beziehung ist Vertrauen, Empathie, Verständnis, Echtheit und Wertschätzung. Wobei sich die therapeutische Beziehung von der einer Freundschaft deutlich abgrenzt und am Treffendsten mit einer Allianz verglichen werden kann, in der festgelegte Ziele gemeinsam erreicht werden.

„Etwa 85 Prozent der Wirkung von Psychotherapie sind auf Beziehungsvariablen zurückzuführen und nur 15 % der Technik geschuldet“ (<http://www.die-therapeutische-beziehung.de>). Dies bedeutet, dass die Beziehung zum Therapeuten/zur Therapeutin weit mehr als die Basis einer erfolgreichen Psychotherapie bildet und die Methode bzw. Technik nur einen geringen Anteil des Therapieprozesses einnimmt.

2.1 Therapeutischer Erfolg und Misserfolg

Der Erfolg bzw. Misserfolg einer Psychotherapie lässt sich aber nicht klar feststellen, wie bei einer mathematischen Aufgabe.

In der Mathematik ist eine Aufgabe entweder falsch oder richtig und das Ergebnis lässt sich anhand von externen Kriterien (z.B.: einem Lehrbuch) objektiv überprüfen (vgl. König-Fuchs 1991, S 183ff).

Im Gegensatz dazu ist die Einschätzung über einen Erfolg bzw. Misserfolg nach einer Psychotherapie immer durch die eigene Subjektivität gefärbt, kaum objektiv überprüfbar und von der eigenen theoretischen und alltagsbezogenen Ansicht des Beurteilenden beeinflusst.

Außerdem ist eine Interaktion wie die Psychotherapie komplexer strukturiert, als eine mathematische Leistungsaufgabe und der Erfolg lässt sich nicht durch ein Lehrbuch bestimmen bzw. nachweisen (vgl. König-Fuchs 1991, S 191f).

Ein weiterer Unterschied zu einer mathematischen Aufgabe besteht darin, dass die Psychotherapie keine alltagsnahe Situation ist, sondern sogar eine Entfernung vom Alltag darstellt (vgl. König-Fuchs 1991, S 192f).

In diesem Zusammenhang wird von einer „a-sozialen“ Begegnung gesprochen, die notwendig erscheint, um einen Bruch mit den alltäglichen Interaktionsmustern des Patienten/der Patientin aufzuzeigen (vgl. König-Fuchs 1991, S192f).

Strupp konnte bereits 1980 nachweisen, dass ein Konnex zwischen Erfolg einer Psychotherapie und TherapeutInnen-KlientInnen-Interaktion besteht. Dabei spielen die Persönlichkeit und die Verhaltensweise des Patienten/der Patientin eine entscheidende Rolle, wie zum Beispiel Motivation, Widerstand und Passivität. Zusätzlich werden das Verhalten des Therapeuten/der Therapeutin und die Reaktion auf den Klienten/die Klientin als fördernde Faktoren für die Zuschreibung einer erfolgreichen Therapie erwähnt (vgl. Strupp zit. in Ermann et al. 2001, S 55).

Außerdem konnte herausgefunden werden, dass Wärme und Freundlichkeit nicht ausreichen, um ein erfolgreiches Therapieergebnis zu erlangen, sondern ein Therapeut/eine Therapeutin über zusätzliche Qualitäten, Methoden und Techniken verfügen sollte.

Zu einem negativen Therapieergebnis hingegen kann ein kühles, ablehnendes und distanziertes Verhalten des Therapeuten/der Therapeutin beitragen (vgl. Ermann et al. 2001, S 55).

In einer weiteren Untersuchung konnte E. E. Jones, J. D. Cumming und M. J. Horowitz im Jahr 1988 erneut belegen, dass *„die spezielle Interaktion zwischen Patient und Therapeut einen spezifischen Einfluß auf das Behandlungsergebnis hat und somit als spezifischer Wirkfaktor gelten kann“* (E. E. Jones et al. zit. in Ermann et al. 2001, S 61). Ein direktes, strukturgebundenes und lösungsorientiertes Verhalten wirkt sich positiv auf den Behandlungserfolg aus.

2.2 Die Absicht der Veränderung

Damit eine Therapie aus Sicht des Klienten/der Klientin als Erfolg bezeichnet werden kann, sollten einige Faktoren berücksichtigt werden:

An erster Stelle steht die Motivation zur Veränderung des momentanen Zustandes und den Wunsch eine Veränderung herbeizuführen.

Des Weiteren sollte der Klient/die Klientin dem Therapeuten/der Therapeutin ein Vertrauen in dessen Fähigkeiten und Methoden entgegenbringen. Dies gründet einerseits in der Hoffnung des Klienten/der Klientin von der Therapie profitieren zu können und andererseits darin, die bestehende Erwartung des Therapieerfolges in schwierigen Behandlungssituationen aufrecht erhalten zu können.

Zusätzlich sollte der Therapeut/die Therapeutin auch grundlegende Qualifikationen in die therapeutische Beziehung mitbringen:

Die Vermittlung eines therapeutischen Erklärungssystems, welches den gemeinsamen Handlungen und der Interaktion Sinn und Bedeutung verleiht.

Vor allem ein bestehendes Interesse an der Beziehung und dem Klienten/der Klientin im Allgemeinen, damit Vertrauen entstehen kann und der Therapeut/die Therapeutin Zugang zu der Welt der Klienten/der Klientin erhält.

Damit sind auch Verständnis und ein Einlassen auf die Erzählungen des Klienten/der Klientin verbunden.

Hinzu kommt noch die adäquate Herangehensweise, die auf den jeweiligen Klienten/die jeweilige Klientin abgestimmt sein sollten (vgl. König-Fuchs 1991, S 204f).

Diese Bedingungen sind als grundlegend anzusehen, damit eine therapeutische Beziehung und eine Psychotherapie als erfolgreich eingeschätzt werden können.

Aber Veränderungen benötigen Zeit und können daher nicht von heute auf morgen stattfinden, sondern nur über einen längeren Zeitraum, der unter Begleitung von einer Therapeutin/einem Therapeuten stattfindet.

2.3 Die Stufen der Veränderung

Dieser Veränderungsprozess beinhaltet sechs Stufen, die ein Mensch durchläuft: Die Stufe der Präkontemplation (kein Veränderungswunsch), der Kontemplation (Nachdenklichkeit), der Entscheidung, der Handlung, des Aufrechterhaltens und der Beendigung bzw. des Abschlusses (vgl. Prochaska 2001, S 253).

Die Stufe der Präkontemplation ist jene, in der der Mensch nicht die Absicht verspürt sich zu ändern oder etwas für eine Veränderung zu unternehmen. Personen in dieser Stufe setzen sich nicht mit der Problemlage bzw. Konsequenzen auseinander, verleugnen, wehren sich gegen eine Intervention und lehnen jegliche Unterstützung ab.

Menschen in dieser Phase können nur durch einen äußeren Einfluss, oder durch eine selbst initiiert Anstoß, der durch das eigenen Verhalten und die Konsequenzen der eigenen Handlung ausgelöst wurde, motiviert werden, das Leben zu reflektieren (vgl. Prochaska 2001, S 254f).

In dem Stadium der Kontemplation findet eine Auseinandersetzung mit dem Veränderungsgedanken und dem Veränderungswunsch statt. Teilweise überwiegen die negativen Aspekte, die Begleitumstände, sowie werden Kosten und Nutzen einander gegenübergestellt. Menschen in dieser Phase sind meistens noch nicht bereit sich zu verändern, haben sich auf der anderen Seite aber bereits mit der Veränderung auseinandergesetzt (vgl. Prochaska 2001, S 256).

In der Phase der Entscheidung haben sich Menschen ein Ziel gesetzt und arbeiten an der Umsetzung des Aktionsplans. Menschen in diesem Stadium profitieren am meisten von kurztherapeutischen Behandlungsmaßnahmen, da sie ein Interesse an der Veränderung und eine dementsprechende Motivation aufweisen (vgl. Prochaska 2001, S 256).

In der Stufe der Handlung haben Menschen oft daran gedacht sich zu verändern und die ersten Schritte bereits gesetzt (vgl. Prochaska 2001, S 257).

Die dabei auftretende Veränderung kann langsam oder schnell stattfinden, abhängig von dem Veränderungswunsch der Personen. Wichtig ist es an dieser Stelle zu erwähnen, dass jede Veränderung durch Anerkennung und Respekt gewürdigt werden sollte, da dies einen erneuten Anstoß auslöst und den Willen der Veränderung steigert (vgl. Prochaska 2001, S 257).

In der Phase des Aufrechterhaltens arbeiten die Menschen daran, nicht einen Rückfall zu erleiden und versuchen die Verhaltensänderungsstrategien in den Alltag einzubauen. Die Personen versuchen mit enormem Aufwand die Situationen bzw. Handlungen unter Kontrolle zu behalten und die Alltagsprobleme zu beherrschen. Darum ist es wichtig die Personen in dieser Phase auf die chronifizierten Problemlagen hinreichend vorzubereiten und anzuleiten (vgl. Prochaska 2001, S 258f).

Im letzten Stadium sind die Menschen zuversichtlich, dass sich eine Veränderung einstellt und teilweise hat sich diese auf das Leben ausgewirkt bzw. war für das Umfeld bemerkbar. Die Menschen haben neue Techniken erlernt und in den Alltag adaptiert. Die Therapie hat eine Veränderung bewirkt und den Leidensdruck des Menschen gemindert (vgl. Prochaska 2001, S 259).

Dieses dargestellte Stufenmodell ist deshalb hilfreich, weil damit den Menschen in den jeweiligen Phasen der Therapie geholfen werden kann und durch gezielte Interventionen die Menschen in der jeweiligen Phase unterstützt bzw. angeleitet werden können. Es ist entscheidend die Menschen zu motivieren und anzuwerben, in Therapie halten zu können, die Vorteile einer Veränderung für sich selbst und die Umwelt aufzuzeigen, den Fortschritt zu würdigen bzw. zu fördern, den Prozess der Veränderung zu unterstützen und die Resultate einer erfolgreichen Veränderung dem Betroffenen aufzuzeigen (vgl. Prochaska 2001, S 259).

Somit wird der Mensch als Ausgangspunkt von Therapie gesehen und ihm/ihr die Fähigkeit zugesprochen, sich verändern und sich selbst motivieren zu können. Damit lässt sich festhalten, dass Veränderungen vom Klienten/von der Klientin initiiert und gewisse Ressourcen sowie Fähigkeiten im Vorfeld vorhanden sind und im Zuge des Therapieprozesses mobilisiert werden müssen.

3. Die Wirksamkeit von Psychotherapie

Die meisten psychischen Störungen sind nicht heilbar, da die Ursache der Störung nicht beseitigt und selten der Gesundheitszustand vor dem Ausbruch der Erkrankung wieder hergestellt werden kann. Zusätzlich sind viele psychischen Erkrankungen nicht ausreichend erforscht bzw. die Ursachen und die Entstehung medizinisch nicht nachgewiesen. Diese Tatsache bedeutet aber nicht, dass psychische Störungen nicht therapierbar sind, sondern dass sich durch eine Therapie eine Verbesserung bzw. Verminderung der Symptome erkennen lässt (vgl. <http://www.verhaltenswissenschaft.de>).

Bei der Evaluierung steht nicht nur die Heilung einer psychischen Erkrankung im Vordergrund, sondern die Nachweisbarkeit, ob Psychotherapie zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Lebensumstände von PatientInnen beiträgt.

3.1 Die Therapieevaluation

„Die Wirksamkeit eines Verfahrens ist integraler Bestandteil empirischer Fundierung, [...]. Sie muss für jede psychotherapeutische Methode belegt werden, bevor sie an Kranken zum Einsatz kommt“ (Wittchen/Jacobi 2007, S 8).

Die Wirksamkeit eines Verfahrens oder einer Technik wird erst dann als wirksam beurteilt, wenn:

- relevante Therapieziele und als durchführbar erachtete Veränderungen erreicht wurden
- geeignete Messverfahren verwendet wurden und diese auch nachvollziehbar sind
- und die Replizierbarkeit ausreichend untersucht wurde (vgl. Wittchen/Jacobi 2007, S 8).

„Das Therapieergebnis (Outcome) sollte dabei möglichst auch hinsichtlich des Therapieprozesses, der der Veränderung zugrunde liegt, beschreibbar sein (Prozess-Outcome-Analysen)“ (Wittchen/Jacobi 2007, S 8).

Können die Reliabilität, die Validität, die Generalisierbarkeit und die Objektivität eines Verfahrens ausreichend nachgewiesen werden, wird dieses wissenschaftlich anerkannt. Auch der Zeitgeist, veränderbare Konventionen, gesundheitspolitische Prioritäten und Machtverhältnisse sind bei der Anerkennung von Bedeutung (vgl. Wittchen/Jacobi 2007, S 8f).

Eine Psychotherapieprüfung verläuft in vier Phasen:

- die Konzeptentwicklung, bei der klinische Erfahrungen, Plausibilitäten, Analogstudien und Kasuistiken beschrieben werden,
- die Exploration mit Pilotstudien, bei der Einzelfallstudien, offene Studien und Durchführbarkeitsstudien stattfinden
- die Wirksamkeitsprüfung von experimentellen Einzelfallstudien anhand von klar definierten Zielgruppen unter hohen methodischen Anforderungen
- und der Anwendung unter Routinebedingungen klinischer Nützlichkeit bzw. Effektivität bei meist erheblich erhöhten Fallzahlen unter Praxisbedingungen (vgl. Wittchen/Jacobi 2007, S 9f).

3.2 Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen

In den vergangenen Jahrzehnten wurde versucht die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen nachzuweisen.

„Der Nachweis von Effektivität und der Wirkungen von Psychotherapien ist in einer Zeit, in der die Behandlungskosten nach dem Solidaritätsprinzip umgelegt werden, angesichts zunehmend umkämpften Ressourcen im Gesundheitswesen eine politische Forderung mit weitreichenden Folgen“ (Ermann et al. 2001, S 7).

Um die Frage nach der Wirksamkeit einer Therapierichtung hinreichend beantworten zu können, müssen therapeutische Zielsetzungen der Symptomminderung, die Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität der KlientInnen, empirische Messungen, Kasuistiken und Erfahrungsberichte unter Beweis gestellt und von einer unabhängigen Stelle geprüft werden (vgl. Ermann et al. 2001, S 7).

Durch die Betrachtung der vorliegenden Studien lässt sich erkennen, dass in den meisten Fällen Therapierichtungen gegenübergestellt, Erfolgskriterien verglichen, vorhersagbare Behandlungserfolge analysiert, spezifische Einflussfaktoren auf den Behandlungserfolg durchleuchtet oder eine Aussage über die Verbesserung der psychischen oder psychosozialen Situation getroffen wurden.

Bei anderen Studien richtete sich der Fokus auf die Beurteilung des Erfolgs einer spezifischen Therapierichtung, wie der Psychoanalyse oder der Verhaltenstherapie (vgl. Ermann et al. 2001, S 18ff).

In einigen Studien wurden die Therapieeffekte, die Ergebnisse auf die PatientInnen und eine adäquate Therapie für eine bestimmte PatientInnengruppe untersucht. Es entsteht kein Zweifel, dass Therapie einen positiven Effekt auf den Lebensverlauf der KlientInnen hat (vgl. Asay/Lambert 2001, S 42).

Aus den meisten Studien der letzten vierzig Jahre geht hervor, dass die PatientInnen einen therapeutischen Nutzen aus der jeweiligen Behandlung ziehen konnten und ein Zusammenhang zwischen Therapielänge und Therapieerfolg bestand. *„Je länger die Therapie dauert, umso größeren Nutzen brachte sie für den Patienten“* (Ermann et al. 2001, S 24).

Außerdem konnten Lambert und Bergin in einer Langzeitstudie 1994 nachweisen, dass Personen in Psychotherapie einen Behandlungserfolg von 80 Prozent aufwiesen, gegenüber Personen die nicht Unterstützung bei einem Therapeuten/einer Therapeutin in einer Krisensituation suchten (vgl. Lambert und Bergin zit. in Hubble et al. 2001, S 13).

Des Weiteren konnte Howard 1986 nachweisen, dass KlientInnen die in therapeutischer Behandlung waren, nach 26 Sitzungen oder nach 6 Monaten, eine signifikante Veränderung festgestellt werden konnte und bei 50 Prozent der KlientInnen konnte bereits nach 8 bis 10 Sitzungen ein Wandel verzeichnet werden (vgl. Howard zit. in Asay/Lambert 2001, S 42).

Ebenso werden in zahlreichen Publikationen die Ziele und Werte von TherapeutInnen bzw. die Veränderungen während und nach einer Therapie behandelt. Selten wird jedoch auf die Veränderungen im Leben der KlientInnen durch eine erfolgreiche Psychotherapie eingegangen (vgl. Wampold 2001, S 58f).

Bruce E. Wampold belegte in diesem Zusammenhang, dass sämtliche Psychotherapieverfahren im Wesentlichen aufgrund genereller Wirkfaktoren ungefähr gleich wirksam sind. Außerdem korrelieren der Erfolg einer Therapie mit dem eingegangenen Arbeitsbündnis zwischen TherapeutIn und KlientIn, der Persönlichkeit des Therapeuten/der Therapeutin, der empathischen Haltung des Therapeuten/der Therapeutin und der Treue zu der therapeutischen Beziehung (vgl. Wampold 2001, S 58f).

Viele Studien zeigen ähnliche Ergebnisse auf und betonen die Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehung und heben die Wichtigkeit der Persönlichkeit des Therapeuten/der Therapeutin für Veränderungsprozesse bei den PatientInnen hervor (vgl. Ermann et al. 2001, S 18ff).

Durch die Analyse der vorliegenden Studien und der Fachliteratur hat sich herausgestellt, dass die beschriebenen Therapieformen Verfahren aufweisen, die zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der behandelten PatientInnen geführt haben. Psychotherapie kann zwar Personen nicht vor psychischen Erkrankungen bewahren, aber zu einem langfristigen gesundheitlichen Wohlbefinden der Person erheblich beitragen (vgl. Asay/Lambert 2001, S 45).

Des Weiteren ist erkennbar, dass die Studien nicht auf die Veränderung im Leben der KlientInnen durch eine Psychotherapie, das „neue“ Erleben im Umgang und in der Interaktion mit anderen Menschen eingehen. Zwar werden einzelne Aspekte in einigen Studien angesprochen, aber der Erfolg und die Veränderungen nach bzw. durch eine Psychotherapie werden nicht aufgezeigt und diskutiert.

An dieser Stelle setzt diese Masterthesis an, die sich mit den Veränderungen und Erlebnissen der Klientinnen durch eine abgeschlossene Psychotherapie befasst und die Ergebnisse kommentiert.

Unter anderem wurde auch durch die Forschungsergebnisse versucht eine generelle Aussage über die Wirkung und Wirkfaktoren zu treffen, die zu einer Verbesserung und Veränderung aus Sicht der PatientInnen führen.

Klaus Grawe entwickelte als einer der ersten grundlegende Wirkfaktoren, die unabhängig von der Therapierichtung, notwendige Voraussetzungen für das Gelingen von Psychotherapie darstellen (vgl. Grawe 2000, S 62f).

3.3 Wirkfaktoren und Wirkmechanismen in der Psychotherapie

Es sind vier therapeutische Wirkfaktoren bekannt, die durch zahlreiche Forschungsergebnisse abgestützt sind und dazu beitragen, dass eine Psychotherapie als Erfolg angesehen werden kann. Im nachfolgenden Absatz werden diese Wirkprinzipien vorgestellt:

Ein zentraler Wirkfaktor der für den Veränderungsprozess genutzt werden kann, ist die zwischenmenschliche Beziehung zwischen PatientIn, Familienangehörigen, PartnerIn und TherapeutIn. Besonders die Qualität der Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn spielt eine zentrale Rolle für das Therapieergebnis. Entscheidend ist inwieweit der Selbstwert des Patienten/der Patientin bestätigt wurde, Unterstützung und Zuspruch stattgefunden hat und die Beziehung genutzt werden konnte (vgl. Grawe 2000, S 62f).

Ein weiterer Wirkfaktor ist die Ressourcenaktivierung, bei dem an positive Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten und Motivationen angeknüpft und die Stärken und Qualitäten der Person bewusst vermittelt bzw. erarbeitet werden. Dazu gehört des Weiteren die Erweckung von Erwartung des Patienten/der Patientin, dass die Therapie von Erfolg gekrönt sein wird, die Präsentation eines Lösungsmodells für die vorherrschenden Problemlagen und die allgemeine Motivation des Patienten/der Patientin (vgl. Grawe 2000, S 65).

Um die optimale Nutzung dieses Wirkfaktors zu gewährleisten, sollte das therapeutische Angebot auf die Möglichkeiten, Eigenarten und Ressourcen des Patienten/der Patientin abgestimmt sein (vgl. Grawe 2000, S 65).

Als nächster Wirkfaktor wird die Problemaktualisierung oder das Prinzip der realen Erfahrungen genannt, der die Problembehandlung in jenem Setting als sinnvoll erachtet, in dem das Problem als real erfahren wird. Die Veränderung bzw. Bearbeitung des Problems wird dadurch herbeigeführt, dass dieses real erlebt und in der Situation bearbeitet wird (vgl. Grawe 2000, S 68f).

Durch das reale Erleben veränderter Bedeutungen, wird das Eintreten von therapeutischen Wirkungen erwartet.

Dieses zentrale Element des Erlebens ist in fast allen therapeutischen Konzeptionen vorhanden, wobei ein Unterschied nur darin besteht, wie diese Erfahrungen herbeigeführt werden (vgl. Grawe 2000, S 69).

Ein weiteres Wirkprinzip ist die aktive Hilfe zur Problembewältigung, womit der Patient/die Patientin mit adäquaten Maßnahmen aktiv bei der Bewältigung eines Konflikts unterstützt und dahingehend angeleitet wird, die eigenen Ressourcen (wieder-) zu erkennen bzw. zu reaktivieren.

Diesem Wirkfaktor bedienen sich viele Therapierichtungen, wobei immer das Problem als solches gesehen wird, keine Bagatellisierung stattfindet und die Schwierigkeiten des Patienten/der Patientin im Mittelpunkt stehen bzw. bearbeitet werden (vgl. Grawe 2000, S 70ff).

Die Maßnahmen mit denen der Konflikt bearbeitet wird, können sich abhängig von dem Problembereich unterscheiden. Der Patient/die Patientin entscheidet aber, welcher Konflikt bearbeitet werden soll. Die therapeutische Wirkung ist dadurch erkennbar, dass der Patient/die Patientin neue Strategien entwickelt, mit Situationen umzugehen und mit Problemlagen zurechtzukommen, lernt (vgl. Grawe 2000, S 70ff).

Als weiteres Wirkungsprinzip wird die Klärungsperspektive oder motivationale Klärung genannt. Damit ist gemeint, dass der Therapeut/die Therapeutin den Patienten/die Patientin bei der Interpretation des eigenen Erlebens und Verhaltens in Hinblick auf die bewussten oder unbewussten Ziele bzw. Werte unterstützt. Der Patient/die Patientin versucht das eigene Verhalten zu verstehen und einzuordnen und besser annehmen zu können. Der Therapeut/die Therapeutin wirkt zu jeden Zeitpunkt unterstützend und anleitend.

Auch diesem Wirkprinzip können wiederum zahlreiche therapeutische Vorgehensweisen zugeordnet werden (vgl. Grawe 2000, S 72ff).

„Diese vier Wirkfaktoren können als gesicherte Elemente einer empirisch fundierten psychotherapeutischen Veränderungstheorie angesehen werden“ (Grawe 2000, S 55) und lassen den Patienten/die Patientin die Therapie als erfolgreich bezeichnen.

Nicht zu vernachlässigen ist auch der Placebo- bzw. Hoffnungsfaktor, wodurch alleine die Perspektive der Hilfe eine Veränderung oder einen Wunsch zur Veränderungen bewirken kann (vgl. Hubble et al. 2001, S 9).

3.4 Wirksamkeit oder Placebo-Effekt?

Der Begriff „Placebo“ stammt von dem lateinischen Wort „gefällt mir“ und kann als eine Scheinarznei verstanden werden, welche keinen Wirkstoff enthält und somit auch keine pharmakologische Wirkung zur Folge haben kann.

Als Placeboeffekt wird eine positive Veränderung des subjektiven Befindens und einer objektiven messbaren körperlichen Veränderung bezeichnet (vgl. Becker/Wunderlich 2007, S 32).

Die Ursache für das Eintreten einer Placebo-Wirkung ist die Erwartungshaltung des Patienten/der Patientin. Die „Besserung“ kann schon nach wenigen Tagen herbeigeführt werden und ist *„Voraussetzung für das Wirksamwerden weiterer Einflüsse“* (Becker/Wunderlich 2007, S 32), da dadurch ein positiver Boden für Erwartungen entsteht (vgl. Becker/Wunderlich 2007, S 32).

Jerome Frank entwickelte 1961 ein Modell basierend auf einer Veränderung durch die Erwartung des Patienten/der Patientin, mit der zugrundeliegenden Auffassung, dass *„jede Art von Psychotherapie[...] im Prinzip geeignet [sei], bei einem demoralisierten hilfesuchenden Patienten Hoffnung auf Besserung zu induzieren“* (Frank zit. in Becker/Wunderlich 2007, S 30).

Zusätzlich wurden folgende Wirkfaktoren entwickelt:

- Die spezifische Ausbildung des Therapeuten/der Therapeutin qualifiziert diesen/diese für die Tätigkeit und wirkt sich positiv auf die Beziehung aus.
- Das Behandlungsangebot trägt zur Erwartung eine kompetente Hilfe zu bekommen bei.
- Die rationale Erklärung und Darstellung des Zustandes des Patienten/der Patientin, sowie die damit verbundene abgeleitete Behandlungsstrategie.
- Die Durchführung eines konsistenten Behandlungsrituals.

Im konkreten Einzelfall müssen diese vier Bedingungen glaubwürdig realisiert werden, damit sich eine Wirkung und sich ein selbst aufrechterhaltender Prozess einstellen (vgl. Becker/Wunderlich 2007, S 30f), der *„wie eine sich selbst erfüllende Prophezeiung schließlich dazu führt, dass beim Patienten irgendwann tatsächlich eine positive Änderung“* (Becker/Wunderlich 2007, S 31) eintreten wird. Grawe kritisiert das Modell von Frank, da seiner Meinung nach, der Placeboeffekt nicht einwandfrei nachgewiesen werden kann bzw. nicht benennbar ist und dadurch der Einfluss von älteren Therapieschulen gefördert werde. Einflüsse die nicht in den Konzepten der Therapieschulen festgehalten werden, würden als Placeboeffekt oder als unspezifische Wirkfaktoren erklärt. (vgl. Grawe zit. in Becker/Wunderlich 2007, S 31).

In dem Zusammenhang konnte Grawe, Donat und Bernauer 1994 nachweisen, dass Auswirkungen von Psychotherapie erkennbar sind, diese einen positiven Einfluss auf den Patienten/die Patientin haben und die Effekte von Psychotherapie nicht zufällig auftreten, wie dies Frank publizierte (vgl. Grawe et al. zit. in Becker/Wunderlich 2007, S 26).

„Dass alle Therapieformen vor allem unspezifisch wirken und letztlich äquivalent seien, muss aus heutiger Sicht bestritten werden, insbesondere angesichts der sogenannten störungsspezifischen Perspektive, der Wirkfaktoren sowie aufgrund der zunehmenden Nutzung und Weiterentwicklung psychologischer Grundlagenforschung“ (Becker/Wunderlich 2007, S 26).

3.5 Die Wirksamkeit der verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren

Wie in dem Kapitel 4.3 bereits erwähnt, konnte durch zahlreiche Studien nachgewiesen werden, dass Psychotherapie einen positiven Einfluss auf den Lebensverlauf und den Alltag hat bzw. Veränderungen initiiert werden, aber es konnte kein Unterschied zwischen den verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren, Techniken und Methoden nachgewiesen werden (vgl. Hubble et al. 2001, S 23).

Die Unterschiede zwischen den einzelnen therapeutischen Ansätzen konnten nicht als signifikant nachgewiesen werden und die Schlussfolgerung, dass die verschiedenen therapeutischen Verfahren in etwa eine ähnliche Wirksamkeit aufweisen, konnte durch zahlreiche Studien nicht widerlegt werden (vgl. Tallman/Bohart 2001, S 86).

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass gemeinsame Faktoren existieren, die in den verschiedenen therapeutischen Ansätzen vorhanden und an dem positiven Ausgang einer Therapie maßgeblich entscheidend sind.

Diese Faktoren wurden nach Grencavage und Norcross im Jahr 1990 untersucht und folgenderweise bezeichnet: Hoffnung des Klienten/der Klientin an den Therapeuten/die Therapeutin, Einsicht und Bewusstsein über die Therapie, Erwerb und Einübung neuer Verhaltensweisen, Verhältnis bzw. Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin und die Verwendung adäquater Interventionen des Therapeuten/der TherapeutIn (vgl. Grencavage/Norcross zit. in Tallman/Bohart 2001, S 88).

An dieser Stelle wird erneut ersichtlich, dass die Veränderungen während einer Therapie zwar von dem Therapeuten/der Therapeutin initiiert werden, aber der Klient/die Klientin als UrheberIn der Veränderung angesehen werden muss, von dem/der die Veränderungen ausgehen und zugelassen werden müssen (vgl. Tallman/Bohart 2001, S 89).

II. Empirischer Teil

4. Forschungsdesign

Grundlage dieser Masterthesis bildet die qualitative Sozialforschung und die damit einhergehende qualitative Denkweise, sowie die fünf Postulate, die den qualitativen Zugang erläutern:

- Im Mittelpunkt einer sozialwissenschaftlichen Forschung steht der Mensch, das Subjekt, welches Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchung sein muss.
- Am Anfang einer Analyse steht eine ausreichende Deskription des Gegenstandsbereiches.
- Der Untersuchungsgegenstand muss interpretiert und somit erschlossen werden.
- Die qualitative Sozialforschung wählt einen subjektbezogenen Gegenstand, der im natürlichen und alltäglichen Leben untersucht werden muss.
- Bei der Verallgemeinerung von Ergebnissen muss der Einzelfall schrittweise interpretiert und das Vorgehen begründet werden (vgl. Mayring 2002, S 19ff).

Ausgehend von diesen fünf Postulaten finden in diesem Kapitel eine Beschreibung des Erhebungsinstruments, der Stichprobe, der Interviewsituation, des Aufbereitungsverfahrens, des Auswertungsverfahrens und der Interviewpersonen statt.

4.1 Erhebungsinstrument

Ausgangspunkt dieser Masterthesis bildet das problemzentrierte Interview mit Psychotherapie-KlientInnen, da bei dieser qualitativen Erhebungsmethode die interviewte Person immer wieder zu der Themenstellung zurückgeführt wird, um eine Zentriertheit auf ein bestimmtes Thema zu erhalten, wodurch die Fragestellung des Interviewers/der Interviewerin bearbeitet werden können (vgl. Mayring 2008, S. 13).

Im Vorfeld wird die Problemstellung erörtert und anhand von einem Interviewleitfaden³ werden zentrale Aspekte in einem Gespräch angesprochen. Dennoch hat die befragte Person die Möglichkeit auf Fragen frei zu antworten, um einem offenen Gespräch möglichst nahe zu kommen (vgl. Mayring 2008, S. 13f).

Bei dem problemzentrierten Interview werden vier Aspekte in den Vordergrund gehoben:

- Die Fokussierung auf ein bestimmtes gesellschaftliches Problemfeld, dessen Aspekte der Forscher/die Forscherin im Vorfeld erarbeitet hat.
- Die Orientierung an dem spezifischen Gegenstand und die Entwicklung eines neuen Instruments für das Interview.
- Die schrittweise Gewinnung und Entstehung von Datenmaterial aus den Interviews.
- Die Offenheit in den Antwortformaten und das Fehlen von vorgegebenen Antwortformaten (vgl. Mayring 2002, S. 67f).

Nicht zu vernachlässigen ist, dass es sich bei dieser qualitativen Methode um eine standardisierte Form der Befragung und einen strukturierten Leitfaden handelt, bei dem die Art und Weise der Fragen teilweise auch die Ergebnisse beeinflussen und somit andere Resultate vorliegen werden, als bei einem narrativen Interview (vgl. Kleemann, et al. 2009, S. 208).

Entscheidend für die Wahl dieses Erhebungsinstruments ist die Angemessenheit für den Gegenstand, da dadurch Material für den spezifischen Forschungsgegenstand geliefert wurde (vgl. Helfferich 2005, S. 26).

Nach der Entscheidung und der Begründung für die Erhebungsmethode, fand eine Auseinandersetzung mit der Stichprobe statt.

³ Der Interviewleitfaden ist im Anhang ersichtlich.

4.2 Stichprobe

Als Stichprobe wird eine Teilmenge der Grundgesamtheit bezeichnet, die unter gewissen Kriterien ausgewählt wurde. Eine Stichprobe wird dann herangezogen, wenn es aus unterschiedlichen Gesichtspunkten nicht möglich erscheint, die gesamte Menge, zum Beispiel die Bevölkerung von einem Land, zu einer Thematik zu befragen.

Damit die Stichprobe die Zuschreibung repräsentativ erhält, muss sie in ihrer Zusammensetzung der Grundgesamtheit entsprechen (vgl. Helfferich 2005, S 152).

Dadurch können allgemeingültige Aussagen getroffen und von dem Einzelfall auf die Grundgesamtheit geschlossen werden. Dies wird als induktives Vorgehen bezeichnet (vgl. Helfferich 2005, S 152).

Die Stichprobe wurde dadurch eingegrenzt, dass nur Personen befragt wurden, die nach eigener Meinung bzw. nach Einschätzung der TherapeutInnen eine erfolgreiche Therapie abgeschlossen haben oder am Ende einer langjährigen Psychotherapie stehen. Eine Einschränkung durch den therapeutischen Ansatz oder die Methodik fand nicht statt.

Im Rahmen der Befragungen konnten 10 Personen interviewt werden, davon zwei Männer und acht Frauen, in einem Altersspektrum von 18 bis 65 Jahren.

4.3 Interviewsituation

Die Befragungen fanden an unterschiedlichen Orten statt, den die KlientInnen selbstständig wählen konnten. Fast alle KlientInnen entschieden sich, das Interview in der eigenen Wohnung stattfinden zu lassen.

Die Gespräche fanden in entspannter Atmosphäre statt, das Setting wurde von den Interviewpersonen selbst gewählt und eine Störung bei den Interviews war nicht zu verzeichnen.

Die Interviewpersonen wirkten aufgeschlossen, interessiert und zeigten sich bereit, über private Details aus ihrem Leben und die Erfahrungen aus einer Psychotherapie erzählen zu wollen.

Die Interviews wurden in dem Zeitraum April und Mai geführt, wobei acht Interviews in der eigenen Wohnung der KlientInnen, ein Interview in einem Büro und ein Interview in einer Institution stattfanden. Die mediane Gesprächsdauer betrug 28,4 Minuten, wobei das kürzeste Gespräch 15 Minuten und das längste Gespräch 45 Minuten dauerte.

Die Gespräche wurden nach Absprache und Zustimmung der Personen auf Tonband aufgezeichnet, um sich in der Interviewsituation ausschließlich auf die Personen konzentrieren zu können.

4.4 Aufbereitungsverfahren

Zwischen der Erhebung und der Auswertung wurde ein Zwischenschritt eingeschoben, nämlich die Aufbereitung des vorliegenden Datenmaterials, in Form von Transkripten⁴ (vgl. Mayring 2002, S. 85).

Das verbal erhobene Datenmaterial wurde in eine schriftliche Form umgewandelt, welches die Basis für eine ausführliche Auswertung des Materials darstellte. Die Interviews wurden detailgetreu transkribiert und dienen als Grundlage für diese Masterthesis.

4.5 Auswertungsverfahren

Das vorliegende Material wurde mit der Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet und die Ergebnisse gegenübergestellt. Diese Methode wurde gewählt, um die Kommunikation analysieren, dabei systematisch, theoriegestützt und regelgeleitet vorgehen, mit dem Ziel, Rückschlüsse auf das Datenmaterial ziehen zu können (vgl. Mayring 2008, S. 13).

⁴ Ein Auszug der Transkripte befindet sich im Anhang.

Diese Forschungsmethode bedient sich einer strengen, methodischen und schrittweisen Analyse, indem durch ein entwickeltes Kategorienschema das Forschungsmaterial bearbeitet wird (vgl. Mayring 2002, S. 114).

Das vorliegende Material wurde reduziert, mit dem Ziel die Inhalte einer Auswertung zugänglich zu machen, ohne die zentralen Inhalte zu verlieren oder zu verändern. Die qualitative Inhaltsanalyse wird nicht als Textanalyse gesehen, sondern verfolgt die Intention von dem Material auf die soziale Realität schließen zu können (vgl. Mayring 2002, S. 114). Im Zentrum der Analyse stehen Kategorien, die mit einem Ankerbeispiel untermauert werden. Diese Analyseform wird als zeitsparend und auf nahezu alle qualitativen Materialien anwendbar beschrieben (vgl. Mayring 2008, S. 13).

In weiterer Folge findet eine Darstellung der Interviewpersonen statt, wobei auf die Therapieerfahrung und die Therapiedauer eingegangen wird.

4.6 Kurzbeschreibung der Interviewpersonen

Der Kontakt zu den Interviewpersonen fand ausschließlich über die TherapeutInnen statt, die die jeweilige Therapie als erfolgreich einstufen und zusätzlich die Selbsteinschätzung der KlientInnen dieses bestätigte.

Im Vorfeld wurden das Forschungsthema und das Forschungsanliegen in einem persönlichen Gespräch den TherapeutInnen vorgelegt bzw. in einer E-Mail vorankündigt.

Die TherapeutInnen wurden gebeten, KlientInnen zu nennen bzw. zu kontaktieren, die Interesse an einer Befragung zeigen könnten und leiteten bei deren Zustimmung die Kontaktdaten weiter.

Anschließend wurde mit den KlientInnen Kontakt aufgenommen und diese zu einem Interview eingeladen.

Die Interviewpersonen wiesen unterschiedliche Therapieerfahrungen auf, wobei mehr als die Hälfte der Befragten mehr als eine Therapie in ihrem Leben durchlaufen haben.

Eine Interviewperson berichtete von drei unterschiedlichen Therapieformen, die im Laufe des Lebens zur Verbesserung der Lebensumstände und zur Lösung von Problemen, beigetragen hatten.

„Ja das war Gesprächstherapie in etwa zwei Jahre und da war ich stationär auch einmal in Therapie da ich Depressionen hatte einmal und dann das waren sieben Wochen und das hat auch ziemlich geholfen und dann systemische Aufstellungen gemacht, das war auch für solche Sachen gut, wenn es Probleme gibt und schauen wir einmal was eine Aufstellung bringt“ (HM, 15/4 – 15/8).

Die Therapieerfahrung kann als breit gefächert beschrieben werden; Bewegungstherapie, Psychoanalyse, Gestalttherapie, Gesprächstherapie, systemische Therapie, usw.

„Also ich hab einmal eine Gestalttherapie gemacht und eine klientenzentrierte Therapie und eine Gruppentherapie, nach dem psychoanalytischen Ansatz. Da ich in verschiedene Therapien hinein geschnuppert habe. Eigentlich habe ich noch eine gemacht und die war so bioenergetisch vom Hintergrund“ (AL, 1/4 – 1/7).

„Ich habe Familientherapie und Paartherapie gemacht. [...] Dann habe ich Einzelfamilientherapie gemacht, was ich nicht so als konstruktiv erlebt habe und dann war ich bei einer Frau, die vom Grundberuf eine Körpertherapie gelernt hat. [...]“ (TZ, 10/3 – 10/7).

„Es war eine Mischung aus Phantasiereisen und Aufstellungstherapie. Das war halt das Werkzeug der Therapeutin. Mit Unterbrechung war ich fast zwei Jahre in Therapie. Es war dann so auslaufende und ausgedehntere Intervalle“ (RS; 21/4 – 21/7).

Die Therapiedauer war abhängig von dem Therapieansatz, der Veränderungen im Leben der Interviewpersonen, der Beziehung zu den TherapeutInnen und der Notwendigkeit einer Unterstützung in der jeweiligen Lebenslage.

In den meisten Fällen wurde die Therapiedauer zwischen ein bis drei Jahren angegeben, wobei sich eine Interviewperson über fünf Jahre lang in Gesprächstherapie befand.

„Ich war ewig in Therapie, ich glaube mit 15 Jahren das erste Mal und da war ich zwei Jahre bei einem Mann und das zweite war, also bei dem ist da irgendwie so abgeflacht und hat dann irgendwann aufgehört und bei dem zweiten und bei dem Menschen war ich fünf Jahre und das lief irgendwie mit und der war Therapeut und Supervisor“ (BK, 8/3 – 8/6).

„Hm...wie lange war ich da...ein Jahr und die Gestalttherapie in Gruppenform in etwa zwei Jahre und Einzeltherapie bei einer Gestalttherapeutin ein knappes Jahr“ (AL, 1/9 – 1/10)

„Hm...also ich hab Einzeltherapie gemacht in etwa drei Jahre“ (KL, 13/3).

„[...] Paartherapie ein gutes Jahr mit meinem mittlerweile Exmann, aber wir waren nachher noch 10 Jahre verheiratet. Dann [...] eine Körpertherapie [...] und dort war ich zwei Jahre in etwa“ (TZ, 10/3 – 10/7).

Abschließend kann festgestellt werden, dass die Therapiedauer in einem direkten Zusammenhang mit dem jeweiligen Therapieansatz steht und von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden kann, unter anderem von der therapeutischen Beziehung, mit der sich das nächste Kapitel befassen wird.

5. Die therapeutische Beziehung aus Sicht der KlientInnen

In diesem Kapitel wird auf die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für die KlientInnen und die weiterführende Therapie eingegangen.

Die Antworten der Interviewpersonen geben Aufschluss über den Erstkontakt zu den TherapeutInnen, die Qualifikationen und Qualitätskriterien einer Therapeutin/eines Therapeuten aus Sicht der PatientInnen, die Bedeutung des Geschlechts der TherapeutInnen, die Gestaltung der professionellen Beziehung und den Therapieabschluss.

5.1 Erstkontakt zu den TherapeutInnen

Der Erstkontakt ist ausschlaggebend, ob sich eine professionelle Beziehung überhaupt entwickeln kann. In erster Linie dient der Erstkontakt zur Beantwortung von Fragender zukünftigen KlientInnen, zur Erörterung der Problemlagen und vor allem um ein erstes Bild von der vis-a-vis Person zu erhalten.

Das Ziel eines Erstkontaktes ist es, die Möglichkeit einer Therapie auszuloten, eine Therapie zu beginnen und/oder eine erste Beziehung zur vis-a-vis Person aufzubauen.

Die Interviewpersonen berichten, dass der Schritt eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, aus einer akuten Krise oder nach einer massiven Problemlage heraus entstanden ist.

Der Kontakt zu dem Therapeuten/der Therapeutin wurde durch das Umfeld, wie Bekannten, Freunden, ArbeitskollegInnen oder ProfessionistInnen wie praktische Ärztinnen oder PsychiaterInnen geknüpft.

„Weil mir jemand von einer Person erzählt hat, ich mir gedacht habe, ja das kann ich mir vorstellen, dass ich da in Therapie gehe. So ins Blaue hinein und dann machst eh so ein erstes Gespräch und dann schaut man nach drei Stunden eh noch einmal, ob das eh passt, oder ob du lieber aufhörst“ (AL, 1/12 – 1/15)

„Bei mir in der Familie war ein Vorfall und da habe ich mich an einen Arzt gewendet und der war auch gleichzeitig Therapeut und bei dem war ich dann in Behandlung“ (BM, 18/8 – 18/9).

„Also für die Paartherapie habe ich mich in einer schweren Ehekrise entschieden und für die zweite weil ich gemerkt habe, weil nach dem Familientherapie - Versuch, habe ich etwas gebraucht, dass zu mir passte und die ich vorher nicht gekannt habe. Mir wurde die Therapeutin empfohlen und da habe ich mir anfänglich eine Stunde ausgemacht und haben dann beschlossen, dass wir gemeinsam zu der Paartherapie gehen und etwas daraus machen. Das zweite war in meiner Scheidungszeit und da war ich bei einer Dame in Therapie, eine systemische Therapeutin“ (TZ, 10/9 – 10/17).

In fast allen Fällen konnte keine Auseinandersetzung mit dem Therapieansatz verzeichnet werden. Im Vordergrund stand der Eindruck beim Erstkontakt, der Zugang bzw. die Erreichbarkeit der TherapeutIn/des Therapeuten, die Kosten der Therapie und die Möglichkeit eine Probesitzung in Anspruch zu nehmen. Von allen Interviewpersonen wurde die Sympathie zum Therapeuten/zur Therapeutin beim Erstkontakt, an erster Stelle gereiht. Dieser Faktor war in allen Fällen ausschlaggebend, um die Therapie fortzuführen oder nach der ersten Sitzung abzuberechnen.

„Ich habe den Therapeuten empfohlen bekommen und mein Vater hatte eine größere Krise und es war Zeit auch mir professionelle Hilfe zu holen und da hat den mir jemand empfohlen und das war irgendwie Sympathie pur“ (BK, 8/12 – 8/14).

„Ich habe schon früher verschiedene Formen probiert, aber sehr wenig konstant. Da war zum Beispiel Hypnose dabei...ähm... ich hab mich glaube ich zu wenig inhaltlich damit auseinander gesetzt, was die adäquateste Form wäre, ich hab in erster Linie geschaut und wollte eigentlich etwas kostengünstiges machen und dann gehört von dem Angebot von der Sigmund Freud Universität, dass da eventuell in Ausbildung befindliche StudentInnen eine Therapie anbieten zu einer kleinen Spende sag ich jetzt einmal...zu 15 oder 20 Euro. Dort habe ich mich hingewendet, die haben mir aber gesagt die Wartezeit dauert gerade 8 Monate und das war mir zu diesem Zeitpunkt zu lange“ (SC, 5/10 – 5/18).

„Da war ich schon zu ungeduldig, da wollte ich schon etwas unternehmen und daraufhin haben die mir dort fünf Personen empfohlen, die Sozialtarif anbieten und das war für mich ein Faktor die Kosten. Und das waren aber unterschiedliche Ausrichtungen, nicht nur Analyse und da war auch eine Gestalttherapeutin dabei und ich habe mir dann von den fünf Empfehlungen zwei kontaktiert und von den zwei habe ich dann ein Erstgespräch gehabt und das eine war so eine Gestalttherapie und die Analytikerin“ (SC, 5/18 – 5/26).

Für die Interviewpersonen sind unterschiedliche Faktoren entscheidend, damit eine Therapie als erfolgreich angesehen und nicht abgebrochen wird.

Ein Merkmal wurde in den Zitaten, bezogen auf den Erstkontakt, mehrmals erwähnt, nämlich die Sympathie zum Therapeuten/zur Therapeutin.

Aber eine Therapeutin/ein Therapeut sollte aus Sicht der KlientInnen noch weitere Qualitäten vorweisen können, damit eine Therapie von Erfolg gekrönt sein kann.

5.2 Merkmale der TherapeutInnen

Ausgehend von den Meinungen der befragten Personen ist es nicht ausreichend, dass die TherapeutInnen ausschließlich sympathisch sind und keine weiteren Qualifikationen aufweisen, sondern auch Interesse am Leben der KlientInnen zeigen, eine Orientierung im Leben der KlientInnen haben, empathisch sind, respektvoll agieren, Einfühlungsvermögen aufweisen, objektiv sind und sich in gewissen Situationen durchsetzen können.

„Weil die anfängliche Sympathie schon gepasst hat. Sie ist mir auf jeden Fall sehr sympathisch...ähm...die Methode habe ich angezweifelt anfänglich, mit der Zeit konnte ich aber damit recht gut leben und mit ihr arbeiten. Die Frage ist, gibt es eine passende Therapie und aja...sie kennt mich schon sehr gut und bei einer anderen Person geht etwas verloren. In Krisenzeiten war die Therapieform immer passend. Da hatte ich immer das Bedürfnis viel zu reden und sie war immer sehr empathisch und konnte gut zuhören“ (SC, 6/20 – 6/25).

„Er war sehr einführend und interessiert...was mir bei ihm wichtig war, war die Sichtweise von außen, dass er mir Rückmeldungen gab, das passte auch zu dem glücklich hinauskommen, dass er mir auch so positive Rückmeldungen auch gab und andere Sichtweisen hatte. Und dass er sich auch die Sachen von mir bis ins kleinste Detail merkte und alles wusste von mir. Er wusste einfach alles, er kannte mich sehr gut und ich vertraute ihm dadurch auch viel mehr und dass er die Beziehung und die Therapie auch aufrechterhalten wollte“ (BK, 8/40 – 8/46).

Zusätzlich schätzen die KlientInnen eine Sichtweise von außen, eine externe Rückmeldung, die nicht von einer involvierten Person abgegeben wird und objektiv ist.

„Was mir auch noch wichtig ist, ist von einem außenstehenden Menschen, zu dem ich vermeidlich keine Beziehung habe und der keine Gefühle hege, freundschaftliche oder liebevolle, das ich von diesem Menschen, einem lebenserfahrenen Menschen, einen neuen Blick auf mein Anliegen bekomme und auch aus der Distanz. Das mit den anderen Sichtweisen, das hat sich aber auch erst am Ende herauskristallisiert“ (BK, 9/13 – 9/17).

Außerdem muss eine Therapeutin/ein Therapeut über eine Vielzahl von Methoden verfügen, die Techniken adäquat in der jeweiligen Situation anwenden können, ein Feingefühl aufweisen, zu welchem Zeitpunkt eine Therapiesitzung beendet werden kann und einen groben Umriss vor Augen haben, wo die Therapie hinführen soll.

„Sie muss auf jeden Fall einfühlsam sein, verständnisvoll und muss am Tisch hauen können und eine Person zum Handeln motivieren können und anspornen können“ (KL, 14/22 – 14/23).

„Dass sie nicht urteilt, dass sie mir wertfrei gegenüber steht und dass sie nicht sofort mit ihren Lösungen gegenüber tritt und dass sie die Situation unter Kontrolle hat und das sie einen Plan hat und weiß wo sie mich hinführt. Dass ich auch nicht das Gefühl habe, dass das zu Ende gebracht hat und dass sie weiß wo sie mich auslässt und zu welchem Zeitpunkt sie die Therapie beendet“ (RS, 21/24 – 21/28).

In weiterer Folge stellt sich die Frage, welche Rolle das Geschlecht des Therapeuten/der Therapeutin für den weiteren Verlauf der Therapie hat und welche Bedeutung durch die Interviewpersonen dem Geschlecht zugeschrieben wird.

5.3 Die Geschlechterrolle

Die Hälfte der Interviewpersonen gaben an, dass das Geschlecht bei der Auswahl eine wichtige Rolle spielt, da einem/einer gleichgeschlechtlichen TherapeutIn ein spezifisches Einfühlungsvermögen, die Möglichkeit eine vertrauensvolle Basis in kürzer Zeit aufzubauen, eine besondere Art von Offenheit und Verständnis zugesprochen wird.

„Ja...das war ein Kriterium das Geschlecht. Also weil ich persönlich einer Frau mehr vertraue, was Gefühle betrifft, da kann ich offener Sprechen mit einer Frau als mit einem Mann. Und auf jeden Fall auch das Schamgefühl, ich glaube dass ich mit Männern gegenüber meine Probleme nicht so offen sprechen könnte, in welcher Hinsicht auch immer, in jedem Lebensbereich. Da würde ich mich vor einem Mann auch nicht so öffnen können, da wäre ich sicherlich viel verschlossener“ (SC; 6/47 – 7/4).

„Ja war mir sehr wichtig, ich wollte mich nicht mit einem Mann auseinandersetzen, das hätte dann sicherlich mehr als ein halbes Jahr gedauert, dass ich offen werde und darüber reden kann. Also ich hatte eine Essstörung und da ging es auch über dünn sein und da habe ich mir gedacht Frauen verstehen das besser als Männer, obwohl das wahrscheinlich gar nicht so stimmt, aber das habe ich mir damals so gedacht“ (KL, 13/39 – 13/43).

„Bei der ersten Therapeutin war mir das sehr wichtig, dass es eine Frau war, da Frauen in meinem Leben wichtige Bezugspersonen waren, aber die Männer haben mir gefehlt und im Laufe der Zeit sind das dann Männer geworden, zu denen ich in Therapie gegangen bin“ (HM; 16/28 – 16/30).

„Und das habe ich dann nach einem Männerseminar auch geschätzt, zu einem und mit einem zu reden. Die männliche Energie und das geschlechtsspezifische Verstanden fühlen und die Anerkennung vom gleichen Geschlecht war mir enorm wichtig. Mich verstanden zu fühlen. Ich kann mit einer Frau über Sex reden, aber ein Mann weiß wie ich mich da fühle und was ich empfinde und wie das ist aus meiner Warte heraus“ (HM; 16/30 – 16/35).

Die anderen Interviewpersonen stellen fest, dass das Geschlecht kein Kriterium für die Auswahl des Therapeuten/der Therapeutin war, aber merken teilweise kritisch an, dass die Entscheidung entweder durch das Unterbewusstsein gesteuert wurde oder eine andere Person die Dynamik in der Beziehung verändert hätte. Zwei Interviewpersonen beschreiben dies wie folgt:

„Ja. Es hätte sicherlich auch eine Frau sein können, aber es war halt dann ein Mann und das war aber dann wichtig. Das war für mich ein sehr starker Mann damals, von seinem Wesen und seinem ganzen Gehabe und da habe ich das Gefühl gehabt, der beschützt mich ein wenig. Und ich war in einer wirklich schwierigen Situation und die auch mit viel Angst verbunden war und deshalb war das gut. Ich hätte mit einer dominanten Frau sicherlich auch umgehen können, dann hätte der Beschützerinstinkt gefehlt und die Beziehung hätte eine andere Dynamik bekommen“ (BM, 19/33 – 19/39).

„Das wäre mir egal gewesen, vielleicht war es aber auch so, dass ich unbewusst, wegen den Problemen mit meinem Vater zu einem Mann gegangen bin, vielleicht unterbewusst, aber nicht zielstrebig. Das weiß ich nicht mehr ganz genau“ (BK, 9/28 – 9/30).

Es hat sich durch die Interviews herausgestellt, dass die professionelle Beziehung zwischen KlientIn und TherapeutIn von unterschiedlichen Variablen abhängig ist und sich teilweise der Kontrolle entzieht. Die Entscheidung über die Therapeutin bzw. den Therapeuten werden teilweise bewusst, teilweise unbewusst und zufällig getroffen, sofern es einen Zufall im Leben gibt.

Entscheidend ist aber, dass eine professionelle Beziehung überhaupt entstehen kann, da diese das Fundament einer Therapie und die Möglichkeit einen Erfolg zu erzielen, darstellt.

5.4 Die professionelle Beziehung

Wie auch in der Theorie⁵, konnte durch die Interviews festgestellt werden, dass die Interaktion zwischen TherapeutIn und KlientIn eine entscheidende Variable für den Erfolg oder Misserfolg einer Therapie darstellt.

Alle Interviewpersonen beschreiben die Beziehung zu den TherapeutInnen als freundschaftlich und förderlich für den Erfolg der Therapie. Im Vordergrund müssen gewisse Grundvoraussetzungen erfüllt werden, damit eine Beziehung erst vorstellbar und möglich erscheint und dann gilt es, diese durch Interesse, Wertschätzung, Wärme und Authentizität aufrecht zu erhalten.

Dadurch besteht die Möglichkeit, dass sich die PatientInnen emotional öffnen und dem Therapeuten/der Therapeutin vertrauen.

„Bei der Gestalttherapeutin habe ich mich sehr wohlfühlt, das war schon eine ältere Frau, die war so offen und interessiert und hat sich gefreut, was ich alles erlebe und das ich auf Entdeckungsreise gehe. Das war so förderlich und ich habe mich dann direkt getraut mich zu äußern“ (AL, 2/25 – 2/29).

Die Interviewpersonen haben des Weiteren benannt, dass auch Konfrontation, Widerstand oder Passivität der PatientInnen gegenüber den Handlungen oder den Deutungen der TherapeutInnen, wie dies. Strupp⁶ beschreibt, zu einem Umdenken oder Bewusstwerden der eigenen Handlungen beitragen können und somit einen Erfolg bewirken.

„Die Beziehung zur Therapeutin ist immer sehr gut gewesen, dennoch habe ich sie auch ein paar Mal konfrontiert, dass ich an der Methode zweifle, aber es hat Situation gegeben, da war sie schon genervt, weil es ist herausgekommen, arbeiten sie mit einer anderen weiter“ (SC, 5/33 – 5/35).

⁵ vgl. Kapitel 2.1

⁶ vgl. Kapitel 2.1

„Aber ich bin schon sehr kritisch, das weiß ich und es ist nicht einfach mit dem Setting der Psychotherapie. Ich toleriere keine Fehler und ich bin ziemlich streng und wenn sie etwas gesagt hat, womit ich nicht einverstanden war, habe ich ihr das schon ziemlich vorgeworfen und mit ihr gestritten. Auf jeden Fall hat mir dies sehr geholfen mich weiterzuentwickeln“ (SC, 5/35 – 5/38).

Dennoch reichen Interesse, Sympathie, Wärme und Freundlichkeit nicht aus, so dass ein Therapeut/eine Therapeutin über ein mannigfaltiges Methodenrepertoire verfügen und das Know-how verfügen sollte, sowie dieses in der jeweiligen Situation einsetzen und auf den Klienten/die Klienten zugehen zu können.

Eine Interviewperson beschreibt dies folgenderweise: *„Bei der Einzeltherapie hatte ich sehr viel Vertrauen aufgebaut gehabt und die hatte eine mütterliche Rolle eingenommen, nicht auf eine dominante Art, sondern tragend und fürsorglich war und ein riesiges Repertoire an Interventionsmöglichkeiten gehabt hat, weil die hatte NLP Master und diverse Energetikerausbildung gehabt und das hatte sie alles eingebaut, das war sehr erfrischend und kreativ, das ich immer den Eindruck gehabt hatte, dass etwas Schönes passieren würde in dieser Stunde und da habe ich mich immer auf sie und die Stunde gefreut“ (TZ, 11/9 – 11/15).*

Eine Therapie kann mit einem Prozess oder einem Projekt verglichen werden, in dem in einer gewissen Zeit, in der der Patient/die Patientin einer Unterstützung bedarf, ein gewisses Ziel erreicht werden soll und nach einem Zeitraum, dieser wird durch die Patientin/den Patienten bestimmt, die Therapie ein Ende findet.

Die Visualisierung, Thematisierung und die Erarbeitung dieses Therapieabschlusses ist für viele KlientInnen ein zentraler Punkt und stellt den letzten Teil der Therapie dar, deshalb scheint es von Vorteil, dass dieser Punkt von dem Therapeuten/der Therapeutin miteinbezogen wird.

5.5 Der Therapieabschluss

Der Therapieabschluss wurde in den meisten Fällen von den Interviewpersonen forciert, gleichzeitig von den TherapeutInnen erkannt und begleitet.

Eine Interviewperson beschreibt das Ende der Therapie folgenderweise: *„Also bei der Gestalttherapie, da war ich bei einer Frau, die habe ich, wie wir das besprochen haben, bis zum Ende gemacht, also das war so ein Prozess“ (AL, 1/17 – 1/19).*

Teilweise wissen viele KlientInnen nicht, wie sie sich aus einer langjährigen Therapie lösen können und fühlen sich hilflos in dem Setting gefangen, da die Therapie nur mehr als Abhängigkeit und Zwang erlebt wird.

Tritt zum Beispiel eine gravierende Veränderung im Leben der PatientInnen ein oder konnte das Leben der PatientInnen neu strukturiert werden, taucht der Wunsch auf, diese abubrechen und zu reduzieren.

In dem folgenden Interviewauszug sind die Abhängigkeit zum Therapeuten und die Hilflosigkeit der Patientin erkennbar, sich nicht aus der Therapie lösen zu können: *„Dass er auch sehr dominant war natürlich und ich hatte das Gefühl ich komme aus der Therapie nie heraus, das hört nie auf. Ich werde dort mein ganzes Leben hingehen, denn immer dann wenn die Stunde zu Ende war, hat er seinen Kalender genommen und einen neuen Termin bestimmt. Dann ist es immer weniger geworden und dann bin ich irgendwie nur mehr zu einem Tausendkilometer-Service gegangen. Alle drei Monate einmal und irgendwann war es dann zu Ende, ohne Abschluss. Ich bin einfach nicht mehr gekommen und habe mich auch nicht mehr gemeldet. Was mir eigentlich bis heute im Magen liegt, aber ich habe irgendwie nicht anders heraus können aus der Situation. Von ihm war das nicht definiert, ich bin einfach nicht mehr gekommen. Es war auch sehr viel Geld und mein Leben hat sich auch verändert und ich habe ihn nicht mehr gebraucht und es war doch eine Abhängigkeit und ich wollte einfach nichts mehr erzählen nach der langen Zeit. Ich hab es einfach nicht mehr gebraucht“ (BM, 19/1 – 19/12).*

Eine weitere Patientin erzählt, dass sich der Wunsch nach einer intensiven Beziehung zum Nachteil auf den Therapieerfolg auswirken bzw. zum Abbruch einer Therapie führen kann, da die Grenzen verschwimmen, die Rollen nicht mehr eindeutig erscheinen, die Professionalität nicht mehr gegeben ist und Interpretationsfehler oder Deutungsschwierigkeiten entstehen können.

„Und die Bioenergetik, das war bei einem Mann und da hab ich mich ein wenig verknallt in den Therapeuten und das hab ich dann irgendwann abgebrochen, das war dann so schwierig und so unklar und die Reaktionen. Naja...wie soll ich sagen, ich hatte dann nicht mehr den Eindruck, dass ich davon profitieren kann und über mich reden kann. Das ist schon vom Teil auch von mir aus gegangen, aber die Reaktionen des Therapeuten waren auch irgendwie nicht eindeutig und fragwürdig. Ja das habe ich abgebrochen. Und das analytische, die Gruppentherapie, die war geplant für eine gewisse Zeit und so zwei Jahre. Das war eine offene Gruppe und die sind aber alle ewig hingegangen, kontinuierliche Besetzung“ (AL, 1/19 – 1/26).

Durch das Zitat zeigt sich, dass der Patient/die Patientin die Rückmeldungen und Anregungen des Therapeuten/der Therapeutin nicht mehr objektiv einordnen kann, da sich die Gefühlsebene mit der professionellen Ebene überlagert.

Deshalb sollte, wie bei Senf und Broda im Kapitel 1.6 beschrieben, immer eine Professionalität aufrecht erhalten werden, da der Patient/die Patientin dem Therapeuten/der Therapeutin auf eine gewisse Art und Weise ausgeliefert ist und sich in einem emotionalen Umbruch, Verwirrtheit und Abhängigkeit befindet.

Der Patient/die Patientin versucht das Leben neu zu ordnen, die Erlebnisse aus dem Alltag zu verarbeiten und auf einer Metaebene, unter der Anleitung des Therapeuten/der Therapeutin, Geschehnisse zu reflektieren. Nur durch eine vertrauensvolle Basis und eine professionelle Beziehung werden den Patienten/der Patientin Möglichkeiten eröffnet, Veränderungen zu akzeptieren und diese auch in den Alltag einzubauen.

6. Veränderungen im Leben der KlientInnen

Veränderungen bedeuten einen enormen Schritt im Leben der KlientInnen und sind aber gleichzeitig notwendig, um Alltagssituationen, die als belastend erlebt werden reflektieren und anschließend bearbeiten zu können.

6.1 Art der Veränderungen

Die Interviewpersonen beschreiben die Veränderungen, als einen bewussten Umgang mit den eigenen Gefühlen, ein intensiver Kontakt mit dem eigenen Körper, auf Signale des eigenen Körpers einzugehen, ein Besinnen auf die eigenen Wünsche und ein Eingehen auf die Bedürfnisse, die dazu führen, dass Situation, Erlebnisse und Gefühle benannt werden können, die als belastend, bedrückend und beengend erlebt werden. Am Anfang konnten die Interviewpersonen die Gefühle zwar nicht deuten oder einordnen, aber die Möglichkeit diese anzusprechen und über diese nachzudenken, stellt den ersten Schritt der Veränderung dar.

„Wo ich immer den Eindruck hatte, was mir wirklich etwas gebracht hatte war, wenn ich in der Therapie, mit meinen Gefühlen in Kontakt gekommen bin. Am Anfang weiß man nicht wirklich warum einem zum Weinen ist, dich irgendetwas immer bedrückt und da gibt es dann die Möglichkeit viel zum Nachdenken. Da fällt dir auch etwas ein. Das was dann wirklich gewirkt hat war, wenn ich wirklich in das Gefühl hinein gekommen bin und dann dort den Raum gehabt habe zum Ausdruck zu bringen. Was ist das jetzt, was mich so bedrückt und belastet, oder ist das Weinen überhaupt traurig sein oder ist das Wut oder Ärger oder irgendetwas anderes? Man schachtelt oft etwas ein. Wer weint ist traurig, das ist nicht immer wahr. Und einfach draufzukommen was es ist und da passiert es mir immer, dass immer eine alte Erinnerung bzw. Situation auftaucht, plötzlich an die ich zwanzig oder dreißig Jahre nicht mehr gedacht habe und nicht gewusst habe, dass ich diese Situation erlebt habe. Und dann plötzlich kommt die Situation hoch und dann rückt sich etwas zurecht und das ist dann während des Prozesses wahnsinnig anstrengend und dann ist es so erleichternd. Und dann habe ich das Gefühl gehabt ich bin dann irgendwie in meinem Dasein ein wenig freier“ (AL, 1/28 – 1/40).

„Dann sind da Situationen, die sich so ähnlich anfühlen im Alltag und jetzt passiert es mir nicht mehr und ich kann besser damit umgehen, sondern das kommt und stört mich nicht mehr“ (AL, 1/40 – 1/43).

„Ja...meine Therapeutin hat das immer zuerst gesehen und ich habe das erst später wahrgenommen und ich konnte das anfänglich nicht wahrnehmen. Ich arbeite immer noch an mir und versuche das Gelernte anzuwenden. Ich reflektiere Situationen anders als früher und kann mich mehr fokussieren auf Gedanken. Ich versuche verstärkt darauf zu achten, wahrscheinlich mehr als vorher“ (SC; 6/35 – 6/39)

Bei dem nächsten Zitat zeigt sich, dass Reden als gewisse Erleichterung wahrgenommen wird und als erster Schritt dient, sich den Gefühlen und Belastungen bewusst zu werden: *„Dass es verschiedene Stufen gegeben hat und dass es zu Beginn einmal für mich wichtig war, dass ich reden kann über das, was mich bewegt und bedrückt und wo es mir schlecht geht. Die erste Veränderung war, reden bringt eine gewisse Form der Erleichterung, das heißt nicht, dass die Probleme weg sind und irgendwie kleiner werden, sondern es geht leichter, ein wenig halt. Es wird empathisch zugehört und war mir wichtig.*

Ich glaube weil ich so eine empathische Zuwendung sehr vermisst habe in meiner Kindheit. Auf diese Art und Weise, dass ich reden durfte und egal war was ich gesagt habe und man hört mir zu. Das hat sehr geholfen und da bin ich auf Dinge drauf gekommen, die mich sehr weiter gebracht haben. Das hat auch dazu geführt, dass ich mich von meiner Beziehung trennen konnte und meinen eigenen Weg gegangen bin und das war damals wichtig für mich“ (HM, 15/13 – 15/23).

In den meisten Fällen hat ein Gefühl eine Erinnerung ausgelöst und dadurch können Ereignisse und Gefühle in das Bewusstsein gerufen werden.

Dadurch wird der Umgang mit ähnlichen Gefühlen und Situationen unproblematischer für die Interviewpersonen beschrieben, da eine vergangene bzw. bedrückende und ähnliche Situation thematisiert und aufgearbeitet werden kann.

Durch das Reflektieren von Situationen und das Fokussieren auf Gefühle kann ein Umdenken, eine Veränderung, in der Person stattfinden und diese eröffnet wiederum die Möglichkeit, sich in ähnlichen Situationen distanzieren zu können. Dadurch wird das belastende Moment vermieden und die Objektivität kann aufrecht erhalten werden.

„Der erste Erfolg war in der Beziehung und Interaktion mit meinem Vater und dann kam da etwas ein halbes Jahr später und das habe ich dann völlig anders handhaben können und da habe ich dann nein sagen können. Das war so eine Geschichte für mich und da konnte ich mich distanzieren von der Situation und mich nicht aus der Bahn werfen lassen und konnte mich abgrenzen“ (BK, 9/1 – 9/5).

Erst durch den Rückschluss auf erlebte Situationen aus der Vergangenheit, kann ein teilweise unbewusstes und belastendes Erlebnis aufgelöst und Gefühle bearbeitet werden.

„In Zeiten in denen ich mich besonders hilflos gefühlt habe und da war mir jede Hilfe von großen Nutzen und in Situationen, wo es doch ziemlich gepasst hat, wo ich gewisse Konflikte, die von der Kindheit stammen, die durch die Therapieform aufzulösen und daran zu arbeiten diese zu bewältigen und das braucht eben seine Zeit. Aber ist doch ziemlich logisch, vor allem weil es ein komplexer innerpsychischer Konflikt ist und das Analytische doch adäquat ist und gerade in Situationen in denen ich die Geduld verliere, kann ich das auf meinen Kindheit zurückführen“ (SC, 6/27 – 6/33).

Im Vordergrund steht die Stärkung des Selbstwertes des Patienten/der Patientin, der sich in den Jahren verflüchtigt hat und auf dem durch die Therapie aufgebaut wird.

Ein geringes Selbstwertgefühl und fehlende Selbstsicherheit hängen häufig zusammen und können psychische und psychosomatische Problemlagen intensivieren.

Eine Interviewperson beschreibt dies mit folgenden Worten: *„Ausgangspunkt war mein Körper und dass ich mehr auf meinen Körper achten muss. Ich habe dann ewig gekämpft mit meiner Verdauung, medizinisch alles abgeklärt, also bleibt nur mehr eine psychische Ursache. Meiner Meinung nach war das auch so. Die Verdauung hat sich dann bei mir verbessert und ich habe mich wohler gefühlt. Also muss der Grund im Psychischen liegen. Ich hab immer alles zurückgesteckt und hatte wenig Selbstwertgefühl und bin wertend vorgegangen, also nicht andere Menschen bewertend, sondern andere Menschen in dem Sinne, was sie über mich denken und habe mir immer gedacht und überlegt und was könnten die anderen Personen über mich denken und mir immer Sorgen gemacht. Ich habe immer Bauchmerzen bekommen und auch als Angst gegenüber den anderen und mich immer mit Menschen unwohl gefühlt. Also habe ich Hilfe gebraucht. Wichtig war immer was andere Leute denken und ich habe mich dem immer angepasst und versucht den Leuten alles recht zu machen. Ich habe manche Menschen über mich gestellt und Menschen als besser angesehen als mich. Ich bin dann auch immer vor solchen Menschen geflüchtet und habe die Interaktion und Kommunikation vermieden“ (DS, 23/16 – 23/30).*

6.2 Zeitpunkt der Veränderungen

Die meisten KlientInnen können sich an das erste Erfolgserlebnis kaum erinnern, haben aber in Erinnerung, dass sich ein regelmäßiger Erfolg nach einigen Therapiesitzungen verzeichnet hat, der in etwa nach den ersten drei bis fünf Sitzungen bemerkbar war.

„Ich kann mich nicht genau daran erinnern an das erste Erfolgserlebnis, aber ich hatte das Gefühl, dass es einen regelmäßigen Erfolg gab, weil er machte das immer so, dass er gegen Ende der Einheit meine Sachen auf eine Metaebene gehoben hat und mir Empfehlungen gab und...ich glaube behaupten zu können, der Erfolg war eher das Glück. Ich fühlte mich oft, als ich die Therapie beendet habe und hinaus gegangen bin einfach glücklich und happy“ (BK, 8/21 – 8/25).

„Diese Assoziation habe ich zu diesen gesamten fünf Jahren und als ich da hinaus gegangen bin, auch wenn es irgendwie schwierige Themen waren, war ich danach immer glücklich und er hat mich zwar nicht glücklich gemacht, aber er hat mir geholfen, dass ich Sachen etwas positiver einordnen kann und etwas positiver sehe“ (BK, 8/25 – 8/29).

Der Erfolg wird von den Interviewpersonen dann als solcher beschrieben, wenn eine Auseinandersetzung mit den Gefühlen und belastenden Situationen stattfindet und sich neue Sichtweisen und Deutungen in bzw. nach einer Therapiesitzung eröffnen.

„Das war immer nach der Therapie, wenn ich in ein Gefühl eintauchen konnte. Das geht nicht in jeder Stunde, dass man zu so einer Erkenntnis oder zu so einem Zustand kommt, wo wirklich Neuland ist. Wo etwas Verdrängtes wieder auftaucht, das passiert nicht in jeder Therapiestunde“ (AL, 2/45 – 2/48).

„Es gab immer wieder Sitzungen die spontan eine Erkenntnis gebracht haben und natürlich auch einiges was sich als Prozess gezeigt hat und wo ich drauf gekommen bin, da ist etwas, da kommt etwas in Bewegung. Würde sagen, dass zu einem großen Teil auf der Erkenntnisebene und auf emotionalen Ebene war, Zugang bekommen zu Verletzungen und zu alten Dingen, die man sehr vergraben hat und dann sich besser zu verstehen. Auf der einen Seite sich selbst und auf der anderen Seite die Umstände und das hilft einem dann zum Beispiel beim Reframing und ich muss das sozusagen nicht so lassen. Dingen einen neuen Rahmen geben und eine andere Sichtweise einnehmen. Ich habe mich noch nie damit auseinandergesetzt, was hat das für Vorteile für mich und nicht nur immer die Nachteile sehen. Dinge können, selbst wenn sie Nachteile sind auch Vorteile haben. Kann ich sie jetzt sehen, wenn ich sie damals nicht gesehen habe, ja das war sehr hilfreich“ (HM, 15/25 – 15/35).

Durch diese Veränderungen und die Möglichkeiten Situationen und Gefühle in einem neuen Rahmen wahrzunehmen, sind Auswirkungen auf den Alltag bzw. auf andere Menschen bemerkbar, mit den sich die nächsten zwei Kapitel befassen.

6.3 Auswirkungen auf den Alltag

Die Interviewpersonen erzählen, dass sich durch die Therapie das Selbstvertrauen, der Selbstwert und das Selbstbewusstsein verändert haben und deutlich angestiegen sind. Dies wird besonders in unterschiedlichen Situationen ersichtlich, in denen sich die Interviewpersonen behaupten, auf Menschen zugehen und mit den eigenen Gefühlen umgehen müssen.

„Das ist auch der Raum, der Abstand zwischen den KlientInnen, in der Arbeit...der Abstand einfach zu den Problemen, Anliegen und dass mich das nicht beginnt wieder aufzuregen oder die Anteilnahme an den Problemen. Von der Betroffenheit ein wenig weg und freier und gelassener werden. Und auch besser abgrenzen können zu den Problemen“ (AL, 3/1 – 3/5).

Das Bewusst werden von Themen, die eine Personen bedrücken und Gefühlen die eine Person lähmen, die Bearbeitung von belastenden Situationen und die Abgrenzung von Themenbereichen, haben Menschen im Umgang mit Alltagssituationen gestärkt und zu einem neuen positiven Selbstbild beigetragen. Dadurch konnten neue Möglichkeiten eröffnet, neue Sichtweisen entwickelt und neuartige Erfahrungen gesammelt werden.

„Da hatte ich so ein bestimmtes Thema immer gehabt. Ich habe in einem Team gearbeitet und ich mich immer so aufgeregt habe, was mir unheimlich wichtig ist und ich wusste, dass das Thema den anderen nicht gefällt. Das hat mich innerlich immer so aufgeregt, bevor ich es noch gesagt habe, dass ich es nicht sagen konnte oder ich zu lange gewartet habe. Und...dann habe ich daran gearbeitet was der Stress ist. Keiner wollte mir etwas Böses, aber es war ein gutes Team, ich wurde anerkannt, aber ich hatte das Gefühl. Da habe ich einiges entdeckt und im Zusammenhang mit meiner Kindheit“ (AL, 2/40 – 2/41).

„Ich denke, dass ich wieder selbstbewusster geworden bin in dieser Zeit und dass ich wieder besser meine Grenzen ziehen konnte und vor allem wieder ein positives Konzept davon gehabt habe, wie ich leben wollte und wie ich lebe“ (BM, 18/23 – 18/25).

„Das Wichtigste war glaube ich, dass ich eine sehr emanzipierte Frau geworden bin und zwar emanzipiert nicht im politischen Sinn, aber in diesem Sinne...ich hatte das Gefühl ich bin ein kompletter Mensch und das ist erst in dieser Therapie gewachsen. Ich habe das Gefühl nicht gehabt, da ich auf eine Paarbeziehung fixiert war und dann war diese zu Ende und ich hatte das Gefühl ich stehe vor einer Leere und kann nicht mehr weiter gehen. Und dann hat sich so langsam das Gefühl entwickelt, ich kann das auch alleine und schaffe das auch alleine und ich brauche dafür keinen Mann. Was nicht heißen hat ich will keinen Mann, sondern ich brauche in diesem Moment keinen Mann um komplett zu sein, ich bin das so und so“ (BM, 19/44 – 20/3).

Des Weiteren berichten einige Interviewpersonen, dass psychosomatische Symptome allmählich nachgelassen haben und sich die Einstellung zum eigenen Körper deutlich verändert hat. Nunmehr steht der Körper im Mittelpunkt und die Menschen haben gelernt, auf Signale des Körpers zu achten und auf diese auch zu reagieren.

„Naja, dass einmal akute körperliche Symptome aufgehört haben. Also ich hatte Panikattacken und Angstzustände, die haben nach drei Monate aufgehört. Das war einmal das Offensichtlichste. Dass man einfach aus der depressiven Stimmung wieder hinauskommt und nicht stundenlang am Sofa sitzt und vor sich hin vegetiert und dass man sich nicht von der Welt abschotten will, sondern wieder am Leben teilhaben will“ (RS, 21/12 – 21/16).

„Die Achtung vor dem eigenen Körper und das Aushungern lassen des eigenen Körpers verschwindet und dass ich wieder Interesse am Essen und am Zubereiten habe. Und auch Selbstwert und Wertschätzung mir selbst gegenüber“ (KL, 13/45 – 13/47).

„Ich kann nun meinen Körper spüren, ich gebe nicht auf und ich muss handeln, uninteressant was andere Menschen von mir denken. Die anderen Menschen müssen mich so akzeptieren wie ich bin und ich denke weniger über meine Handlungen nach. So bin ich und nicht anders. Ich denke weniger nach und das hat sich auf mein Leben positiv ausgewirkt. Die Angst hat es mir genommen vor mehreren Sachen und aufhören in der Zukunft zu leben und nach Wünschen usw. Und auf den Körper und meine eigenen Wünsche einlassen. Mit weniger Angst leben und mehr Selbstwert aufbauen können und Selbstschätzung und mehr Glauben an mich selbst“ (VM, 25/19 – 25/20).

Einige Interviewpersonen haben nach eigenen Angaben gelernt, Emotionen, Gefühle und Erlebnisse, zu vergessen, zu verdrängen oder damit zu leben und Ängste, Sorgen, Aggressionen, Zorn, Eifersucht und Neid hinter sich zu lassen und sich in Richtung einer positiven Zukunft zu orientieren.

„Das Leben hat dann eigentlich erst angefangen, die Depressionen haben aufgehört und man kann sich dann erst wirklich wieder nach außen wenden und die Gedanken kreisen nicht um einen selbst und die Türen öffnen sich wieder nach außen. Ich habe dann auch wieder auf Menschen zugehen können und wieder auf Beziehungen einlassen können und auch Gefühle zugelassen und bin nicht vor den Gefühlen und mir selbst davongelaufen. Wenn die Depressionen weniger werden, kann man auch auf Menschen wieder zugehen“ (RS, 21/45 – 22/4).

Die Auswirkungen einer positiven Therapieerfahrung sind nicht nur im Alltag bemerkbar, sondern auch speziell im Umgang auf und im Zugang mit anderen Menschen.

6.4 Auswirkungen auf andere Menschen

Die Interviewpersonen berichten, dass sich durch die Bearbeitung und Reflexion von Gefühlen, Emotionen und Erlebnissen, die Interaktion mit anderen Menschen deutlich verändert hat.

Durch die Therapie haben die befragten Personen gelernt, mit den Gefühlen umzugehen, sich nicht aus der Bahn werfen zu lassen, auf Menschen wertfrei zuzugehen, sich in belastenden Situationen abzugrenzen und den Umgang mit anderen Menschen zu reflektieren.

Des Weiteren berichten die Interviewpersonen, dass sich die Denkweise verändert habe, ein Perspektivenwechsel stattgefunden hat, Personen nun in einem anderen Licht gesehen werden, Situationen auf eine andere Art und Weise bewertet bzw. wahrgenommen werden und das Verständnis für andere Sichtweisen gewachsen ist. Schuldgefühle, Vorwürfe, Unsicherheit und Selbstzweifel konnten verarbeitet werden und eine bewusste Auseinandersetzung mit Zuschreibungen und Bewertungen von Situationen und Mitmenschen haben stattgefunden, wodurch sich der Umgang bzw. der Zugang auf andere Menschen grundlegend verändert hat.

„Im Umgang mit meiner Mutter und anderen Leuten, das war eigentlich das Wichtigste. Ich habe mit meiner Mutter nur mehr gestritten und konnte nicht mehr kommunizieren und dadurch hat sich schon sehr viel verändert. Wir haben uns gegenseitig nicht mehr ausgehalten und nur mehr gestritten und konnten nicht mehr miteinander umgehen usw. Die Therapie hat unsere Beziehung verändert und die Denkweise des anderen offen gelegt“ (KL, 13/27 – 13/31).

„Der erste Erfolg war in der Beziehung und Interaktion mit meinem Vater und dann kam da etwas ein halbes Jahr später und das habe ich dann völlig anders handhaben können und da habe ich dann nein sagen können. Das war so eine Geschichte für mich und da konnte ich mich distanzieren von der Situation und mich nicht aus der Bahn werfen lassen und konnte mich abgrenzen“ (BK, 9/1 – 9/5).

„Ja das auf jeden Fall im Umgang mit anderen Menschen. Ich sehe mich da nicht als Insel, sondern auch in meiner Reaktion auf andere Menschen, auf Ereignisse, auch in der praktischen Arbeit, im Beruf, eigentlich einen inneren Haltungswandlung herbeigeführt hat“ (TZ, 10/27 – 10/29).

In den meisten Fällen ist die Veränderung im Umgang mit anderen Menschen durch eine Steigerung des Selbstwertes und der Selbstsicherung, der Akzeptanz einer differenzierten Sichtweise, einer Veränderung der inneren Haltung und einem bewussten Umgang mit dem eigenen Körper, eingetreten.

„Dass ich selbstsicherer werde im Umgang mit anderen Menschen und meinen Körper achte und ich auch auf andere Menschen dadurch bewusster zugehe. Ich habe mir das nicht anmerken lassen, ich wollte das auch verstecken und habe mich auch teilweise abgeschirmt und das hat den Umgang auch mit anderen Menschen verändert, die Therapie. Ich lasse nun Gefühle viel mehr zu und kann auf Menschen anders zugehen“ (KL, 14/8 – 14/12).

„Das was ich wollte war mir immer unwichtig und das was die anderen wollten habe ich immer in den Vordergrund gestellt und hab mich dann selbst verloren und bzw. habe ich Angst gehabt, dass mich die Gesellschaft nicht so will wie ich bin und was ich bin. Ich versuche mehr auf meinen Körper zu hören und da ich mehr Selbstwert habe auch das tue. Wenn es jemanden anderen nicht passt, auch gut. Ich habe auch die Vorwürfe und die Schuldgefühle noch vor der Handlung abgeschüttelt und handle einfach. Man fährt immer den besten Weg wenn man macht was man will, nur muss man zuerst wissen was man will. Und das Wahrnehmen mit dem Körper, mit anderen Menschen, mit der Gruppe habe ich dort gelernt“ (VM, 25/16 – 25/17).

Einige Interviewpersonen erzählen, dass durch die Paartherapie die eigene Beziehung einen Wandel durchlaufen hat, dem Partner/der Partnerin vermehrt Verständnis und Geduld entgegen gebracht wird, Beziehungsfallen vermieden werden und ein bewusstes Zugehen aufeinander stattgefunden hat.

„Die Paartherapie dadurch, dass wir zusammen geblieben sind und als Familie uns neu strukturiert haben und das wir gemeinsame Aktivitäten unternommen haben und wir haben die Aktivitäten vertieft haben und wir haben unser Leben verändert und aufeinander abgestimmt“ (TZ, 12/8 – 12/12).

„Ja da haben wir gelernt so zu kommunizieren, dass es nicht mehr zu diesen üblichen Fehlern bzw. Fallen in einer Beziehung kommt und dann zum Streiten anfangen und das haben wir in der Paartherapie gelernt, durch spiegeln und den anderen erfahren“ (VM, 25/3 – 25/5).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Therapie das Leben der Menschen von Grund auf verändert hat. Situationen und Menschen einer anderen Bewertung unterzogen werden, Wertschätzung und Geduld im Vordergrund stehen und die innere Haltung gegenüber Mitmenschen eine Veränderung durchlaufen hat. Menschen werden in einem anderen Licht gesehen und aus einem anderen Blickwinkel wahrgenommen.

Das nächste Kapitel beschäftigt sich mit dem Erfolg von Psychotherapie, der Zuschreibung des Erfolges und den Wirkfaktoren, die aus Sicht der Interviewpersonen eine erfolgreiche Therapie überhaupt ermöglichen.

7. Erfolg von Psychotherapie

7.1 Darstellung aus Sicht der KlientInnen

Der Erfolg einer Psychotherapie wird von den Interviewpersonen in der Interaktion mit anderen Menschen, im Umgang mit belastenden Situationen, im Aufbau von Selbstsicherheit und Selbstwert, in der Unabhängigkeit von Situationen und Mitmenschen, in der Bearbeitung von psychosomatischen Problemen, einer Neuordnung des Lebens, der Entwicklung einer differenzierten Sichtweise und der Fähigkeit sich im Leben und im Alltag wieder zurecht zu finden, gesehen.

„Körperlichen Symptome, Angst, Panikattacken verschwunden sind und das Nächste war, dass die depressiven Phasen immer kürzer geworden sind. Das war dann nur mehr an wenigen Zeitpunkten am Tag und ist immer weniger geworden und hat irgendwann ganz aufgehört. Dann einfach dass ich wieder meinem Job nachgehen konnte, ohne zu überlegen wie komme ich durch den Tag und wie schaffe ich den Tag, ohne mich zurückzuziehen und in ein Eck zu flüchten. Den ersten Erfolg habe ich den Antidepressiver zugeschrieben und mit der Zeit auf jeden Fall auch der Therapie“ (RS, 22/8 – 22/15).

„Naja wichtig war mir, dass ich von meinen Gefühlen besser umgehen kann und mich besser abgrenzen kann und das ist eigentlich beides. Abgrenzen und Freiheit haben und das ich meine psychosomatischen Probleme losgeworden bin“ (AL, 4/11 – 4/13).

„Dass sie mir klar macht, dass ich es in der Hand habe und ich entscheide und nicht die Essstörung mich beherrscht und ich mich entscheiden kann, welchen Weg ich gehen möchte, den gesunden oder den anderen Weg. Am Anfang stand die Essstörung im Vordergrund und dann sind wir auf die Gefühlsebene geschwenkt und es hat mir auch geholfen, dass ich mit jemanden Externen reden kann. Das hat auch die Kommunikation mit anderen Menschen verändert“ (KL; 14/1 – 14/6). „Dass ich mein Leben ändern konnte“ (KL, 14/33).

7.2 Zuschreibung des Erfolgs

Am Erfolg sind sowohl TherapeutIn, als auch KlientIn beteiligt. Beide tragen zu dem Erfolg bei. Auf der einen Seite durch die Bereitschaft und das Vertrauen auf der Seite des Klienten/der Klientin und auf der anderen Seite durch die Erfahrung, die Methoden, die Technik und die Persönlichkeit des Therapeuten/der Therapeutin. Die Beziehung bzw. die Interaktion verbindet den Klienten/die Klientin mit dem Therapeuten/der Therapeutin.

„Von beiden, vom Therapeuten und vom Klienten. Wennst kein Vertrauen zu einem Therapeuten hast, kann man nur aufhören, weil das bringt nichts. Vertrauen zu haben und sich irgendwie fallen lassen können, das ist schon ganz wichtig. Das ist auch eine Beziehungsgeschichte zwischen beiden, ein Prozess, das hängt mit der Ausstrahlung und Erfahrung zusammen. Und irgendeine Bereitschaft muss man mitbringen und grundsätzlich dass man in der Lage ist zu reflektieren und wohin zuschauen, wie geht es mir jetzt. Wenn du dich ganz verschließt, da bewegt sich gar nichts mehr. Das ist dann sehr schwierig“ (AL, 2/11 – 2/17).

„Mich hat beeindruckt, dass man in so kurzer Zeit eigentlich sein Leben umstellen kann, nicht durch Zwang, einfach nur durch Leichtigkeit. Sie hat mich irgendwie nicht angeleitet, sie hat mich unterstützt und mich beraten. Der Wunsch war aber auch von meiner Seite aus da etwas zu verändern. Ich habe von ihr auch die Bestätigung gebraucht...immer“ (KL; 14/28 – 14/31).

„Ich habe das Glück, dass ich ausgezeichnete Therapeuten erwischte und mir war wichtig, dass ich ernst genommen werde, das haben die alle getan und dass die mich dorthin führen, wo ich nicht hinschaue (HM, 16/16 – 16/18). Es gab natürlich Sitzungen bei denen nicht so viel weitergeht, aber mit irgendetwas geht man immer nach Hause. Wenn das jemand erkannt hat und mich dorthin geführt hat, das war enorm wichtig. Da konnten wir dann auch Traumata und Szenen bearbeiten und löschen, die mich irrsinnig belastet haben“ (HM, 16/48 – 17/3).

„Der Therapeut verhilft, aber du musst etwas tun und nicht in der Schuld- bzw. Mitleidsphase festzustecken und das Zulassen von Hilfe ist auch wichtig“ (DS; 24/26 – 24/27).

„Der Therapeut hat eine riesen Rolle gespielt und ich hab mich auf ihn gestützt und verlassen auf ihn. Das war so wichtig eine Zeit lang und in der ersten Krise war das unglaublich wichtig“ (BM, 20/4 – 20/5).

Im nächsten Kapitel werden verschiedenen Wirkfaktoren vorgestellt, die aus Sicht der KlientInnen die Therapie erheblich beeinflusst und gelenkt haben.

7.3 Wirkfaktoren aus Sicht der KlientInnen

Die KlientInnen benennen unterschiedliche Wirkfaktoren, die zu einer erfolgreichen Therapie führen können; die Bereitschaft und der Wunsch eine Veränderung herbeizuführen, Offenheit im therapeutischen Setting, die Beziehung zum Therapeuten/zur Therapeutin, eine Veränderung zulassen können bzw. wollen, die Willenskraft und den Mut den ersten Schritt zu setzen und sich mit teilweise unangenehmen Situationen und Emotionen auseinanderzusetzen, eine gewisse Neugier nach einer Veränderung, den Wunsch handeln zu wollen, das Bedürfnis etwas an die Oberfläche und etwas in Einklang bzw. in eine bestimmte Ordnung bringen zu wollen, dem Therapeuten/der Therapeutin Vertrauen entgegenzubringen und das therapeutische Setting bzw. der geschützte Rahmen durch die Therapie.

„Ich glaube grundlegende Offenheit und das Bedürfnis etwas an die Oberfläche bringen zu wollen, vielleicht Erkenntnisgewinn. Möglicherweise das Bedürfnis etwas in Einklang zu bringen, ähm...wobei sollte der Ansatz unten angesiedelt werden, wo sich der Klient/die Klientin befindet. Die Kontaktfähigkeit sollte auf irgendeine Weise vorhanden sein. Auch der Anspruch etwas Wahrnehmen und verändern zu wollen, auch in späteren Jahren“ (TZ, 11/43 – 11/47).

„Was Wirkung hat ist das Ritualisierte, man kauft sich etwas und das muss doch wirken und der geschützte Rahmen, in dem man alles loswerden kann, was man sonst nicht in Wort fassen kann und sich traut. Der Glaube und der Wunsch des Klienten/der Klientin können viel bewegen. Und die Transformation durch ein anderes Medium und der neue Blickwinkel einer anderen Person“ (TZ, 12/31 – 12/35).

„Das ist schwierig. Man holt den Menschen im dort ab wo er steht, aber irgend eine grundsätzliche Bereitschaft, dass etwas passieren darf, weil mit dem Widerstand arbeiten gehört auch dazu, aber das kann nicht ewig gehen. Ja mehr eigentlich nicht. Vielleicht auch Neugier. Was tut sich da wie kann ich mich selbst vielleicht auch neu erfahren. Auf was komme ich drauf. Auch Vertrauen entwickeln“ (BM, 19/27 – 19/31).

„Einfach den Mut Dinge anzusprechen und dann kommen ja Dinge die man überhaupt nicht erwartet und die plötzlich dann zu einem großen Thema werden. Wo man gar nicht daran rühren möchte, weil man weiß, dass da einige Probleme und Ängste mitschwingen und eine Lawine losgelöst wird. Das geht aber auch nur wenn man sich getragen fühlt, von der Therapeutin. Und natürlich etwas verändern möchte und den Mut dazu aufbringt“ (RS, 21/30 – 21/34).

Die Wirkfaktoren die in der Literatur beschrieben sind⁷, zwischenmenschliche Beziehung zwischen PatientIn, Familienangehörigen, PartnerIn und TherapeutIn, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung oder das Prinzip der realen Erfahrungen, aktive Hilfe zur Problembewältigung, Klärungsperspektive oder motivationale Klärung, Placebo- und Hoffnungsfaktor, überschneiden sich in vielen Punkten mit den genannten Wirkfaktoren der KlientInnen.

Wobei in den Interviews die zwischenmenschlichen Beziehungen, die Veränderungen durch das therapeutische Setting, die Ressourcenaktivierung und der Placebo- und Hoffnungsfaktor im Vordergrund stehen.

⁷ vgl. Kapitel 3.3

Die interviewten Personen haben sich vorrangig mit den basalen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Beziehung befasst und diese Wirkfaktoren als Grundbausteine für weitere Schritte gesehen. Für die KlientInnen steht der Mensch im Vordergrund, der durch Willenskraft, Bereitschaft, Vertrauen in die Fähigkeiten der TherapeutInnen, Mut und Interesse an den Veränderungen und Offenheit in einer Beziehung, den Erfolg erheblich beeinflussen kann.

Zusätzlich identifizieren die Interviewpersonen auch negative Wirkfaktoren, die zu einem Therapieabbruch führen können; Illoyalität der Therapeutin/des Therapeuten, fehlendes Vertrauen in die professionelle Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn, Enttäuschungen und Vertrauensbruch ausgelöst durch den Therapeuten/die Therapeutin, Abhängigkeit von einem Therapeuten/einer Therapeutin, Vermischung von professioneller Ebene und Beziehungsebene, fehlende Grenzen zwischen Professionalität und Freundschaft und nicht vorhandene Abgrenzung und Einbringung von eigenen Gefühlen in die professionelle Beziehung.

„Ich finde eigene Erzählungen von dem Therapeuten und der Therapeutin sind völlig unpassend, da es die therapeutische Beziehung schwächt. Ich wollte nichts wissen vom Therapeuten, ich wollte nur etwas erzählen. Ich will eine professionelle Beziehung aufrechterhalten und keine privaten Hintergründe wissen. Ich will auch auf der per Sie Ebene bleiben, das finde ich irgendwie klarer. Das ist mein Therapeut und ich bin der Klient und nicht ein Freund. Das erzeugt eine andere Schwingen und einen anderen Kontext“ (BM; 19/19 – 19/24).

„Und die Bioenergetik, das war bei einem Mann und da hab ich mich ein wenig verknallt in den Therapeuten und das hab ich dann irgendwann abgebrochen, das war dann so schwierig und so unklar und die Reaktionen. Naja...wie soll ich sagen, ich hatte dann nicht mehr den Eindruck, dass ich davon profitieren kann und über mich reden kann. Das ist schon vom Teil auch von mir aus gegangen, aber die Reaktionen des Therapeuten waren auch irgendwie nicht eindeutig und fragwürdig. Ja das habe ich abgebrochen“ (AL, 1/18 – 1/24).

„In der Paartherapie mit immer größeren Vorbehalten, wo doch vielleicht die Ebene im Paar gestärkt war und die Beziehung zur Therapeutin nicht mehr erforderlich war. Ähm...was ich negativ erlebt habe, dass sie immer mehr Probleme meines Mannes hereingeholt hat und die eigentlich in einer Einzeltherapie Platz hätten haben sollen. Wo ich mir als Zeugin und teilweise als Statistin vorgekommen bin. Da war mir nicht klar was beabsichtigt sie damit, das war mir nicht klar. Am Anfang habe ich sie als neutraler Punkt empfunden, als Zuflucht und dann später nicht mehr“ (TZ; 11/2 – 11/8).

Zwei Interviewpersonen beschreiben, dass die eigene Therapieausbildung auch dazu führt, dass die Methoden und die Techniken der Therapeutin/des Therapeuten des Öfteren hinterfragt werden und der kritische Blick auf die Person im Vordergrund gerichtet wird und diese Tatsache sich negativ auf den Erfolg der Therapie auswirkt.

„Ich muss zugeben, da ich selbst eine Therapieausbildung gemacht habe war ich immer in der Therapie kritischer und hab genauer hingeschaut. Ich hatte teilweise das Gefühl, die schließt sich zusammen mit meinem Mann. Sie ist auf seiner Seite und so...und sie hat mir das zwar angekündigt, dass das passieren kann und dass ich sie als illoyal empfinden könnte, aber dass sich das so stark anspürt, das habe ich im Grunde nicht realisieren können, das war nicht einfach für mich, mich zurückzuhalten“ (TZ, 10/38 – 10/43).

Die interviewten Personen beschreiben, dass der Erfolg nicht nur von unterschiedlichen Wirkfaktoren abhängig ist, sondern auch das therapeutische Setting den Erfolg erheblich beeinflussen kann.

8. Therapeutisches Setting

Einige Interviewpersonen haben sich mit der Therapie einen Rückzugsort für sich alleine geschaffen, an dem sie Probleme, Erlebnisse und belastende Gefühle bearbeiten und besprechen können. Der Alltag wird für kurze Zeit ausgeblendet und als unwichtig betrachtet. Für den Zeitpunkt der Therapie steht der Mensch im Mittelpunkt.

„Dass ich mir einen Ort schaffen konnte, einen Ruhepol, an dem ich mich zurückziehen konnte und dort Kraft und Energie schöpfen konnte, das hat mir sehr geholfen. Themen waren in der Therapie Familie, Abgrenzung von den Eltern, Selbstbild, Freunde, Bekannte, Arbeit, usw.... Ich glaube, das mit dem Ruhepol, das war eine mit den nachhaltigsten und wichtigsten für mich“ (BK, 9/39 – 9/43).

„Der regelmäßige Kontakt, da ich doch zweimal die Woche dort war und ich konnte mir immer die Zeit so nehmen und das war mein Ort an dem ich reden konnte und einfach nur ich war. Da konnte ich über alles reden und da hat keiner anrufen können und keiner mich stören können. Das war so ein Zufluchtsraum und ein Schutzraum. Ich habe damals ziemlich schlecht geschlafen und bin teilweise in seinem Warteraum eingeschlafen, weil ich dann so erschöpft war und nun war endlich eine Ruhe und ich war angekommen in meiner Zeit, an meinem Ort und die Stunde gehörte alleine mir“ (BM, 18/35 – 18/42).

8.1. Methoden und Techniken in der Therapie

Die verwendeten Techniken und Methoden in einer Therapie überschneiden sich teilweise mit den Qualitäten und Merkmalen von TherapeutInnen, die aus der Sicht der KlientInnen entscheidend zum Erfolg beigetragen haben⁸.

Auf der einen Seite wird dadurch die Wichtigkeit zum Ausdruck gebracht, dass das Interesse an den KlientInnen und an deren Erzählungen, das Einnehmen einer wertfreien Außenperspektive und die Begleitung in schwierigen Situationen, einen hohen Stellenwert für die KlientInnen hat.

⁸vgl. Kapitel 5.2

Auf der anderen Seite sind Methoden und Techniken aus Sicht der KlientInnen nicht leicht zu benennen, da der Therapeut/die Therapeutin diese in das Setting mit einbringt und der Klient/die Klientin in den meisten Fällen davon kein Wissen hat. Für die KlientInnen sind Techniken und Methoden meistens unwesentlich, da eine Auseinandersetzung mit Gefühlen, Emotionen und Erlebnissen stattfindet und die KlientInnen auf die Bewältigung fokussiert sind. Die Methoden und Techniken sind im Hintergrund vorhanden und für den Klienten/die Klientin in erster Linie nicht bedeutend.

Dennoch können Techniken und Methoden benannt werden, die von einigen Interviewpersonen identifiziert werden, wie Rollenspiele, Resümee ziehen, zirkuläre Fragetechnik, Brainstorming, Visualisierung von Bildern und Abstraktionen, Begleitung und Anleitung in schwierigen Situationen, Verknüpfung von Bildern und Emotionen und Entwicklung eines Lebens- bzw. Zukunftsplans.

„Ja ich glaube er konnte das Reframing relativ gut, das neuen Rahmen geben einer Sache. Innerhalb der Stunde konnte ich meine Gefühle und Emotionen neu einordnen und er hat das immer auf einen Punkt gebracht, dass ich das anders sehen konnte und ich das neu einordnen kann (BK, 8/31 – 8/34). Er hatte immer den Fluss des Lebens und er fasste oft Sachen zusammen und das ist der Hauptstrom und der geht fast zu schnell und da gibt es einen Nebenstrom und der plätschert so dahin und das war eine Form der Abstraktion die relativ gut passend war (BK, 8/36 – 8/38).

Die Technik des Brainstorming, dass ich mir selbst aufzeigte und ein Resümee zog, was habe ich geschafft und erledigt und das hat mir sehr im alltäglichen Leben geholfen und ich mich darauf zurückbesinne und daran denke und so baue ich das schon in mein Leben ein. Und da hat er eigentlich nicht sehr viel dazu gemacht, das habe ich fast schon von selbst gemacht. Er war sehr empathisch und sehr interessiert an mir, ja...genau und die positive Bestätigung von ihm zu meinem Leben“ (BK, 9/32 – 9/37).

„In der Paartherapie hat mir das zirkuläre Fragen sehr geholfen, weil dadurch die Außenperspektive und mein verletztes Ego relativiert wurden. Und die Nüchternheit und die Transparenz und die Rückmeldung. In der Einzeltherapie war das die Methodenvielfalt und viel Arbeit, die sich nicht nur in Problembereich und nicht nur im kognitiven Bereich abgespielt hat und das NLP und die Hypnotherapie usw.“ (TZ, 12/1 – 12/6).

„Da waren einige Sachen. Also Rollenspiele und Geschichten mit zwei Stühlen das war nicht meines (lacht), wo du das eine Ich und das andere Ich, bei einer Entscheidung, das war nicht meines. Aufstellungsarbeit habe ich später kennengelernt und das habe ich sehr geliebt, aber dafür brauchst du schon viele Personen, aber das habe ich immer geliebt“ (AL, 3/7 – 3/10).

„Naja er hat mit mir sehr klar gearbeitet an meiner Autonomie und dass eine zerbrochene Zukunftsvorstellung nicht das Ende des Lebens ist, sondern dass man eine neue entwickeln kann und das ist auch sehr weit gegangen bis zur Urlaubsplanung und hab auch immer das Ok vom Therapeuten gebraucht“ (BM; 18/44 – 18/47).

8.2. Zufriedenheit mit den Methoden

Die Interviewpersonen berichten, dass in den meisten Fällen, eine Zufriedenheit mit der Wahl der Methode und dem Einsatz der adäquaten Technik zu verzeichnen war. Da aber die Wirkung selten nach kurzer Zeit eintritt und der Erfolg einer Therapie erst nach Monaten bzw. Jahren erkennbar ist, entwickelten sich teilweise Zweifel, Widerstand und Unsicherheit, ob die verwendete Technik und Methode zum Ziel führen würde oder das probate Mittel sei.

„Absolut, vielleicht nicht auf kurze Zeit gesehen, aber langfristig und in Summe waren alle Methoden und Techniken sehr hilfreich. Ich würde sagen, dass ich heute ein ganz anderer Mensch dadurch geworden bin, psychisch und vom Selbstwert her“ (HM; 17/22 – 17/24).

„Ja meistens schon, das variierte aber ziemlich, es hat Momente gegeben wo ich die Methode ziemlich angezweifelt habe und ich bin dann ziemlich ungeduldig geworden. Auf der einen Seite heißt es, man muss für so eine Therapie einige Jahre in Anspruch nehmen, es sind dann immer auch private Krisen aufgetreten und dann war ich öfters in Behandlung und auch intensiver bei der Therapeutin. Ich denke es war das Richtige“ (SC, 5/27 – 5/31).

„In Krisensituationen war ich sehr zufrieden mit meiner Therapeutin, da habe ich dann immer angesucht, dass ich doch zweimal die Woche kommen darf und ich musste das Erlebte einfach jemanden erzählen, einer professionellen Person, die mir zuhört und das Erzählte kommentiert und mir einordnen hilft. Teilweise war ich auch in Zweifel und mir nicht immer sicher, ob mir eine andere Therapie besser helfen hätte können oder ob es an mir selbst lag. Da war ich mir nicht sicher. Ich wusste nicht welche Entscheidung ich treffen sollte. Ich war damals in einer Phase in der ich keine Antworten finden konnte“ (SC, 5/46 – 6/6).

8.3. Methode oder Beziehung?

Die Aussagen der interviewten Personen stimmen überein, dass die Beziehung als Basis einer erfolgreichen Psychotherapie gesehen werden kann, auf der der Einsatz von Methoden und Techniken begründet ist. Ohne Grundlagen ist die Verwendung von Techniken und Methoden nicht vorstellbar.

Wobei einige Interviewpersonen zu bedenken geben, dass eine funktionierende professionelle Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn zwar eine Voraussetzung darstellt, aber alleine nicht zu einem Ergebnis führen kann, da ein wichtiger Baustein für den Erfolg fehlen würde, nämlich Methoden und Techniken, die der Therapeut/die Therapeutin in die Beziehung mit einbringen.

„Ich glaube, dass in meinem Fall die Beziehung wichtiger war als die Methode. Die Methode hat mir aber gefallen und mir viel gebracht“ (BM, 19/41 – 19/42).

„Ich würde sagen, dass die Beziehung und das Vertrauen zum Therapeuten die Grundlage ist. Ohne die funktioniert es nicht. Ich hätte wahrscheinlich aufgehört wenn das gefehlt hätte, deshalb glaube ich, dass das ganz wichtig ist. Aber das alleine macht es nicht. Es hilft nichts, wenn der Therapeut wohlwollend, sympathisch und einführend ist, wenn dann die Therapieform und die Technik nicht passen“ (HM, 16/38 – 16/42).

„Die Beziehung war sehr wichtig, um Vertrauen aufzubauen und sich fallen lassen zu können. Die Methode würde ich als sekundär sehen. Ich bin davon ausgegangen, dass sie nur Methoden anwendet, die auch passend für mich sind und die sie als passend empfindet“ (RS, 21/41 – 21/43).

„Bei einer Einzeltherapie ist eher die Beziehung wichtiger würde ich sagen, da sich zwei Personen in dem Setting befinden und die miteinander arbeiten müssen“ (DS, 24/31 – 24/32).

9. Interpretation und Diskussion der empirischen Ergebnisse

In diesem abschließenden Kapitel wird noch einmal die Forschungsfrage aufgegriffen und der Versuch unternommen, diese hinreichend zu beantworten.

Diese Masterthesis hat sich mit folgender Forschungsfrage beschäftigt: „wie stellen sich Veränderungen durch eine erfolgreich abgeschlossene Psychotherapie aus subjektiver Sichtweise von KlientInnen dar?“

Der Erfolg einer Psychotherapie wird an unterschiedlichen Kriterien gemessen und von den Interviewpersonen als solcher benannt, wenn sich die Interaktion mit anderen Menschen und der Umgang mit belastenden Situationen verändert hat, Selbstsicherheit und Selbstwert gesteigert werden konnte, eine Unabhängigkeit von Situationen und Mitmenschen spürbar war, die Bearbeitung von psychosomatischen Problemen und eine Neuordnung des Lebens stattgefunden hat, sich eine differenzierte Sichtweise und die Fähigkeit sich im Leben und im Alltag wieder zurecht zu finden, erkennbar war.

Die befragten Personen beschreiben den Erfolg als einen bewussten Umgang mit den eigenen Gefühlen, einen intensiven Kontakt mit dem eigenen Körper, ein Wahrnehmen der Signale des eigenen Körpers, ein Besinnen auf die eigenen Wünsche, ein Eingehen auf die Bedürfnisse, die dazu führen, dass Situation, Erlebnisse und Gefühle benannt werden können, die als belastend, bedrückend und beengend erlebt werden.

Durch das bewusste Erleben und Reflektieren von Gefühlen und Erinnerungen, wird der Umgang mit ähnlichen Gefühlen und Situationen unproblematischer für die Interviewpersonen und vergangene bzw. bedrückende und ähnliche Situation können bearbeitet werden. Dadurch kann das belastende Moment in der Situation vermieden werden, die Objektivität aufrechterhalten werden und eine Distanzierung stattfinden.

Die KlientInnen sind davon überzeugt, dass ein Erfolg nur dann bemerkbar ist, wenn ein intensiver Kontakt mit Gefühlen, Emotionen und Erlebnissen in der Therapie stattfindet.

Zwar können sich die KlientInnen an das erste Erfolgserlebnis nur selten erinnern, beschreiben aber, dass sich ein regelmäßiger Erfolg nach einigen Therapiesitzungen verzeichnen ließ, der in etwa nach den ersten drei bis fünf Sitzungen bemerkbar war.

In den Aussagen der Interviewpersonen lassen sich Übereinstimmungen im Hinblick auf Erfolg und auf Auswirkungen von Veränderungen erkennen.

In dem Themen bewusst werden, Personen Gefühle und Emotionen bearbeiten können, die Aufarbeitung von belastenden Situationen und die Abgrenzung von Themenbereichen stattfindet, können Menschen den Umgang mit Alltagssituationen eine Sicherheit in der Interaktion mit Menschen lernen.

Dadurch entwickelt der Mensch ein positives Selbstbild, neue Sichtweisen und neuartige Erfahrungen können gesammelt werden.

Die Therapie kann laut den Aussagen der Interviewpersonen einen ersten Anstoß geben um das Leben zu verändern und Veränderungen überhaupt zuzulassen. Dadurch, dass Situationen, Menschen und Emotionen einer anderen Bewertung unterzogen und in einen neuen Rahmen gesetzt werden, haben die Interviewpersonen gelernt, Wertschätzung und Geduld in das eigene Handeln einzubauen. Menschen werden in einem anderen Licht gesehen und aus einem anderen Blickwinkel wahrgenommen. Die Therapie hat eine Veränderung mit sich gebracht und neue Techniken konnten in den Alltag übernommen werden.

Die Interviewpersonen haben die verschiedenen Phasen der Veränderung durchlaufen und konnten schließlich die erlernten Techniken in das Alltagsleben einbauen, wie dies Prochaska im Kapitel 2.3 beschreibt (vgl. Prochaska 2001, S 259).

Der Erfolg wird auch daran gemessen, inwieweit psychosomatische Symptome nachgelassen haben und wie sich die Einstellung zum eigenen Körper verändert hat.

Bei den befragten Personen hat ein Wandel stattgefunden, der den eigenen Körper nunmehr in den Mittelpunkt rückt und Signale des Körpers wahrgenommen werden und dadurch die Interaktion mit anderen Menschen stattgefunden hat.

Die Interviewpersonen haben nach eigenen Angaben gelernt, Emotionen, Gefühle und Erlebnisse zu vergessen, zu verdrängen oder damit zu leben und Ängste, Sorgen, Aggressionen, Zorn, Eifersucht und Neid hinter sich zu lassen und sich in Richtung einer positiven Zukunft zu orientieren und sich nicht mehr aus der Bahn werfen zu lassen.

Bei allen Interviewpersonen hat sich die Denkweise verändert, ein Perspektivenwechsel stattgefunden, werden Personen in einem anderen Licht gesehen, werden Situationen auf eine andere Art und Weise bewertet bzw. wahrgenommen und andere Sichtweisen akzeptiert.

Schuldgefühle, Vorwürfe, Unsicherheit und Selbstzweifel konnten verarbeitet werden und eine bewusste Auseinandersetzung mit Zuschreibungen und Bewertungen von Situationen und Mitmenschen haben stattgefunden, wodurch sich der Umgang bzw. der Zugang auf andere Menschen grundlegend verändert hat.

Des Weiteren benennen die KlientInnen unterschiedliche Wirkfaktoren, die sich teilweise mit den Faktoren nach Grewe decken; die Bereitschaft und der Wunsch eine Veränderung herbeizuführen, Offenheit im therapeutischen Setting, die Beziehung zum Therapeuten/zur Therapeutin, eine Veränderung zulassen können bzw. wollen, die Willenskraft und den Mut den ersten Schritt zu setzen und sich mit teilweise unangenehmen Situationen und Emotionen auseinanderzusetzen, eine gewisse Neugier nach einer Veränderung, den Wunsch handeln zu wollen, das Bedürfnis etwas an die Oberfläche und etwas in Einklang bzw. in eine bestimmte Ordnung bringen zu wollen, dem Therapeuten/der Therapeutin Vertrauen entgegenzubringen und das therapeutische Setting bzw. der geschützte Rahmen durch die Therapie (vgl. Grawe 2000, S 72ff).

Die Interviewpersonen identifizieren zusätzlich negative Wirkfaktoren, die in der Literatur nicht dezidiert ausgewiesen und beschrieben werden (vgl. Grawe 2000, S 72ff). Diese Faktoren können zu einem Therapieabbruch führen und die Beziehung zwischen TherapeutIn erheblich schwächen.

Durch die Interviews wurden folgende negative Wirkfaktoren benannt: Illoyalität der Therapeutin/des Therapeuten, fehlendes Vertrauen in die professionelle Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn, Enttäuschungen und Vertrauensbruch ausgelöst durch den Therapeuten/die Therapeutin, Abhängigkeit von einem Therapeuten/einer Therapeutin, Vermischung von professioneller Ebene und Beziehungsebene, fehlende Grenzen zwischen Professionalität und Freundschaft und nicht vorhandene Abgrenzung und Einbringung von eigenen Gefühlen in die professionelle Beziehung.

Für die Interviewpersonen stehen vordergründig die Beziehung zum und die Persönlichkeit des Therapeuten/der Therapeutin im Vordergrund und nicht Werte, Erklärungsmuster und Techniken der einzelnen Therapieschulen (vgl. Ermann et al. 2001, S 55).

Die Reputationen über einen Therapeuten/eine Therapeutin werden aus der eigenen Subkultur eingeholt, da angenommen wird, dass Werte, Normen, Lebensvorstellungen und Einschätzungen ähnlich ausfallen bzw. übereinstimmen. Es findet kaum eine Differenzierung zwischen den einzelnen Therapieschulen statt, da dieses Kriterium nur in einem geringen Maße Relevanz für die Interviewpersonen darstellt.

Zusätzlich war die Auswahl des Therapeuten/der Therapeutin durch die Leistbarkeit der Therapie, die Erreichbarkeit des Therapeuten/der Therapeutin und die Möglichkeit eine Probesitzung in Anspruch zu nehmen, gekennzeichnet.

Die positiven und negativen Wirkfaktoren sind deshalb entscheidend, da diese die Interaktion zwischen TherapeutIn und KlientIn und die professionelle Beziehung beeinflussen und der Erfolg einer Psychotherapie von eben diesen Wirkfaktoren abhängt.

Auch die Beratung verfolgt in diesem Punkt dasselbe Ziel wie die Psychotherapie, nämlich die KlientInnen zu unterstützen und eine Reintegration in den Alltag zu ermöglichen (vgl. Chur 1997, S 42f).

Deshalb sind nicht nur die erforschten Wirkfaktoren, sondern auch die Definition, die Auswirkungen und die verschiedenen Aspekte von Erfolg, resultierend aus dieser Masterthesis, von Interesse für die Beratung und zugleich auch für die Psychotherapie.

Quellenverzeichnis

Asay T. P., Lambert M. J. Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In: Hubble M. A., Duncan B. L., Miller S. D. (Hg.) (2001) So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: Verlag modernes Lernen. Seite 39 - 82

Becker R., Wunderlich H.-P. (2007) Wie wirkt Psychotherapie. Forschungsgrundlagen für die Praxis. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG

Chur D. (1997) Beratung und Kontext - Überlegungen zu einem handlungsanleitenden Modell. In: Nestmann F. (Hrsg.): Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis. Tübingen: dgvt-Verlag. Seite 39 -69

Datler W. (1980) Überlegungen zur Legitimation wie Systematik psychoanalytischer Pädagogik. Dissertation

Eckert J., Kriz J. Humanistische Psychotherapieverfahren. In: Senf W.; Broda M., (2012) Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. 5.Auflage. Seite 256 – 279

Ermann M., Feidel R., Waldvogel B. (2001) Behandlungserfolg in der Psychotherapie. Neuere Ergebnisstudien und ihre Güte. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Helfferrich C. (2005) Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH

Heppner P.P., Wampold B. E., Kivlighan Jr. D. M. (2008) Research Design in Counseling. International Student Edition. Canada: The Thomson Corporation

Grawe K. (1995) Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. In: Hochgerner M., Wildberger E. (Hg.) (2000) Was heilt in der Psychotherapie? Überlegungen zur Wirksamkeitsforschung und methodenspezifischen Denkweisen. Wien: Facultas Universitätsverlag. Seite 55 - 89

Hubble M. A., Duncan B. L., Miller S. D. (Hg.) (2001) So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: Verlag modernes Lernen

Jacobi F., Preiß S. Epidemiologie psychischer Störungen, Behandlungsbedarf und Versorgungssituation. In: Senf W.; Broda M., (2012) Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. 5.Auflage. Seite 16 - 25

Kleemann F., Krähnke U., Matuschek I. (2009) Interpretative Sozialforschung. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH. 1.Auflage

König-Fuchs C. (1991) Therapeutischer Erfolg und Mißerfolg. Kausalattributionen von Therapeuten, Klienten und Supervisoren. Frankfurt am Main: Verlag Peter Lang GmbH

Ludewig K. (1983) Die therapeutische Intervention – eine signifikante Verstörung der Familienkohärenz im therapeutischen System. In: Schneider, K. (Hrsg.), Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Paderborn: Junfermann. Seite 78-95

Mayring P. (2002) Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. 5.Auflage

Mayring P. (2008) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. 10.Auflage

Mertens W. Grundlagen psychoanalytischer Psychotherapie. In: Senf W.; Broda M., (2012) Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. 5.Auflage. Seite 152 - 190

Prochaska J. O. Wie Menschen es schaffen, sich zu ändern, und wie wir noch mehr Menschen dabei unterstützen können In: Hubble M. A., Duncan B. L., Miller S. D. (Hg.) (2001) So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: Verlag modernes Lernen. Seite 253 - 286

Reinecker H. Verhaltenstherapie. In: Senf W.; Broda M., (2012) Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. 5.Auflage. Seite 199 - 255

Schweitzer J. Systemische Therapie. In: Senf W.; Broda M., (2012) Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. 5.Auflage. Seite 244 - 279

Senf W.; Broda M., (2012) Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. 5.Auflage

Strotzka H. (1978) Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Methoden. Urban & Schwarzenberg

Tallman K., Bohart A. C. Gemeinsamer Faktor KlientIn: Selbst-HeilerIn In:Hubble M. A., Duncan B. L., Miller S. D. (Hg.) (2001) So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: Verlag modernes Lernen. Seite 83 – 136

Wampold B. E. (2001) The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings. United States of America:Lawrence Erlbaum Associates

Wittchen H.-U., Jacobi F. Brauchen wir neue Perspektiven in der Wirkfaktorenforschung der Psychotherapie? In: Becker R., Wunderlich H.-P. (2007) Wie wirkt Psychotherapie. Forschungsgrundlagen für die Praxis. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. S 1 – 45

Internetquellen

<http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychotherapie/psychotherapie.htm>
[01.06.2012]

<http://www.die-therapeutische-beziehung.de/allgemein.php> [02.06.2012]

<http://www.psychotherapie.at/sites/default/files/files/Infoblatt.pdf> [03.06.2012]

<http://recht.extrajournal.net/2011/06/10/neues-buch-beleuchtet-20-jahre-psychotherapiegesetz-in-osterreich-14602/> [26.07.2012]

http://www.who-tag.de/2001themen_pott.htm [07.09.2012]

Anhang

Interviewleitfaden eines problemzentrierten Interviews

Einleitung

Sehr geehrte/r Herr/ Frau.....

Vorab möchte ich mich schon einmal für Ihre Zeit bedanken. Es freut mich sehr, dass Sie sich bereit erklärt haben, dieses Interview mit mir zu führen.

Mein Name ist Andreas Zidtek und ich studiere an der Universität Wien, Bildungswissenschaft im 4.Semester.

Dieses Interview wird im Rahmen meiner Abschlussarbeit mit dem Thema „Erfolgreiche Psychotherapie aus subjektiver Sichtweise der KlientInnen“ stattfinden und ist ein wichtiger Teil, um das Studium beenden zu können.

Die Dauer des Gesprächs wird in etwa 30-60 Minuten betragen. Das Interview wird mittels Diktiergerät aufgezeichnet und zusätzlich protokolliert.

Weiters darf ich Ihnen versichern, dass die Ergebnisse unseres Gesprächs ausschließlich zu Forschungszwecken im Rahmen der Masterarbeit verwendet und anonymisiert werden.

Themenfokussierung

- 1) Wie lange sind Sie in Therapie gewesen? Wie lange hat die Therapie gedauert?
- 2) Nach welchem Ansatz hat Ihr Therapeut/Ihre Therapeutin gearbeitet?
- 3) Warum haben Sie sich für diese Therapieform entschieden?
- 4) Was bedeutet für Sie Erfolg in einer Therapie?
- 5) Woran konnten Sie den Erfolg in Ihrem Leben messen?
- 6) Welche Erfahrungen bzw. Veränderungen haben Sie durch die Therapie erlebt/bemerkt?
- 7) Wie können Sie die Veränderungen, die Erfahrungen und Erlebnisse durch die Therapie in Worte fassen?

- 8) Was hat sich in Ihrem Leben durch die Therapie verändert?
- 9) Wie haben das Umfeld, Freunde, Bekannte darauf reagiert?
- 10) Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem Therapeuten/ihrer Therapeutin beschreiben? Warum haben Sie sich für diese Person entschieden?
- 11) War das Geschlecht ein Faktor für die Entscheidung?
- 12) Was haben Sie als hilfreich in der Therapie empfunden?
- 13) Ab welchem Zeitpunkt haben Sie eine Veränderung in Ihrem Leben bemerkt?
- 14) Würden Sie aus heutiger Sicht die Therapie als Erfolg bezeichnen? Würden Sie diese noch einmal wiederholen oder sich wieder in Therapie begeben?

Transkript eines problemzentrierten Interviews

I: Wie lange sind Sie in Therapie gewesen?

AL: Also, ich hab einmal eine Gestalttherapie gemacht und eine klientenzentrierte Therapie und eine Gruppentherapie, nach dem psychoanalytischen Ansatz. Da ich in verschiedene Therapien hinein geschnuppert habe. Eigentlich habe ich noch eine gemacht und die war so bioenergetisch vom Hintergrund.

I: Wie lange hat die Therapie gedauert?

AL: Hm...wie lange war ich da...ein Jahr und die Gestalttherapie in Gruppenform in etwa zwei Jahre und Einzeltherapie bei einer Gestalttherapeutin ein knappes Jahr.

I: Warum haben Sie sich für diese Therapieform entschieden?

AL: Das war zum einen als Ausbildungsteil und weil mir jemand von einer Person erzählt hat, ich mir gedacht habe, ja das kann ich mir vorstellen, dass ich da in Therapie gehe. So ins Blaue hinein und dann machst eh so ein erstes Gespräch und dann schaut man nach drei Stunden eh noch einmal, ob das eh passt, oder ob du lieber aufhörst.

I: Haben Sie die Therapien alle bis zum Ende durchgeführt?

AL: Also bei der Gestalttherapie, da war ich bei einer Frau, die habe ich, wie wir das besprochen haben, bis zum Ende gemacht, also das war so ein Prozess.

Und die Bioenergetik, das war bei einem Mann und da hab ich mich ein wenig verknallt in den Therapeuten und das hab ich dann irgendwann abgebrochen, das war dann so schwierig und so unklar und die Reaktionen. Naja...wie soll ich sagen, ich hatte dann nicht mehr den Eindruck, dass ich davon profitieren kann und über mich reden kann. Das ist schon vom Teil auch von mir aus gegangen, aber die Reaktionen des Therapeuten waren auch irgendwie nicht eindeutig und fragwürdig. Ja das habe ich abgebrochen. Und das analytische, die Gruppentherapie, die war geplant für eine gewisse Zeit und so zwei Jahre. Das war eine offene Gruppe und die sind aber alle ewig hingegangen, kontinuierliche Besetzung.

I: Welche Erfahrungen bzw. Veränderungen haben Sie durch die Therapie erlebt/bemerkt?

AL: Wo ich immer den Eindruck hatte, was mir wirklich etwas gebracht hatte war, wenn ich in der Therapie, mit meinen Gefühlen in Kontakt gekommen bin. Am Anfang weiß man nicht wirklich warum einem zum Weinen ist, dich irgendetwas immer bedrückt und da gibt es dann die Möglichkeit viel zum Nachdenken. Da fällt dir auch etwas ein. Das was dann wirklich gewirkt hat war, wenn ich wirklich in das Gefühl hinein gekommen bin und dann dort den Raum gehabt habe zum Ausdruck zu bringen. Was ist das jetzt, was mich so bedrückt und belastet, oder ist das Weinen überhaupt traurig sein oder ist das Wut oder Ärger oder irgendetwas anderes? Man schachtelt oft etwas ein. Wer weint ist traurig, das ist nicht immer wahr. Und einfach draufzukommen was es ist und da passiert es mir immer, dass immer eine alte Erinnerung bzw. Situation auftaucht, plötzlich an die ich zwanzig oder dreißig Jahre nicht mehr gedacht habe und nicht gewusst habe, dass ich diese Situation erlebt habe. Und dann plötzlich kommt die Situation hoch und dann rückt sich etwas zurecht und das ist dann während des Prozesses wahnsinnig anstrengend und dann ist es so erleichternd. Und dann habe ich das Gefühl gehabt ich bin dann irgendwie in meinem Dasein ein wenig freier. Dann sind da Situationen, die sich so ähnlich anfühlen im Alltag und jetzt passiert es mir nicht mehr und ich kann besser damit umgehen, sondern das kommt und stört mich nicht mehr.

I: Ab welchem Zeitpunkt haben Sie eine Veränderung in Ihrem Leben bemerkt?

AL: Das war immer nach der Therapie, wenn ich in ein Gefühl eintauchen konnte. Das geht nicht in jeder Stunde, dass man zu so einer Erkenntnis oder zu so einem Zustand kommt, wo wirklich Neuland ist. Wo etwas Verdrängtes wieder auftaucht, das passiert nicht in jeder Therapiestunde.

Wenn es passiert, ist es gekoppelt mit Veränderung und das ist unabhängig wie lange man in Therapie war. Das ist nicht so man geht in Therapie und irgendwann passiert das.

Wenn man so etwas erlebt hat, dass man in Kontakt kommt mit etwas das tief in dir schlummert, dann ist auch die Bereitschaft da, sowas wieder zu erleben, sogar der Wunsch solche lösenden Situationen zu erleben. Ja...und wennst mit jemanden eine Therapie machst und da geht es nur um dich, wo sich der andere auf dich einstellen muss und ich bin da jetzt im Zentrum und ich das Gefühl habe ich kann dem Menschen vertrauen, dann kann es passieren. Je größer die Bereitschaft ist, desto eher passiert so etwas Analytisches.

I: Was bedeutet für Sie Erfolg in einer Therapie? Wem würden Sie den Erfolg zuschreiben? Von wem ist der Erfolg abhängig?

AL: Von beiden, vom Therapeuten und vom Klienten. Wennst kein Vertrauen zu einem Therapeuten hast, kann man nur aufhören, weil das bringt nichts. Vertrauen zu haben und sich irgendwie fallen lassen können, das ist schon ganz wichtig. Das ist auch eine Beziehungsgeschichte zwischen beiden, ein Prozess, das hängt mit der Ausstrahlung und Erfahrung zusammen. Und irgendeine Bereitschaft muss man mitbringen und grundsätzlich dass man in der Lage ist zu reflektieren und wohin zuschauen, wie geht es mir jetzt.

Wenn du dich ganz verschließt, da bewegt sich gar nichts mehr. Das ist dann sehr schwierig.

I: Was ist noch wichtig für den Erfolg von einer Therapie?

AL: Wenn jemand noch sehr behaftet ist mit seiner eigenen Geschichte und nicht frei ist und die eigenen Probleme auf den Klienten überträgt, das ist auch sehr bedenklich und störend, das Umhängen von Geschichten.

Das habe ich erlebt bei Analytikern, die so schnell mit einer Lösung und Erklärung bereit stehen. Das finde ich sehr störend.

I: Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem Therapeuten/ihrer Therapeutin beschreiben? Warum haben Sie sich für diese Person entschieden?

AL: Bei der Gestalttherapeutin habe ich mich sehr wohlgefühlt, das war schon eine ältere Frau, die war so offen und interessiert und hat sich gefreut, was ich alles erlebe und das ich auf Entdeckungsreise gehe. Das war so förderlich und ich habe mich dann direkt getraut mich zu äußern.

Und in der Gruppentherapie, das war ein großer Vorteil wenn andere Klienten mit dir sitzen und du so Querbeziehungen dort hast und da war ich noch jünger und da waren Frauen die meine Mütter hätten sein können und haben von ihren Problemen erzählt. Die Probleme und Konflikte zu ihren Müttern und haben sich eingebracht. Und während des therapeutischen Prozesses hat sich das Alter aufgelöst und durch die Erzählungen hat sich die Beziehung zu meiner Mutter verändert und ich habe meine Mutter als Frau gesehen und nicht nur in der Kiste, dass mir meine Mutter so auf die Nerven geht und kaum trifft man sich mit ihr. Da hat sich mein Denken und Fühlen und der Blick gegenüber meiner Mutter verändert. Das hat viel bewegt und erleichtert.

I: Wie können Sie die Veränderungen, die Erfahrungen und Erlebnisse durch die Therapie in Worte fassen? Was hat sich in Ihrem Leben durch die Therapie verändert?

AL: Da hatte ich so ein bestimmtes Thema immer gehabt. Ich habe in einem Team gearbeitet und ich mich immer so aufgeregt habe, was mir unheimlich wichtig ist und ich wusste, dass das Thema den anderen nicht gefällt. Das hat mich innerlich immer so aufgeregt, bevor ich es noch gesagt habe, dass ich es nicht sagen konnte oder ich zu lange gewartet habe. Und...dann habe ich daran gearbeitet was der Stress ist. Keiner wollte mir etwas Böses, aber es war ein gutes Team, ich wurde anerkannt, aber ich hatte das Gefühl. Da habe ich einiges entdeckt und im Zusammenhang mit meiner Kindheit.

I: Welche Erfahrungen haben Sie noch gemacht durch die Therapie, die Ihnen spontan einfallen?

AL: Ja...das wiederholt sich vielleicht.

Das ist auch der Raum, der Abstand zwischen den KlientInnen, in der Arbeit...der Abstand einfach zu den Problemen, Anliegen und dass mich das nicht beginnt wieder aufzuregen oder die Anteilnahme an den Problemen. Von der Betroffenheit ein wenig weg und freier und gelassener werden. Und auch besser abgrenzen können zu den Problemen.

I: Was haben Sie als hilfreich in der Therapie empfunden?

AL: Da waren einige Sachen. Also Rollenspiele und Geschichten mit zwei Stühlen, das war nicht meines (lacht), wo du das eine Ich und das andere Ich, bei einer Entscheidung, das war nicht meines. Aufstellungsarbeit habe ich später kennengelernt und das habe ich sehr geliebt, aber dafür brauchst du schon viele Personen, aber das habe ich immer geliebt.

I: Bei der Gestalttherapeutin?

AL: Ich habe immer Bilder gesehen, ich weiß nicht wie sie das gemacht hat, aber ich habe mich immer als Springbrunnen gesehen, wo Wasser durch mich hindurch fließt. Das ist etwas was ich gut brauchen kann und fokussiert auf Bilder. Mir steigen Bilder und Szenen auf, Räume, Temperaturen und so etwas wie dieser Brunnen. Da gehen dann die Bilder und die Gefühle Hand in Hand und meistens verbindet es sich dann mit einer Geschichte und die Gefühle und Dinge dann so verständlich macht und zurechtrückt. Die Verbindung zu früher und zu früheren Erlebnissen. Das Bild mit dem Brunnen habe ich gut nehmen können. Meine Gefühle und Situationen aufarbeiten und verstehen können und deuten können. Die Gestalttherapeutin hat mich einfach lassen, die hat mich mit Freude begleitet und ich hatte das Gefühl ihr gefallen meine Bilder, die da entstehen und sich entwickeln.

Das ist auch noch wichtig eine Therapeutin die sich nicht fürchtet und keine Angst hat vor Bildern, vor Gefühlen und Emotionen. Da ist wirklich Platz dafür und einen netten Raum und ich hatte Platz zum Erzählen.

I: Wie haben das Umfeld, Freunde, Bekannte darauf reagiert?

AL: Ja...mein Kreuz ist der Platz wo ich meine Aggressionen versteckt habe, ich bin dann drauf gekommen, das war psychosomatisch und ich habe dann immer meine Gefühle, Emotionen usw. dort abgeladen. Die Sorgen in der Familie und die Emotionen habe ich dort abgelagert.

Und durch die Gruppentherapie konnte ich mich davon lösen. Und das Besserwissen wollen und das ständige Stänkern...usw....auf einmal war das so klar...der Zorn...das die anderen es immer besser wissen und es eh nur gut meinen...das hat dann alles gelöst, diese Emotionen und das Kreuzweh war weg. Das war die unterdrückte Wut. Und auch andere Schmerzen die sich durch die Therapie aufgelöst haben. Und ich hab die nie wieder gehabt.

I: Und aus heutiger Sicht als Therapeutin was ist Ihnen wichtig in eine Therapie mitzubringen?

AL: Das es mir einigermaßen gut geht und dass ich mich von meiner Situation einlassen kann und dass ich offen bin und schaue, was könnte für die Person passen. Es sind nicht alle Methoden immer für alle Personen passend und das Einstellen und Wachsam sein und Achtsam sein. Das Ruhen in der Situation.

I: Würden Sie sagen, dass jede Person therapierbar ist?

AL: Nicht alle Klienten sind therapierbar würde ich nicht sagen, nicht jede Therapie ist für jede Person passend. Es gibt immer Therapieformen, die für Klienten passend sind.

I: Warum haben Sie sich für den klientenzentrierte Therapieform entschieden?

AL: Die anderen Therapieformen haben nicht gepasst für mich und ich konnte mich damit nicht anfreunden. Dass man als Therapeut nicht wissen muss, was für den Klienten gut ist und dass man das in der Therapie einfach entstehen lässt und es begleitet, das hat mich sehr angesprochen und eine Offenheit, eben genau das, was mich den Analytikern gestört hat, das Deuten und Wissen was am besten ist für den Klienten.

Und auch das Hinschauen auf die Gefühle. Das habe ich ganz wichtig gefunden. Das getrennt sein, was ich empfinde...die Trennung war mir ein Anliegen und wieder in Verbindung treten mit den Gefühlen wieder.

I: Würden Sie aus heutiger Sicht die Therapie als Erfolg bezeichnen? Würden Sie diese noch einmal wiederholen oder sich wieder in Therapie begeben?

AL: Auf jeden Fall. Ehrlich gesagt ja würde ich, nur es wäre mir zu teuer. Aber so Peergroup oder mit Freundinnen austauschen und gegenseitig die Geschichten erzählen.

I: Wollen Sie mir noch etwas erzählen?

AL: Naja wichtig war mir, dass ich mit meinen Gefühlen besser umgehen kann und mich besser abgrenzen kann und das ist eigentlich beides. Abgrenzen und Freiheit haben und dass ich meine psychosomatischen Probleme losgeworden bin.

Curriculum Vitae:

Persönliche Daten:

Name: Andreas Zidtek
Geburtsdatum: 15.12.1981
Geburtsort: Wien
Nationalität: Österreich

Schulbildung:

Schule: Volksschule, 1100 Wien Herzgasse
Hochschulzugang: Realgymnasium mit naturwissenschaftlichem Zweig,
Abschlussdatum: Matura 05.06.2000
Leistungskurse: Deutsch, Englisch, Französisch, Mathematik, Physik,
Geschichte und Sozialkunde

Studium:

Dauer: 01.10.2010 – 01.10.2012
Hochschule: Universität Wien
Abschluss: Oktober 2012
Titel der Masterarbeit: Erfolgreiche Psychotherapie aus Sicht der KlientInnen
Betreuer: Univ.-Prof. Dr. phil. Robert Hutterer
Studienfach: Bildungswissenschaft

Berufspraxis:

Seit 2005 regelmäßige ehrenamtliche Tätigkeit im Rettungsdienst
als Sanitäter beim Roten Kreuz Wien
Seit 2008 regelmäßige ehrenamtliche Tätigkeit im Bereich
Sozialruf beim Roten Kreuz Wien
2007 – 2010 beschäftigt bei der Caritas der Erzdiözese Wien
2008 Praktikum Krisenzentrum 1230 Wien
2008 Praktikum Wohnhaus JUCA der Caritas
2009 Praktikum MA11 Amt für Jugend und Familie
Seit 2012 beschäftigt bei der MA11 Amt für Jugend und Familie

Sonstiges:

2007 - 2010 Bachelorstudium Soziale Arbeit und Sozialpädagogik
2010 - 2012 Masterstudium Klinische Sozialarbeit Fachhochschule
Campus Wien